![NMSBVI_LOGO_BLUE[1]]()

NMSBVI – Acceso al Aprendizaje ~ Clínica de Baja Visión

**LA FORMA DE CONSETIMIENTO DE LA CLÍNICA DE BAJA VISIÓN**

**AUTORIZACIÓN DEL USO O COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

(Por favor imprima)

Yo, (Madre, Padre, Guardián)

de (nombre de estudiante) Fecha:

**por lo presente doy consentimiento a mi niño(a) de ser evaluado(a) por el personal de La Clínica de Baja Visión, de NMSBVI Acceso al Aprendizaje** y para el distrito escolar o la maestra o maestro de personas con discapacidad visual de revelar los informes visuales, evaluaciones funcionales de visión/orientación y movilidad.

*Esta evaluación puede incluir las siguientes evaluaciones: cercana y agudeza de la distancia; rutina de exámenes de color; rutina del examen de sensibilidad de contraste; proyecciones de espacios visuales; evaluación de aumento; evaluación de deslumbramiento; evaluaciones de dispositivos ópticos incluyendo pero no limitados: monoculares, lupas, CCTV`s, etc.*

**Firmado:** (Imprima) (Firma)

**También:**

***En orden de proporcionar cuidado óptimo para sus necesidades de visión para su niño,***  *es importante que la información obtenida por la Clínica de Visión Baja sea compartida con su oftalmólogo de su niño u otras agencias o individuales. Por firmando Usted nos da permiso para enviar una copia del informe. Una copia será enviada a Usted. Si Usted desea que no sea compartida a nadie mas, por favor escriba NO en la caja.* [ ] *Si* [ ] *No*

**Compartir la Información médica protegida A:**

**Una copia del informe de la clínica del baja visión de mi niño(a) puede ser enviada a:** (Un médico por forma por favor)

|  |
| --- |
| **Nombre de Agencia o Médico:** |
| **Telefono:** |
| **Dirección del Médico:** |
|  |
| **Cuidad, Estado, el Código Postal:** |

Firma de Padre/Guardián:

Numero de Teléfono de Padre/Guardián:

Dirección de Padre/Guardián:

 (Esta autorización se expirará un año a partir de la fecha de la firma.)

**Consentimiento de Fotografía o Videograbación:**

 Por lo presente doy permiso a mi niño(a) de ser fotografiado(a) o vídeo grabado(a) en la operación regular de la Examinación de Baja Visión para informativos educacionales.

 Yo no deseo que mi niño(a) sea fotografiado(a) o vídeo grabado(a).

**Firmado:** (Imprima) (Firma)

Enviar la forma vía correo o fax a NMSBVI-ECP, Atención: Low Vision Clinic, 801 Stephen Moody ST

Albuquerque, NM 87123. FAX: (505) 271-3073 margarethidalgo@nmsbvi.k12.nm.us