



Lions See Program  
at the IRA G. Ross Eye Institute



♥ **Los padres deben rellenar ambos lados de este formulario** ♥  
**Formulario de consentimiento** PhotoScreener, Inc. (MTI)

Los Clubes de Leones de la localidad junto con el *Lions SEE Program at the Ira G. Ross Eye Institute* (Programa SEE de los Leones del estado de Nueva York y las Bermudas en el Instituto Oftalmológico Ira G. Ross) van a ofrecer exámenes de la vista gratuitos en su comunidad.

**Si su hijo o hija ya está siendo atendido(a) por un oculista, no es necesario que pase este examen.**

El examen proporciona fotografías instantáneas de los ojos del niño para determinar si existe alguna anomalía en los ojos, como puede ser miopía, hipermetropía, astigmatismo, estrabismo (alineación incorrecta de los ojos) anisometropía (poder de refracción desigual) y áreas opacas en las lentes de los ojos (por ej. cataratas). No hay contacto físico con el niño y éste no tiene que ponerse gotas en los ojos. Este examen es muy efectivo en la detección de problemas que pueden causar una disminución de la vista.

Yo, el (la) abajo firmante, doy permiso a mi hijo(a), cuyo nombre aparece más abajo, para participar en el examen. En lo que respecta a este programa, entiendo lo siguiente:

1. La información que se obtenga de este examen de la vista es preliminar y no constituye un diagnóstico de problemas de la vista.
2. No hay que pagar para participar en el examen de la vista.
3. **Si mi hijo(a) tiene que consultar un oculista** recibirá un paquete sellado "Parent To Do" con los resultados del examen a través del NYS & Bermuda Lions SEE Program at the Ira G. Ross Eye Institute.
4. **Si la foto de los ojos del niño no es legible**, el León voluntario que haya realizado el examen original le hará otra cita para volver a repetir el examen.
5. **Entiendo que debo hacer una cita para un examen de la vista completo si mi hijo(a) tiene que ser reconocido por un oculista como resultado de este examen. Doy permiso a mi médico para que comparta los resultados de la evaluación con el Lions SEE Program at the Ira G. Ross Eye Institute.**
6. No haré responsable a las Organizaciones de Clubes de Leones ni al Lions See Program at the Ira G. Ross Eye Institute por errores de acción, omisión u otros diagnósticos erróneos.

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre o guardián**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**NO RELLENE EL FORMULARIO SI  
su hijo(a) pasó el examen el año pasado o si está en tratamiento**

***Es suficiente un examen de la vista cada dos años***

¿Está siendo atendido su hijo(a) por un oculista?      Sí       No

Nombre del oculista: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_

¿Ha pasado su hijo(a) antes un examen de la vista?      Sí       No       No estoy seguro

Por lo general, no es necesario repetir el examen, pero si han pasado 2 años desde el examen anterior, se aconseja que el niño vuelva a ser examinado.



Lions SEE, Inc.  
 at the Ira G. Ross Eye Institute  
 1176 Main Street, Buffalo, New York 14209  
 (716) 881-7915 (716) 887-2991 Fax  
 md20lionsee@gmail.com



**♥ Se deben rellenar ambos lados de este formulario ♥**  
**Formulario de resultados**

Estimado padre,

Nuestra interpretación de la fotografía de su hijo(a) es la siguiente:

\_\_\_ **Pasa** No hemos detectado ningún problema. Este examen no puede sustituir a un examen completo de la vista. Consulte con un oculista si sospecha que el niño tiene algún problema de la vista.

\_\_\_ **Asignar** Su hijo(a) debe ser reconocido por un oculista porque puede tener la condición siguiente, la cual puede ocasionar una visión pobre en uno o ambos ojos:

- \_\_\_ Estrabismo (Mirada bizca)
- \_\_\_ Anisometropía (Sólo uno de los ojos necesita gafas; puede causar visión pobre en un ojo)
- \_\_\_ Astigmatismo
- \_\_\_ Hipermetropía aguda/Miopía aguda (Puede contribuir a la mirada bizca)
- \_\_\_ Miopía/Hipermetropía
- \_\_\_ Otro

\_\_\_ **Fotografía no legible, el León voluntario hará otra cita para repetir el examen.**

- enfoque (superior / inferior)     Pupilas 4-8 mm (superior / inferior)     Fijación (superior / inferior)
- Cuatro pupilas (superior / inferior)

Si se ha encontrado alguna condición en la vista de su hijo(a), llévelo a que lo examine un oftalmólogo u oculista. Lleve a la cita la Hoja de Evaluación que se incluye en el paquete y pida al oculista que rellene el formulario y lo envíe de vuelta Lions SEE, Inc. en el Instituto Oftalmológico Ira G. Ross, C/O Jennifer Butkowski, Program Administrator, 1176 Main Street, Buffalo, New York 14209. Si tiene alguna pregunta sobre los resultados, póngase en contacto con Jennifer Butkowski, Administradora del Programa, llamando al (716) 881-7915.

**♥♥♥ FIRME EL CONSENTIMIENTO EN EL OTRO LADO DEL FORMULARIO ♥♥♥**

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Escriba en                      Nombre            Inicial intermedia            Apellido  
 letra de imprenta

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad del niño (1 a 5 años): \_\_\_\_\_

(De 1 año hasta 5 años cumplidos)

Padre o guardián: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad y código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del domicilio: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

