



Attach Instrument
Printout Here

Consentimiento del Padre/Tutor

Los Clubes de Leones de su comunidad, junto con Tennessee Lions Charities, Inc., ofrecerán exámenes de la vista gratuitos a su hijo. La prueba de detección proporcionará una lectura digital de los ojos de su hijo. No se hace contacto físico con su hijo y las gotas para los ojos son innecesarias. Los resultados se enviarán al sitio de evaluación, donde estarán disponibles para usted dentro de dos semanas.

Yo, el abajo firmante, doy permiso para que mi hijo, nombrado a continuación, participe en el evento de proyección. Entiendo lo siguiente con respecto a este programa:

1. La información obtenida de este examen de la vista es solo preliminar y no constituye un diagnóstico de problemas de la vista.
2. No hay ningún cargo por participar en el proceso de evaluación de la vista.
3. Entiendo que soy responsable de organizar un examen de la vista si mi hijo ha sido referido a través del examen de la vista de KidSight. **Doy permiso para que mi médico comparta los resultados de la evaluación con Tennessee Lions Charities y Vanderbilt University.**
4. Entiendo y doy mi permiso para que el coordinador de seguimiento de Tennessee Lions Charities se comunique conmigo si mi hijo es referido. *(Se anima a los padres/tutores de los niños referidos a informar al coordinador de seguimiento [consulte el número a continuación] de las fechas de los exámenes profesionales o los resultados de los exámenes antes de que comience el proceso de seguimiento).*
5. No responsabilizaré a los voluntarios del Club de Leones, a Tennessee Lions Charities ni a la Universidad de Vanderbilt por ningún error de comisión, omisión u otro diagnóstico erróneo.

Firma del padre o tutor

Fecha

POR FAVOR IMPRIMA

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento del niño _____ Edad _____
Primero Medio Último

Dirección _____ Ciudad y Zip _____

Teléfono (_____) _____ Correo electrónico _____

¿Su hijo ya usa anteojos o recibe tratamiento recetado por un profesional de la visión? Sí No

Un niño que actualmente usa anteojos no debe ser examinado.

Resultados

- ___ **Pasar** podemos detectar un problema de visión en este momento. Tenga en cuenta que esta evaluación no es un sustituto de un examen completo. Consulte a su oftalmólogo si sospecha que tiene un problema de visión.
- ___ **Refiera** a su hijo debe ser examinado porque puede tener una afección que tiene el potencial de causar mala visión en uno o ambos ojos.
- ___ **Ilegible** Vuelva a examinarse en un año, o consulte a un oftalmólogo antes si sospecha que hay un problema.
- ___ **C. U. T.** Con base en la respuesta anterior, una indicación de la escuela o una nota de un voluntario del Club de Leones, su hijo está actualmente bajo tratamiento y debe continuar con el tratamiento prescrito.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de evaluación o desea informar a nuestro coordinador sobre la fecha del examen o los resultados del examen de un niño referido, llame a las oficinas de KidSight Outreach al (615) 690-8644 ext. 222 o visite nuestro sitio web www.tennesseeionscharities.org/ksoparentquestions.

Para obtener más información sobre KidSight, visite nuestro sitio web para leer nuestro libro infantil gratuito.

www.TennesseeLionsCharities.org/RosiesKidSightStory

