



Louisiana Lions Eye Foundation

Examen de Visión GRATUITO



CONSENTIMIENTO Y FORMULARIO DE REFERENCIA

Para más información llame al (504) 525-7235

IMPRIMA LA INFORMACIÓN DEL NIÑO(A)

Nombre del niño (a): _____
Primer Nombre Inicial del Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Masculino: _____ Femenino: _____

¿Está su hijo(a) bajo el cuidado de un oftalmólogo? ____SI ____NO ¿Usa su hijo(a) anteojos? ____SI ____NO

Nombre de la Escuela: _____ Nombre del Profesor: _____

IMPRIMA LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS PADRES

Nombre del Padre/Madre/Representante: _____

Correo Electrónico/Email: _____

Teléfono: (____) _____ - _____ # Segundo Teléfono (____) _____ - _____

Dirección: _____ Apt. _____

Ciudad/City: _____ Zona Postal/ZIP _____ Distrito/ Parish: _____

Yo, el abajo firmante, doy permiso para que mi hijo(a), _____, participe en el examen de detección de LLEF CubSight Visión. Entiendo lo siguiente con respecto a este programa:

1. La información obtenida de este examen de visión es preliminar y no constituye un examen completo. Está diseñado para detectar problemas potenciales de los ojos como miopía (no poder ver objetos lejanos), hiperopía (no poder ver de cerca), astigmatismo (hace ver las imágenes deformadas), estrabismo (los ojos apuntando en diferentes direcciones), ambliopía (ojo vago), o anisocoria (las pupilas de diferentes tamaños).
2. No hay ningún costo para participar en el examen de visión. El examen se hace usando una cámara que toma fotos/lee los ojos de su hijo. No se necesita usar ningún tipo de medicamento para hacer el examen. La persona que efectúa el examen se colocará aproximadamente 3-4 pies de distancia de los ojos de su hijo(a).
3. La persona de LLEF CubSight o voluntario podría tomar una foto de mi hijo(a) que posiblemente podría ser usada para promociones futuras.
4. Si mi hijo(a) necesita ser remitido, yo soy responsable de hacer una cita para un examen completo con un profesional de la vista.
5. Si mi hijo es remitido y examinado por un profesional de la vista, el examinador debe dar los resultados de mi hijo(a) al programa de CubSight y a la escuela o guardería de mi hijo(a). Estos resultados podrían no permanecer confidenciales ya que se compartirán con la administración de la escuela/guardería de mi hijo(a).
6. No haré responsable a la organización de Lions Club, el programa de LLEF CubSight, o la fundación de Louisiana Lions Eye por cualquier error u omisión obtenido por este examen.
7. Si mi hijo(a) recibe un resultado de REMITIDO, yo debo ser notificado por la escuela y podría ser notificado por el personal de LLEF CubSight a realizar un seguimiento en el examen de visión de mi hijo(a). Yo podría contactar la personal de LLEF CubSight en cualquier momento si tengo preguntas o preocupaciones acerca de el examen de la visión de mi hijo(a).

X _____
Firma del Padre/Representante Fecha

¿Estaba el niño usando anteojos cuando se examinó? ____SI ____NO

<h2>APROBADO</h2> <p>APROBADO El examen no detectó un problema de visión</p>	<h2>SIN RESULTADO</h2> <p>No pudimos obtener un resultado claro sobre su hijo(a). Recomendamos que su hijo(a) reciba un examen completo de la vista por un oftalmólogo</p>	<h2>REFERIDO</h2> <p>REFERIDO su hijo no pasó nuestra evaluación de la vista. Recomendamos que su hijo reciba un examen completo de la vista por un oftalmólogo</p>
-------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si desea más información sobre los Clubes de Leones, comuníquese con: _____