



Examen de la Vista GRATUITO

Colorado Lions KidSight Program

www.kidsightcolorado.org

Office Use Only:

SN# _____

El Club Local de Leones de su comunidad y el Programa KidSight de los Leones de Colorado ofrecerán un examen gratuito para su hijo/a en su escuela preescolar o en el jardín de niños. El examen usa tecnología moderna y es efectivo en un 85-90% para detectar cualquier deficiencia de la vista que puede llegar a un ojo perezoso. No se hace ningún contacto físico, ni se usan gotas para los ojos o medicamento alguno con su hijo/a.

¿POR QUÉ UN EXAMEN DE LA VISTA? 1 de cada 20 niños tiene un problema de la vista no detectado que podría convertirse en ojo perezoso si no es tratado a tiempo. El descubrimiento temprano y el tratamiento son esenciales para prevenir ojo perezoso.

Padre/Tutor: Por favor complete lo siguiente: Toda la información se mantiene confidencial y no se vende a tercer grupos. POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA Y CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS

Nombre Completo del Niño/a _____ [_____] Varón Mujer
Nombre Segundo Nombre Apellido 3 Iniciales

Fecha de Nacimiento del Niño/a _____ Edad _____
Mes Día Año Nombre de la Escuela

Padre o Tutor _____ Correo Electrónico _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono INCLUYA código del área _____

¿Está su niño/a actualmente bajo el cuidado de un doctor de los ojos? Sí No Si sí, nombre del doctor y fecha del examen _____

CONSENTIMIENTO:

Por lo presente yo autorizo para que mi hijo/a participe en el programa del examen de la vista de los ojos. He leído y entiendo la información siguiente en cuanto a éste programa:

- La información obtenida del examen de la vista es preliminar solamente y no constituye un diagnóstico de problemas de la vista. 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, soy responsable de hacer los arreglos para un examen de la vista con un oculista de mi elección. Yo entiendo que soy responsable de todos los gastos incurridos de cualquier examen de la vista.
- Yo no sostendré responsables a la organización de Leones, KidSight Colorado, sus empleados, agentes, oficiales, y sus representantes de cualquier herida que puede acumularse a consecuencia del examen, incluso, pero no limitada con errores de la comisión, los errores de la omisión, u otros errores del diagnóstico.

Firma del Padre/Madre o Tutor

Fecha

RESULTADOS:

Sólo Para Uso de la Oficina

- ____ **Pasa** No se detecta un problema de la vista en éste tiempo. 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.
- ____ **Al borde** Su hijo/a *puede estar desarrollando* un error refractivo leve que no necesita ser formalmente evaluado en este tiempo. Le recomendamos que el niño/a se le someta a una reevaluación por un especialista de los ojos dentro de un año o antes, si usted sospecha algún problema de la vista.
- ____ **Ilegible** No fue posible conseguir resultados confiables de la vista del niño/a. Esto puede pasar de vez en cuando si el niño/a mira lejos de la luz que 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 profesional de los ojos porque él/ella *puede* tener la condición siguiente:

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| ____ Estrabismo | ____ Anisometropía |
| ____ Astigmatismo | ____ Hipermetropía Aguda |
| ____ Miopía Aguda | ____ Otro: _____ |

VOLUNTEER:

For SureSight Users:

*Please **TAPE**
Child's Vision
Screening Readout
at **top of edge**
and label with
child's initials
and
date of birth*