



MD5M Lions KidSight Consent Form



Fecha de la evaluación:

¿Se encuentra este/a niño/a actualmente bajo el cuidado y tratamiento de un oftalmólogo? No Sí

El _____ ofrecerá una evaluación de la vista gratuita para niños. Los eventos de evaluación son patrocinados por MD5M Lions KidSight Foundation, Inc. La evaluación de la vista produce imágenes de los ojos de un niño para determinar la presencia de trastornos oculares, como la pérdida de la visión lejana y cercana, además del astigmatismo, la anisometropía (poder de refracción desigual), el estrabismo (ojos desalineados) y las opacidades de los medios (p. ej.: cataratas) que pueden provocar ambliopía (ojo perezoso). No se produce contacto físico con el niño y no se utilizan gotas para los ojos durante la evaluación de la vista. Esta evaluación tiene una eficacia aproximada de entre 85 y 90 % en la detección de problemas que pueden causar reducción de la visión.

La participación es voluntaria. Esta evaluación está diseñada para niños en edad preescolar. Los niños menores de 6 meses no serán sometidos a la evaluación. **Ningún niño será sometido a la evaluación sin un formulario de consentimiento firmado y completado. Si se evalúa a más de un niño de la misma familia, escriba su(s) nombre(s) en el reverso de este formulario.** No hay riesgos previsibles al participar en el programa de evaluación de la vista MD5M Lions KidSight.

Escriba a mano o a máquina la siguiente información:

Nombre del niño: Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Masculino ___ Femenino ___ Fecha de nacimiento ___/___/___ (MM/DD/AAAA) Edad del niño _____

Nombre del padre/de la madre: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono particular: (_____) _____ Teléfono laboral: (_____) _____

Teléfono celular: (_____) _____ Dirección de correo electrónico: _____

Yo, el abajo firmante, por la presente doy permiso para que mi hijo/a, _____, participe en el evento de evaluación. Entiendo lo siguiente con respecto a este programa:

1. La información obtenida de esta evaluación es solo preliminar y no constituye un diagnóstico de problemas de la vista.
2. La participación en el evento de evaluación es gratuita.
3. Se me contactará con los resultados de la evaluación a través de Lions KidSight.
4. Soy responsable de organizar un examen de la vista completo con un médico de mi elección si mi hijo/a ha sido derivado/a como resultado de la evaluación de la vista. Lions KidSight recomienda un examen de dilatación del ojo.
5. Los resultados del examen de la vista de su hijo/a se recopilarán de forma anónima junto con los exámenes de otros niños para supervisar la eficacia del proceso de evaluación.
6. MD5M Lions KidSight mantendrá la confidencialidad de todos los registros y resultados.
7. No haré responsable al Lions Club y a sus voluntarios u organizaciones de Lions Club por errores de comisión, omisión u otros diagnósticos equivocados.

Firma del padre/de la madre o tutor/a

Fecha

Sólo para uso de leones		
recomienda _____ Refer	No referirse _____ Not Refer	No se podía examinar _____ Could Not Screen

MD5M Lions KidSight

Formulario de consentimiento

Escriba a máquina la siguiente información:

Nombre del niño: Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Masculino ____ Femenino ____ Fecha de nacimiento del niño ____/____/____ (MM/DD/AAAA) Edad ____

Sólo para uso de leones		
recomienda ____	No referirse ____	No se podía examinar ____
Refer	Not Refer	Could Not Screen

Nombre del niño: Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Masculino ____ Femenino ____ Fecha de nacimiento del niño ____/____/____ (MM/DD/AAAA) Edad ____

Sólo para uso de leones		
recomienda ____	No referirse ____	No se podía examinar ____
Refer	Not Refer	Could Not Screen

Nombre del niño: Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Masculino ____ Femenino ____ Fecha de nacimiento del niño ____/____/____ (MM/DD/AAAA) Edad ____

Sólo para uso de leones		
recomienda ____	No referirse ____	No se podía examinar ____
Refer	Not Refer	Could Not Screen

Nombre del niño: Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Masculino ____ Femenino ____ Fecha de nacimiento del niño ____/____/____ (MM/DD/AAAA) Edad ____

Sólo para uso de leones		
recomienda ____	No referirse ____	No se podía examinar ____
Refer	Not Refer	Could Not Screen