FREE VISION SCREENING / EXAMEN DE LA VISTA GRATIS

CONSENT AND RELEASE FORM

By signing this CONSENT and RELEASE FORM you agree that you are waiving any and all claims against Envolve Vision and the on-site Optometrists and staff, which may arise from you or your child's participation in the program. You are also agreeing to allow Envolve Vision to disclose information about your child's examination and diagnosis, to officials at the student's school system upon request.

YES, I agree to allow my child to participate in the free vision clinic program, described above.

Please Print Child's Name:_____ Date of Birth:_____

School: _____ Sex: Male / Female (circle)

Please Print Parent/Guardian Name:_____

Home Address: _____

Parent/Guardian Phone Number: _____

Parent/Guardian Email Address (if any): _____

We often collect images of patients we serve in order to publicize and evaluate our program. By checking the "YES" box, you agree agreeing that *you or your child* may be photographed, filmed, and/or voice recorded in any format (collectively called "Recordings") and that we will own and may use such Recordings in any format without compensation to you or your child.

YES ☐ **NO** ☐

My signature shows that I have read and understand this voluntary Consent and Release and I agree to its provisions.

Parent/Guardian Signature:_____ Date: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN

Al firmar este FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO y LIBERACIÓN, usted acuerda renunciar a todo tipo de reclamación que pudiera surgir en contra de Envolve Vision, de los optometristas y del personal del establecimiento, a raíz de su participación o la de su hijo en el programa. Asimismo, usted da su autorización para que Envolve Vision revele información sobre el examen y diagnóstico de su hijo a los funcionarios del sistema escolar al cual pertenece el estudiante, previa solicitud.

Sí, doy mi autorización para que mi hijo participe en el programa gratuito de la clínica de la visión, tal como se describe líneas arriba.

Nombre del niño ***en letra de imprenta***: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Sexo: masculino/femenino (encierre en un círculo)

Nombre del padre, madre o tutor ***en letra de imprenta***: _____

Domicilio: _____

Número telefónico del padre, madre o tutor: _____

Correo electrónico del padre, madre o tutor (si los hubiere): _____

A menudo recopilamos imágenes de los pacientes que atendemos, a fin de promover y evaluar nuestro programa. Al marcar la casilla "SÍ", acepta que usted o su hijo pueden ser fotografiados, filmados y/o grabados de voz en cualquier formato (colectivamente llamados "Grabaciones") y que seremos propietarios y podemos usar dichas Grabaciones en cualquier formato. sin compensación para usted o su hijo.

YES ☐ **NO** ☐

Mi firma confirma que he leído y entiendo este formulario de consentimiento y liberación voluntario, y acepto sus disposiciones.

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Vision screening results will be handled in accordance with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) Privacy Rule.