



CONSENTEMENT ET AUTORISATION

Nom du patient : _____ Date : _____

En signant ce consentement et cette autorisation dans l'espace ci-dessous, vous acceptez, pour vous-même en tant que patient, ou au nom du patient identifié ci-dessus, comme suit :

- Je comprends que j'établis des soins oculaires au Eye and Vision Center (Centre de l'œil et de la vision) et que je serai examiné et recevrai des soins en fonction de mon diagnostic et de mes objectifs. J'autorise et ordonne au Eye and Vision Center de fournir un tel examen et de tels soins.
- Je suis conscient que le Eye and Vision Center fait partie de l'école d'optométrie de l'Université MCPHS, un établissement d'enseignement supérieur dans lequel les étudiants reçoivent un enseignement et une formation en optométrie. J'accepte que les professeurs et les étudiants de l'école d'optométrie de l'Université MCPHS effectuent les examens et tests nécessaires, y compris, mais sans s'y limiter, des images oculaires, un contrôle de la pression et des champs visuels.
- Je comprends et j'accepte que les informations de santé protégées obtenues à la suite de cet examen et de ce traitement puissent être utilisées ou divulguées dans le but de faire progresser les objectifs éducatifs de l'Université MCPHS, y compris la formation des étudiants de l'École d'optométrie.
- Je comprends et j'accepte que mes données anonymisées, y compris, mais sans s'y limiter, les données d'examen clinique, les diagnostics ou les traitements, puissent être utilisées et divulguées par l'École d'optométrie de l'Université MCPHS à des fins de recherche.
- J'accorde mon consentement et ma permission aux employés et étudiants de l'école d'optométrie de l'université MCPHS de prendre et de publier des photographies de moi ou du patient identifié ci-dessus à des fins d'éducation, de recherche et à d'autres fins qui poursuivent les objectifs éducatifs de l'école d'optométrie de l'Université MCPHS. [Cochez une seule réponse] :
 Oui Non
- Si l'anglais n'est pas ma langue maternelle, je confirme qu'un interprète et/ou des services de traduction m'ont été offerts et ont été fournis, sur demande [cocher une seule réponse] :
 Oui Non N/A
- J'autorise le paiement de mes prestations d'assurance, y compris Medicare et/ou Medicaid, directement à The Eye and Vision Center. Je comprends que je suis financièrement responsable de tout solde. J'autorise également The Eye and Vision Center à divulguer toute information requise pour traiter mes réclamations d'assurance. [Cocher une seule réponse] :
 Oui Non N/A
- Je comprends les déclarations et accords énoncés dans le présent Consentement et Autorisation. Je comprends que j'ai le droit de demander à mon clinicien de répondre à toutes mes questions concernant mon traitement et j'accepte que toutes mes questions aient reçu une réponse. Je reconnais et j'accepte que le Eye and Vision Center ait le droit de refuser des soins.

Signature du patient ou de son tuteur légal

Date : _____

Nom en lettres moulées du tuteur légal (le cas échéant) _____

Signature de l'interprète (le cas échéant)

Date : _____