

## Wallis Family Eyecare-Formulario de Consentimiento Informado

Wallis Family Eyecare está tomando todas las precauciones razonables recomendadas para los optometristas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades que brindan atención ocular y servicios relacionados a los pacientes durante la crisis COVID-19, y está siguiendo las recomendaciones de la Asociación Americana de Optometría y nuestro estado local autoridades regulatorias. También, Wallis Family Eyecare está evaluando a sus empleados y pacientes para asegurarse de que ningún empleado o paciente sufra actualmente ninguno de los síntomas conocidos de COVID-19, como fiebre, tos seca o falta de aliento.

Sin embargo, también se sabe que aquellos sin síntomas aún pueden ser capaces de infectar a otros como individuos asintomáticos con COVID-19 y, a pesar de las precauciones tomadas, el virus aún puede estar presente y es capaz de infectar a las personas. Conociendo esta información, elijo voluntariamente continuar con mi cita programada con Wallis Family Eyecare y por la presente reconozco que lo hago después de haber sido informado y comprendo que no es posible garantizar un entorno libre de virus o infección, pero estoy dispuesto a asumir ese riesgo.

---

Firma ( Firma de guardián, Si menor de 18):

---

Fecha