



# 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 la vista es preliminar y no constituye un examen completo de la vista. Está diseñado para detectar potencialmente problemas oculares como miopía, hipermetropía, astigmatismo (no ver las cosas enfocadas), estrabismo (ojos que apuntan en diferentes direcciones), ambliopía (ojo vago) o anisocoria (pupilas de diferentes tamaños).
2. No hay **ningún cargo** por participar en el examen de la vista. La evaluación se realiza utilizando una cámara que toma una foto / lectura de los ojos de su hijo(a). No se necesita medicación para completar el examen. La pantalla se encuentra aproximadamente a 3-4 pies de distancia de su hijo.
3. Doy permiso para que el programa LLEF CubSight tome una foto de mi hijo(a).
4. Si es referido, autorizo al examinador a divulgar los resultados del examen de mi hijo(a) al Programa CubSight y la escuela / guardería de mi hijo(a).
5. Entiendo que soy responsable de organizar un examen completo de la vista por un profesional de la visión si mi hijo(a) ha sido referido.
6. No responsabilizaré a las organizaciones del Club de Leones, al Programa LLEF CubSight ni a la Louisiana Lions Eye Foundation por los errores u omisiones obtenidos por esta evaluación.
7. Si mi hijo(a) recibe un resultado de REFERENCIA, la escuela debería notificarme y el personal de LLEF CubSight puede contactarme para hacer un seguimiento de la evaluación de la vista de mi hijo(a). Soy consciente de que puedo comunicarme con el personal de LLEF CubSight en cualquier momento para obtener información sobre el examen de la vista de mi hijo(a).

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Representante Fecha

¿Estaba el niño usando anteojos cuando se examinó? \_\_\_\_ SI No

### APROBADO

El examen no detectó un Problema de visión

### SIN RESULTADO

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

### REFERIDO

su hijo no pasó nuestra evaluación de la vista. Recomendamos que su hijo reciba un examen completo de la vista por un oftalmólogo

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_