

AUTORIZACIÓN



Nombre de Niño/a _____
Fecha de Nacimiento _____
Dirección _____
Ciudad y Código Postal _____
TEL. (casa) (____) _____ Otro TEL. (____) _____

**El voluntario adjuntara
el examen digital que se
realizo a su hijo/a**

Estimado Padre de Familia:

El club de Leones de Indiana en su comunidad, en conjunto con el departamento de Oftalmología de la Universidad de Indiana le ofrece un examen de los ojos a su hijo GRATIS. Este examen podría detectar la presencia de una enfermedad del ojo, incluyendo, previsión, miopía, astigmatismo, estrabismo (desalineo del ojo), anisometropía, (receta irregular) y falta de claridad (cataratas). No hay ningún contacto físico con su hijo y no se usa ningún tipo de gotas o medicina.

1. La información obtenida del examen ocular es preeliminaría solamente, y no constituye en examen del ojo formal. No todos los problemas de la vista serán detectados con este proceso.
2. No habrá costo por participar en este proceso.
3. No responsabilizaré a: the Indiana Lions Eye Bank Inc., the Indiana Lions Eye and Tissue Transplant Bank, las organizaciones de Lions Club ni sus patrocinadores, ni a Operation KidSight, por cualquier error de comisión, u omisión, ni por cualquier otro error en los resultados del examen ocular.
4. Una copia de este documento y los resultados del examen a su Lijo se mandaran a: Operation KidSight y al Dr. Daniel Neely, Director Médico Operación KidSight. El Dr. Neely es Oftalmologo en pediatría en la Escuela de Medicina en la Universidad de Indiana.
5. Si la vista de mi hijo/a esta deteriorada, el/ella será referido a un especialista del ojo y recibiré el "Paquete de que hacer para los Padres" junto con los resultados del examen. Entiendo que soy responsable por tramitar un examen completo para mi hijo/a si es referido como resultado de este examen de la vista.
6. Si el examen de mi hijo/a es inconcluso El voluntario del club de Leones llevando acabo el examen podría hacer otra cita para re tomar el examen.
7. Usted esta dando autorización a los empleados y voluntarios del programa Operation Kidsight a: a) Guardar los resultados del examen de la vista de su hijo(a) en una base de datos; b) Comunicarse con usted con los resultados del examen de la vista c) Comunicarse con su Oftalmólogo para dejarle saber los resultados del examen; d) Si su hijo(a) participa de los programas de condado como Head Start o algún otro Programa comunitario, usted esta autorizando a los empleados y voluntarios de Operation Kidsight a enviarle los resultados del examen de su hijo(a) al gerente o encargado del programa de Head Start/Programas Comunitarios para asistir con el seguimiento del tratamiento en caso que sea necesario; e) Si su hijo(a) esta siendo examinado como requerimiento de algún programa de la escuela, para revelar o compartir los resultados a la escuela comuníquese con dicha escuela para que le asista con el seguimiento del tratamiento. Si su hijo(a) falla el examen de la vista, usted también esta dando autorización para que su oftalmólogo o doctor de la vista comparta los resultados del tratamiento a seguir con el Dr. Neely y el personal de Operation Kidsight quienes grabaran esta información en una base de datos en la computadora. Toda la información que usted o su doctor comparta con Operation KidSight sera mantenida confidencial. Cualquier información que pueda identificar a su hijo o familia no será utilizada sin su consentimiento o permiso.

X

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

No escriba después de esta línea

Los resultados del examen de la vista es el siguiente:

____ Paso En este momento no hemos detectado ningún problema. Este análisis no es un sustituto a un examen completo de la vista.

____ Referir Su hijo(a) debe de ser examinado porque el o ella puede tener cualquiera de las siguientes condiciones medicas, que puede causar una visión pobre en un ojo o en ambos ojos. Por favor lleve a su hijo(a) a ver a un oftalmólogo u optometrista en su área.

- _____ Estrabismo (bizco, ojos desalineados)
- _____ Anisometropia (Diferencia entre los 2 ojos, causando problema en uno de los ojos; en necesidad de anteojos;
- _____ Astigmatismo (Resultado de una desigualdad enfocando los rayos de luz en cuanto entran al ojo Causando visión borrosa.
- _____ High Farsightedness
- _____ previsión alta (podría contribuir a ojos bizcos)
- _____ Miopía Alta (visión cercana severa)
- _____ Otro