



## Examen "GRATUITO" de la visión Colorado Lions KidSight Program

El Club de Leones de su comunidad, en unión con el "Colorado Lions Kidsight Program", ofrecerá exámenes gratuitos de visión a su hijo/a en la escuela preescolar o en el jardín de infantes. Este examen usa tecnología moderna y es en un 85-90% efectivo para detectar cualquier deficiencia de la visión, esta carencia pueda llegar a desarrollar un impedimento visual llamado "Ojo Vago". No se tendrá ningún contacto físico con su hijo/a y no se usará ningún tipo de gotas o medicamentos en sus ojos. **¿POR QUÉ ES IMPORANTE ESTE EXAMEN DE LA VISTA?** 1 de cada 20 niños tiene un problema de visión que si no es detectado a tiempo, este puede convertirse en un impedimento visual conocido como *Ojo Vago o Perezoso*. El descubrir y tratar esta carencia de visión a tiempo es importante para el desarrollo de su hijo.

**Padre/Tutor: Por favor complete lo siguiente si usted desea que se le haga este examen a su hijo/a: Toda esta información se mantiene confidencial y no se comparte con terceras personas. POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA Y CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS.**

Nombre Completo del Niño/a \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Nombre Segundo Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento del Niño/a \_\_\_\_\_ Edad del Niño/a \_\_\_\_\_

Mes Día Año

Nombre Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Domicilio

\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono INCLUYA código de área \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

¿Está su niño/a actualmente bajo el cuidado de un doctor oftalmólogo (visión)?  Sí  No  ¿En caso de ser positiva su respuesta, escriba el nombre de este doctor? \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO:

Por lo presente, yo autorizo para que mi hijo/a participe en el programa de examen de la visión. He leído y he comprendido la siguiente información en lo que se relaciona a éste programa:

- La información obtenida en el examen de la vista es preliminar y no constituye un diagnóstico de problemas de la visión. No todos los problemas de la vista son descubiertos por medio del proceso de este examen.
- Es posible que me llamen por teléfono si mi hijo/a no pasa el examen de la vista.
- Yo entiendo que si mi hijo/a no pasa el examen de la vista, yo soy responsable en hacer los arreglos necesarios para que le hagan un examen de la vista con un oculista/oftalmólogo de mi elección. Yo entiendo que soy responsable de todos los costos que se incurran en cualquier examen de la vista que sea necesario.
- Yo no hare responsables a la organización de Clubes de Leones, al *Colorado Lions Kidsight Program*, sus empleados, agentes, ejecutivos, y sus representantes de cualquier herida que pueda suceder a consecuencia del examen, incluso, pero no limitada con errores de emisión, omisión u otros errores de diagnóstico.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

### RESULTADOS: Sólo Para Uso Interno de la Oficina

- Pasa** No se detecta problema de la vista en éste momento. Este examen no es un sustituto de un examen de ojos pediátrico completo. Consulte a un especialista profesional de la vista si sospecha algún problema.
- Ilegible** No fue posible conseguir resultados confiables de la vista del niño/a. Esto puede pasar de vez en cuando si el niño/a no mira la luz de la maquina o parpadea durante el examen. Consulte a un oculista profesional si sospecha un problema de la vista.
- Referir** El niño/a debería ser examinado/a por un doctor oftalmólogo (ojos), porque él/ella *puede* tener la siguiente condición:
- |                                       |  |                                       |
|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estrabismo   | <input type="checkbox"/> Anisotropía         | <input type="checkbox"/> Miopía Aguda |
| <input type="checkbox"/> Astigmatismo | <input type="checkbox"/> Hipermetropía Aguda | <input type="checkbox"/> Otro:        |