**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

**KidSight** es el examen de la visión para niños que se ofrece gratis a través de Club de Leones de Kentucky y Kentucky Lions Eye Foundation (Fundación de Club de Leones Kentucky dedicada a la salud de los ojos). El examen no requiere ningún examen físico ni gotas en los ojos. Se lleva a cabo usando cámara especial para tomar foto enfocada en los ojos. El examen es 95% efectivo para detectar condiciones de la visión. Miopía: sólo puede ver de cerca. Estigmatismo: tiene problemas de visión para lejos y cerca. Estrabismo: hay dificultad para fijar los ojos en la misma dirección y que se le llama “ojo bizco”. Anisometropía: hay diferencia en lo que percibe cada ojo. Cataratas: nube que se forma sobre el cristalino del ojo y opaca la visión.

**YO,** el abajo firmante, declaro que doy permiso para el examen de los ojos de mi hijo o el niño(a) de quien soy su guardián. Relacionado a este examen, yo entiendo lo siguiente:

1. Los resultados de este examen muestran que hay problemas en los ojos. En este caso, se requiere del examen médico de un especialista para el diagnóstico y tratamiento.
2. Si el niño (a) es referido para un examen médico, yo recibiré la información con los resultados del examen de los ojos hecho a través de Kentucky KidSight (examen de ojos de niños).
3. Yo entiendo que la información que doy para autorizar el examen se mantiene confidencial en las organizaciones de Club de Leones y Kentucky Lions Eye Foundation.
4. Yo no hago responsable al Club de Leones ni Kentucky Lions Eye Foundation por errores que resulten del examen de KidSight.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Firma del padre (madre) o Guardian**  **Fecha**

 **=====================================================================================**

**Por favor, complete información del niño (a) en letra imprenta**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Niño \_\_\_ Niña**\_\_\_

 **Nombres Apellidos**

**Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ Edad (desde seis meses) \_\_\_\_\_**

 **Mes Día Año**

**Padres/guardian\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zipcode\_\_\_\_\_\_**

**¿Ya va el niño (a) al consultorio de un médico de los ojos? Si \_\_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_\_**

 **RESULTADOS**

|  |
| --- |
| **Pasó \_\_\_\_\_\_\_\_ Referir \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CUT (ya está en tratamiento)\_\_\_\_\_\_** |