Examen de la Vista GRATUITO

Colorado Lions KidSight Program
www.kidsightcolorado.org

DPS Form

El Colorado Lions KidSight Program ofrecerán un examen gratuito para su hijo/a en educación 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.

¿Está su niño/a actualmente bajo el cuidado de un doctor de los ojos? □Sí □No Nombre de doctor/ fecha del examen_____

¿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

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 del Niño/a_____ Escuela donde asiste: _____
Mes Día Año

Padre o Tutor _____ Correo Electrónico _____

Domicilio _____ ____Ciudad_____ Código Postal _____

Teléfono INCLUYA código del área _____

CONSENTIMIENTO:

Por lo presente yo autorizo para que mi hijo/a participe en el programa del examen de la vista. 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.
- Los resultados del examen de la vista de mi hijo/a serán enviados a la enfermera escolar de mi hijo/a y luego se me entregarán. 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, DPS, o ningún empleado, el agente, el oficial, o el representante del mismo, responsable de ningun daño que puede acumularse a consecuencia del examen de la vista, inclusive pero no limitado a errores de la comisión, los errores de omisión u otros errores del diagnosis, o de otro equívoco.

_____ _____
Firma del Padre/Madre o Tutor Fecha

VOLUNTEER:

Sure Sight Users:

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

RESULTADOS: **Sólo Para Uso de Oficina**

Esto sera interpretado por el personal de KidSight y devuelto a la enfermera escolar cuatro semanas después del examen.

_____**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 *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 reevaluacion 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 _____ Anisometropia
_____ Astigmatismo _____ Hipermetropia Aguda
_____ Miopía Aguda _____ Otro: _____

*For use in **DPS** 2014-2015*
Revised 7/14