



FORMA DE CONSENTIMIENTO

Favor de usar LETRA DE MODLE para llenar toda la forma.

**NO llene la forma si el niño ya recibe servicios de un médico*

Nombre del niño: _____
 Nombre Inicial Apellido Paterno Apellido Materno

Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____

Dirección: _____

Ciudad y Código Postal: _____

Teléfono () _____

Correo electrónico: _____

Estimado Padre/Tutor:

PASS _____

REFER _____

If it is a referral, attach label here if refraction is obtained.

Los Clubes de Leones locales de su comunidad ofrecerán un examen de ojos inicial a su hijo. Este examen de detección pre-eliminar pueda mostrar la presencia de condiciones incluyendo hipermetropía, miopía, astigmatismo, estrabismo (ojos cruzados o no alineados), anisotropía (ojos de tamaño desigual) y opacidades (i.e. cataratas). No habrá ningún contacto físico a su hijo/a ni se usará gotas para los ojos u otros medicamentos a realizar el examen.

Yo, el abajo firmado, por la presente doy permiso para la participación de mi hijo/a en el programa de detección básica de la vista. Comprendo lo siguiente respecto al programa.

1. La información obtenida de este examen de detección pre-eliminar y no constituye un examen comprensivo de la vista. No se puede detectar toda condición de la visión por medio de este proceso.
2. No hay ningún costo para la participación de su hijo/a en este examen.
3. No haré responsable el Indiana Lions Eye Bank, Inc., las organizaciones de los Clubes de Leones, sus patrocinadores u Operación KidSight por cualquier error de comisión o de omisión o de inexactitudes reportadas en los resultados a la raíz del examen pre-eliminar.
4. Se mandará esta forma y los resultados de los mismos a Operación KidSight para revisión.
5. Si el examen detecta la necesidad de recibir mayor atención, recibirá una recomendación para la atención de un especialista, y yo recibiré un paquete de "Como padre ¿qué debo hacer?" con los resultados del examen pre-eliminar de la vista. Entiendo que yo soy el responsable de hacer una cita y llevar a mi hijo/a a un examen comprensivo en el caso de que mi hijo/a reciba estas indicaciones como resultado del examen pre-eliminar.
6. Usted da consentimiento a los empleados y voluntarios de KidSight a: (1) Grabar y guardar los resultados del examen de detección en una computadora en una base de datos; (2) Comunicar a usted los resultados del examen de detección pre-eliminar de la vista; (3) Comunicar los resultados del examen de detección pre-eliminar de la vista a su médico especialista sea un oftalmólogo u optometrista; (4) Si su hijo/a es participante en un Programa de Head Start u otro Programa de Acción Comunitaria, entregar los resultados del examen de la vista al Director/a del programa para facilitar el seguimiento del proceso; y (5) Si su hijo/a requiere atención de un especialista, usted da consentimiento que el especialista comparta los resultados del seguimiento de un examen comprensivo de la vista al Dr. Daniel Neely, Director Médico de Operación KidSight, y al personal de Operación KidSight que registrarán la información en un base datos. Toda la información que usted o el especialista proporciona a Operación KidSight se guardará con toda confidencialidad y no se usará sin su permiso.

XXX Padre / Tutor

Firma: _____ Fecha _____

Se notificará al padre o tutor si los resultados del examen de detección pre-eliminar indican la posibilidad de una condición que requiere atención más comprensiva. Ponga sus iniciales en el espacio al final si **NO DESEA QUE SU HIJO/A PARTICIPE EN EL SEGUIMIENTO CON UNA LLAMADA O CORREO ELECTRÓNICO.** _____

*Si su hijo/a participa en Head Start/Programa de Acción Comunitaria, es nuestra obligación darle el seguimiento indicado y la opción de negar seguimiento no es una opción.

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

The result of your child's vision screening is as follows:

____ Pass No se detecta ningún problema de visión en este momento. Esta prueba de detección no es un sustituto para un examen comprensivo de la vista. Consulte a un especialista profesional si sospeche un problema de visión.

____ Refer Su hijo debe ser examinado por un especialista profesional porque pueda tener la condición siguiente que afecta a la visión de un ojo o de los dos ojos. Favor de llevar a su hijo/a a consulta con un oftalmólogo u optometrista local. Si tenga preguntas respecto a los resultados del examen de detección pre-eliminar, favor de llamar a KidSight (317) 220-8486.

- ____ Estrabismo (Ojos cruzados o mal aliñados)
- ____ Anisometropía (Difference in need for glasses between eyes; can cause poor vision in one eye)
- ____ Astigmatismo (Results from unequal focusing of light rays as they enter the eye, causing a blurring of objects)
- ____ Hipermetropía (Farsightedness)
- ____ Myopía (Nearsightedness)
- ____ Anisocoria (Pupils de tamaño diferente. Inequality in size of pupils)
- ____ Sin refracción. (Consulta automatic cuando el niño coopera. Automatic referral.)

Revised 06/16