



# Rhode Island Lions Sight Foundation, Inc.

## Formulario de consentimiento para el examen de la vista del club de Leones

Estimado Padre / Tutor,

Día \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ un examen de la vista gratuito por el Club de Leones de: \_\_\_\_\_ se ofrecerá a su hijo(a). El examen consiste en una exploración electrónica instantánea de los ojos de su hijo para determinar la presencia de seis trastornos oculares. Esta exploración dura aproximadamente un segundo. No se hace contacto físico con su hijo y no se usan gotas para los ojos. Al completar y firmar el formulario de permiso a continuación, acepta que su hijo participe en este evento de detección. También comprende lo siguiente:

1. No hay ningún cargo por participar en el proceso de evaluación de la vista.
2. Se le notificará con los resultados.
3. La información de este examen de la vista debe considerarse un procedimiento preliminar únicamente y no constituye un diagnóstico de problemas de la vista. Solo debe considerarse parte de un programa integral de atención oftalmológica que incluye exámenes periódicos realizados por un oculista.
4. Usted comprende que es responsable de coordinar un examen completo de la vista con un oculista si su hijo es derivado como resultado de esta prueba de detección de la vista.
5. Usted acepta eximir de responsabilidad al Club de Leones de: \_\_\_\_\_ y que estén libre de cualquier responsabilidad por examinar a su hijo e informarle que se requiere un examen de seguimiento o no.
6. Si no se recibe un formulario de consentimiento, el Club de Leones de \_\_\_\_\_ no examinará a su hijo. (Marque uno con un círculo)

**SÍ**      **NO**      Doy permiso para que el Club de Leones \_\_\_\_\_ le realice a mi hijo un examen automático de la vista sin costo alguno para mí.

**SÍ**      **NO**      Buscaré atención oftalmológica de un especialista en atención oftalmológica de forma independiente.

**SÍ**      **NO**      Si su hijo es referido, ¿compartirá los resultados del examen de seguimiento de la vista de su hijo con el departamento de salud / distrito escolar o con el Club de Leones que realiza el examen?

Masculino    Femenino

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido de la niño(a) - por favor escriba en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Género (circule uno)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento (mes/día/año)

\_\_\_\_\_  
Escriba Padre / tutor: en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Parentesco con la niño(a)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor devuelva este document hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_. A la maestro(a) de tu hijo(a)