

**FREE EYE SCREENING**

**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.

We often collect images of patients we serve in order to publicize and evaluate our program. By signing this CONSENT and RELEASE FORM you agree 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.

**Please Print** Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_ Male / Female (circle)

**Please Print** Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_

Home Address: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Phone Number: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Email Address (if any): \_\_\_\_\_

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

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**EXAMEN DE LA VISTA GRATIS**

**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.

A menudo recopilamos imágenes de los pacientes que atendemos, a fin de promover y evaluar nuestro programa. Al firmar este FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO y LIBERACIÓN, usted da su autorización para que se pueda fotografiar, filmar o realizar grabaciones de audio en cualquier formato (en conjunto se les denomina "grabaciones"), tanto a usted como a su hijo, y que estas grabaciones, en el formato que se encuentren, serán de nuestra propiedad, y ni usted ni su hijo serán remunerados.

Nombre **en letra de imprenta**: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**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): \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_