



GEORGIA LIONS
**Lighthouse
Foundation**

lionslighthouse.org @galighthouse

MAESTRO/A DE AULA/GRADO: _____
FECHA: _____

Formulario de Consentimiento Parental para la Evaluación/Clínica de la Visión (O EXCLUSIÓN) DEVUELVA EL FORMULARIO A LA ESCUELA

En _____ habrá un examen de visión sin costo y una clínica de visión móvil en la escuela de su hijo, proporcionado en colaboración con la Fundación Faro de los Leones de Georgia, Inc. (GLLF), los Clubes de Leones de Georgia y un optometrista autorizado. El propósito es determinar si su hijo necesita un examen de visión, y luego proporcionar el examen de visión y gafas según sea necesario. La evaluación es no invasiva y no se realiza contacto físico con el niño.

IMPORTANTE

¡Si su hijo tiene epilepsia fotosensible, no será examinado!

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M o F
Raza (Asiático, Afroamericano, Blanco, Hispano/Latino, 2 o más razas, Otro): _____

Elección Circular:

Concedo permiso para que mi hijo/a sea evaluado/a	SI	or	NO
(Marque NO para optar por no participar)			
Mi hijo tiene epilepsia fotosensible.	SI	or	NO
Mi hijo usa gafas con receta.	SI	or	NO

Autorizo a GLLF a usar fotografías tomadas durante las pruebas de visión y la clínica para cualquier uso legal, incluyendo publicidad, derechos de autor, ilustración, publicidad y contenido web. Entiendo que no se me pagará ninguna tarifa de regalía ni otra compensación por dicho uso.

Autorizo a fotografiar a mi hijo/a. **Elección Circular:** SI or NO

Si su hijo es referido para un examen de la vista basado en el resultado de la evaluación visual, el niño recibirá un examen visual completo en el mismo día o en una fecha futura en la escuela. Si es referido de la evaluación, doy permiso para que se examinen los ojos de mi hijo. **Elección Circular:** SI or NO

Autorizo la dilatación de los ojos de mi hijo, si es necesario. **Elección Circular:** SI or NO

HISTORIAL MÉDICO DEL NIÑO

Queja Principal: _____

Alergias: _____

¿Su hijo tiene un historial de alguno de los siguientes? Si es así, por favor marque la casilla.

☐ Ojos Secos ☐ Visión Borrosa ☐ Lesiones Oculares Pasadas ☐ Cirugías Oculares ☐ Usa Gafas ☐ Usa Lentes de Contacto

¿Tienes antecedentes familiares de alguno de los siguientes? ☐ Diabetes ☐ Degeneración Macular

☐ Glaucoma ☐ Desprendimiento de Retina ☐ Cataratas ☐ Hipertensión

Por favor, explique cualquier casilla que haya marcado: _____

Número de teléfono del padre/tutor: _____ Dirección de correo electrónico: _____

(Me gustaría recibir boletines informativos por correo electrónico de GLLF: **Elección Circular:** SI or NO)

Nombre del padre/tutor: (imprimir): _____ Dirección: _____

Tu firma a continuación indica consentimiento para los servicios y comprensión de la declaración HIPAA.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____