



In Partnership with the Lions of Florida,
the Bahamas, Aruba, Bonaire & Curacao



7120 NW 11th Place
Gainesville, FL 32605

Forma de Consentimiento

(Nota: un examen no es necesario si su hijo (a) está actualmente bajo el cuidado de un oftalmólogo).

Estimado padre/tutor:

Se ofrecerán exámenes de visión gratuitos para su hijo (a) de parte de su Lions Club local en asociación con Florida KidSight Foundation. El examen se ejecuta con el uso de una imagen de pantalla que toma una foto de los ojos de su hijo (a) y digitalmente, determina si puede existir un potencial problema ocular que cause ambliopía (ojo perezoso que puede llevar a la ceguera). No se hace ningún contacto físico con su hijo (a) y no se usan gotas para los ojos.

1. Información (Por favor, escriba)

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Género (Circule): Masculino o femenino Dirección de correo electrónico del padre: _____

Dirección física de correo: _____ Apt: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Mi hijo (a) actualmente usa lentes o lentes de contacto: Sí: _____ No: _____

Autorización del padre o tutor:

Yo entiendo lo siguiente con respecto al examen gratis y doy mi permiso para que mi hijo (a) sea examinado:

- a. No es un examen completo de los ojos, por lo tanto, no todos los problemas oculares pueden ser detectados durante el examen. Si mi hijo (a) requiere más cuidado, seré responsable de hacer tales arreglos.
- b. Esta forma, junto con los datos de medición del ojo, serán enviados a la oficina de Florida KidSight Foundation cuando el instrumento de examen dé un resultado de "REFERIR" o "NO CONCLUYENTE". Cuando se dé una lectura de "PASÓ", no se enviarán ningunos datos o información.
- c. Si los resultados del examen de mi hijo (a) son enviados a la oficina de Florida KidSight Foundation para verificación y seguimiento, recibiré una carta que describa las acciones a tomar junto con los resultados del examen.
- d. Si los resultados del examen de mi hijo (a) revelan un problema de visión y mi hijo recibe un examen completo por un oftalmólogo, el doctor examinador está autorizado para compartir los resultados con el personal y voluntarios de exámenes de Florida KidSight Foundation, así como Lions Club KidSight Vision Screening Teams para verificación y propósitos de correlación.
- e. Los datos del examen se mantienen en Florida KidSight Foundation y Lions Club KidSight Vision Screening Teams en una base de datos para propósitos de seguimiento y para producir reportes agregados del total de niños examinados y referidos, así como para registrar el número de resultados no concluyentes.
- f. Toda la información dada y los resultados de este examen gratuito se mantendrán de forma confidencial.
- g. Los representantes y/o voluntarios de KidSight de Lions Club que conduzcan el examen no serán responsables o expuestos por cualquier error de comisión, omisión u otro mal diagnóstico, puesto que son voluntarios involucrados en proporcionar un servicio humanitario a su comunidad.

Nombre impreso: _____ Número de teléfono: () _____

Firma: _____ Fecha: _____

2. Acción del examen (para completarse por el voluntario de Lions Club)

Pasó ___ (No se pudo detectar un problema de visión en este momento).

Referido/No concluyente ___ (Enviado a Florida KidSight Foundation para más evaluación).

No se pudo examinar ___ (El niño está llorando, es tímido, se mueve mucho, etc., y no se puede obtener una foto).