



CONSENTIMENTO E AUTORIZAÇÃO

Nome do paciente: _____ Data: _____

Ao assinar este Consentimento e Autorização no espaço abaixo, você concorda, para si mesmo como paciente, ou em nome do paciente identificado acima, com o que segue abaixo:

- Entendo que estou recebendo cuidados oftalmológicos no centro The Eye and Vision Center e que serei examinado e receberei cuidados com base no meu diagnóstico e objetivos. Autorizo e oriento o The Eye and Vision Center a fornecer tais exames e cuidados.
- Estou ciente de que o The Eye and Vision Center faz parte da Escola de Optometria da Universidade de MCPHS, uma instituição de ensino superior na qual os alunos recebem educação e treinamento em optometria. Autorizo que o corpo docente e os alunos da Escola de Optometria da Universidade de MCPHS realizem os exames e testes necessários, incluindo, entre outros, imagens oculares, verificação de pressão e campos visuais.
- Entendo e concordo que as informações de saúde protegidas obtidas como resultado desse exame e tratamento podem ser usadas ou divulgadas com a finalidade de promover os objetivos educacionais da Universidade de MCPHS, incluindo o treinamento de alunos da Escola de Optometria.
- Entendo e concordo que meus dados anonimizados, incluindo, entre outros, dados de exames clínicos, diagnósticos ou tratamentos, podem ser usados e divulgados pela Escola de Optometria da Universidade de MCPHS para fins de pesquisa.
- Dou meu consentimento e permissão aos funcionários e alunos da Escola de Optometria da Universidade de MCPHS para tirar e publicar fotos minhas ou do paciente identificado acima para propósitos de educação, pesquisa e outros fins que promovam os objetivos educacionais da Escola de Optometria da Universidade de MCPHS. [marque um]:
 Sim Não
- Se o inglês não for minha primeira língua, confirmo que um intérprete e/ou serviços de tradução foram oferecidos a mim e foram fornecidos, se solicitado [marque uma opção]:
 Sim Não N/A
- Autorizo que meus benefícios de seguro, incluindo Medicare e/ou Medicaid, sejam pagos diretamente ao The Eye and Vision Center. Entendo que sou financeiramente responsável por qualquer saldo. Também autorizo o The Eye and Vision Center a divulgar qualquer informação necessária para processar minhas solicitações de seguro. [marque um]:
 Sim Não N/A
- Entendo as declarações e acordos estabelecidos neste Consentimento e Autorização. Entendo que tenho o direito de ter qualquer dúvida sobre meu tratamento respondida pelo meu médico e concordo que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Reconheço e concordo que o The Eye and Vision Center tem o direito de recusar cuidados.

Assinatura do paciente ou do responsável legal pelo paciente

Data: _____

Nome em letra de forma do responsável legal (se aplicável) _____

Assinatura do intérprete (se aplicável)

Data: _____