



Estimado Paciente (o Guardián),

Está siendo considerado para recibir un regalo maravilloso hecho posible por un donante de órganos y tejidos, que sería proveído para usted por Lions Eye Institute en Tampa, FL. Somos uno de los más grandes bancos de ojos y centros de investigación ocular en el mundo y estamos comprometidos a establecer nuevos estándares para los esfuerzos oculares que mejorarán los resultados visuales y la calidad de vida de aquellos ciegos o con discapacidad visual. Nuestra visión es ayudar a la gente a ver.

Si se le aprueba para este regalo de tejido ocular, le pedimos que proporcione su historia de cómo esta experiencia ha afectado su vida y la de su familia. Su historia será compartida para inspirar a otros a convertirse en donantes de córnea, contribuir a este programa para ayudar a otros pacientes necesitados, y compartir historias de vista restaurada con personas que necesitan un trasplante de córnea.

Por favor, complete el cuestionario preoperatorio y firme la siguiente versión para darnos su consentimiento para ponernos en contacto con usted y compartir su historia.

Gracias de antemano por aceptar participar en este programa y proporcionar su historia del regalo de la vista.

Sinceramente,

James Rosa
Donation Program Consultant
Lions Eye Institute for Transplant & Research.

Gratis Ocular Tissue Program: Cuestionario Preoperatorio

Imprimir nombre del paciente _____

Imprimir el nombre del padre/tutor legal *(si el participante es menor de 18 años)* Fecha _____

Número de teléfono *(requerido)* _____

Dirección de correo electrónico _____

Domicilio Paciente/Guardián *(requerido)*

1. Por favor describe los problemas que tú estás teniendo con tu visión/ojos, y si padeces de dolor o molestia.

2. ¿Qué tipos de problemas tú estás atravesando debido al asunto con tu visión/ojos (dificultad al conducir, cuidado de niños, trabajo)?

3. ¿Qué será lo que más te impactará luego de tu trasplante de córnea (ver un atardecer, leer, etc.)?

Por favor, devuelva este documento a su cirujano o envíelo al Lions Eye Institute for Transplant and Research en la dirección o dirección de correo electrónico a continuación.

Gratis Ocular Tissue Program: Testimonio del paciente y liberación de medios

Por la presente autorizo a Lions Eye Institute for Transplant and Research, Inc. ("LEITR") Y Lions Eye Institute for Transplant & Research Foundation, Inc. ("LEIF"), incluyendo a los agentes, oficiales, directores, afiliados, empleados y contratistas de cada uno, para tomar y publicar fotografías y grabaciones visuales y/o sonoras de mí, mi semejanza y/o mi voz, incluyendo cualquier declaración dada durante una entrevista (colectivamente "Grabaciones"), con o sin mi nombre y/u otra información biográfica, para su uso en cualquier LEITR y/o LEIF impreso, promoción, publicidad, ilustración, material de marketing en línea o basado en video, y/o cualquier otra publicación de LEITR y/o LEIF, de cualquier manera o medio, sin restricciones (colectivamente "LEITR y/o Publicaciones LEIF"). Además, entiendo que el LEITR y LEIF tendrán derecho a utilizar las Grabaciones en LEITR y/o Publicaciones LEIF para cualquier propósito, incluyendo, pero no limitado a, promoción, comercio, publicidad o publicidad de LEITR y/o LEIF.

Reconozco además que la participación es voluntaria, y no recibiré compensación financiera de ningún tipo asociada con la toma, publicación o uso de estas Grabaciones o la participación en LEITR y/o Publicaciones LEIF. Reconozco y acepto que la publicación de dichas Grabaciones no me confiere ningún derecho de propiedad o regalías y renuncia a cualquier derecho a indemnización. Reconozco que LEITR y LEIF son los titulares exclusivos de todos los derechos sobre las Grabaciones y, y para, de conformidad con este Formulario de Liberación de Foto/Vídeo, y que TANTO el LEITR como el LEIF tienen derecho a utilizar o reproducir las Grabaciones resultantes tan a menudo como LEITR y/o LEIF determinen.

Acepto liberar y eximir de responsabilidad a LEITR y LEIF, incluidos los agentes, afiliados, contratistas, funcionarios y directores, y empleados de cada uno, así como a terceros involucrados en la creación, promoción o publicación de LEITR y/o Publicaciones LEIF, de la responsabilidad por cualquier reclamación por mí o de cualquier tercero relacionada con la toma, uso o distribución de estas Grabaciones en cualquier forma o medio.

He leído este Formulario de liberación de fotos/vídeos antes de firmar y comprendo completamente el contenido, significado e impacto de mi consentimiento. Entiendo que soy libre de abordar cualquier pregunta específica y lo he hecho antes de firmar este Formulario de lanzamiento de fotos/vídeos.

Imprimir nombre del paciente

Imprimir el nombre del padre/tutor legal (si el participante es menor de 18 años)

Firma del Paciente o Padre/Tutor (si el participante es menor de 18 años)

Por favor, devuelva este documento a su cirujano o envíelo al Lions Eye Institute for Transplant and Research en la dirección o dirección de correo electrónico a continuación.