**MD5M Lions KidSight**

**Formulario de consentimiento**

Fecha de la prueba de detección: **<<< ---** **Click here to insert dates --- >>>**.

¿El niño está actualmente bajo el cuidado y tratamiento de un oftalmólogo? ☐ No ☐ Sí

¿El niño usa gafas o lentes de contacto? ☐ No ☐ Sí

Se ofrecerán a los niños pruebas gratis de detección para la vista por **<<< ---** **Click here to enter Club Name --- >>>**. La actividad cuenta con el patrocinio de MD5M Lions KidSight Foundation, Inc. La prueba de detección produce imágenes de los ojos del niño para descartar trastornos oculares, tales como la miopía y la hipermetropía, además del astigmatismo, la anisometropía (potencia de refracción desigual), el estrabismo (ojos desalineados) y las opacidades de los medios (cataratas) que causan ambliopía (ojo perezoso). No habrá ningún contacto físico con el niño ni se utilizan gotas para los ojos. La prueba tiene una eficacia aproximada del 85 % al 90 % en la detección de problemas que desmejoran la vista.

La participación es voluntaria. No se examinará a niños menores de 6 meses. **No se examinará a ningún niño sin un formulario de consentimiento firmado y completado.** Si se examina a más de un niño de la misma familia, anote sus nombres en el reverso de este formulario. No existen riesgos previsibles al participar en la prueba de detección para la vista de MD5M Lions KidSight.

Escriba a máquina o con letra de imprenta la información que figura a continuación:

Nombre del niño: Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/AAAA) Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por la presente, yo, el abajo firmante, autorizo a mis hijos, que figuran en este formulario, a participar en la prueba de detección para la vista. Entiendo lo siguiente en relación con este programa:

1. La información obtenida es preliminar y no constituye ningún diagnóstico.
2. La participación es gratuita.
3. Se pondrán en contacto conmigo para comunicarme los resultados a través de Lions KidSight.
4. Soy responsable de concertar un examen oftalmológico completo con un médico de mi elección si mi hijo es remitido como resultado de la prueba de detección. Lions KidSight recomienda el examen oftalmológico con dilatación de las pupilas.
5. Los resultados del examen oftalmológico de su hijo se compilarán de forma anónima con los de otros niños para controlar la eficacia de la prueba de detección.
6. MD5M Lions KidSight mantendrá la confidencialidad de todos los expedientes y resultados.
7. No responsabilizaré al Lions Club, ni a sus voluntarios ni a sus organizaciones de ningún error por acción u omisión.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Firma del padre, madre o tutor Fecha

**Para uso exclusivo del Lions Club**

|  |  |
| --- | --- |
| **Not Referred Letter Required** | **Refer Letter & Screening Report Required** |
| **Not Referred \_\_\_\_** | **Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer \_\_\_\_**  | **Measurement Incomplete \_\_\_\_** |
|  | Check the box on the |  | **Or Inconclusive** |
|  | Not Referred Letter |  | Check the box on the Refer Letter |

¿El niño está actualmente bajo el cuidado y tratamiento de un oftalmólogo? ☐ No ☐ Sí

¿El niño usa gafas o lentes de contacto? ☐ No ☐ Sí

Nombre del niño: Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (DD/MM/AAAA) Edad: \_\_\_\_\_

**Para uso exclusivo del Lions Club**

|  |  |
| --- | --- |
| **Not Referred Letter Required** | **Refer Letter & Screening Report Required** |
| **Not Referred \_\_\_\_** | **Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer \_\_\_\_**  | **Measurement Incomplete \_\_\_\_** |
|  | Check the box on the |  | **Or Inconclusive** |
|  | Not Referred Letter |  | Check the box on the Refer Letter |

¿El niño está actualmente bajo el cuidado y tratamiento de un oftalmólogo? ☐ No ☐ Sí

¿El niño usa gafas o lentes de contacto? ☐ No ☐ Sí

Nombre del niño: Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (DD/MM/AAAA) Edad: \_\_\_\_\_

**Para uso exclusivo del Lions Club**

|  |  |
| --- | --- |
| **Not Referred Letter Required** | **Refer Letter & Screening Report Required** |
| **Not Referred \_\_\_\_** | **Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer \_\_\_\_**  | **Measurement Incomplete \_\_\_\_** |
|  | Check the box on the |  | **Or Inconclusive** |
|  | Not Referred Letter |  | Check the box on the Refer Letter |

¿El niño está actualmente bajo el cuidado y tratamiento de un oftalmólogo? ☐ No ☐ Sí

¿El niño usa gafas o lentes de contacto? ☐ No ☐ Sí

Nombre del niño: Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (DD/MM/AAAA) Edad: \_\_\_\_\_

**Para uso exclusivo del Lions Club**

|  |  |
| --- | --- |
| **Not Referred Letter Required** | **Refer Letter & Screening Report Required** |
| **Not Referred \_\_\_\_** | **Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer \_\_\_\_**  | **Measurement Incomplete \_\_\_\_** |
|  | Check the box on the |  | **Or Inconclusive** |
|  | Not Referred Letter |  | Check the box on the Refer Letter |

¿El niño está actualmente bajo el cuidado y tratamiento de un oftalmólogo? ☐ No ☐ Sí

¿El niño usa gafas o lentes de contacto? ☐ No ☐ Sí

Nombre del niño: Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (DD/MM/AAAA) Edad: \_\_\_\_\_

**Para uso exclusivo del Lions Club**

|  |  |
| --- | --- |
| **Not Referred Letter Required** | **Refer Letter & Screening Report Required** |
| **Not Referred \_\_\_\_** | **Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer \_\_\_\_**  | **Measurement Incomplete \_\_\_\_** |
|  | Check the box on the |  | **Or Inconclusive** |
|  | Not Referred Letter |  | Check the box on the Refer Letter |