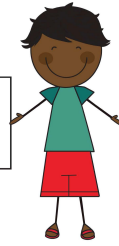




Iowa KidSight



Forms Packet

Current forms are also available at:
www.IowaKidSight.org

List of Forms:

English Screening Forms:

iScreen (digital) Consent Form

Informational Brochure (2 pages – please copy back-to-back & tri-fold)

Spanish Screening Forms:

iScreen (digital) Consent Form

Informational Brochure (2 pages – please copy back-to-back & tri-fold)

Screening Cover Sheet

For further information about Iowa KidSight, please contact:

Iowa KidSight
Department of Ophthalmology & Visual Sciences
University of Iowa Stead Family Children's Hospital
2431 Coral Court #5
Coralville, Iowa 52241
(319) 353-7616
FAX (319) 467-5091
E-mail: kidsight@uiowa.edu
www.iowakidsight.org



Date of Screening: _____

Has this child seen an eye doctor within the last year? No Yes

(If yes, please continue appointments with your child's eye doctor.)

Free vision screening will be offered to children by a local Lions Club. Screenings are in conjunction with Iowa KidSight, in the Department of Ophthalmology and Visual Sciences at the University of Iowa Stead Family Children's Hospital. Vision screening produces images of a child's eyes to determine the presence of eye disorders including far- and near-sightedness, astigmatism, anisometropia (unequal refractive power), strabismus (misaligned eyes), and media opacities (e.g., cataracts). No physical contact is made with a child and no eye drops are used during the vision screening. This screening is approximately 85-90% effective in detecting problems that can cause reduced vision.

Participation is voluntary. This screening is designed for children 6 months of age through Kindergarten. Children who are younger than 6-months old will not be screened. No child will be screened without a signed and completed consent form. Each individual child needs his/her own consent form. If you have questions, please contact: Iowa KidSight, 2431 Coral Court #5, Coralville, Iowa 52241, or 319-353-7616, or kidsight@uiowa.edu.

Please print or type the information below:

Child's Name _____

First

Last

Male _____ Female _____ Child's Date of Birth _____ / _____ / _____ Child's Age _____
(MM/DD/YY)

Parent's Name _____

Address _____ City _____ Zip _____

Cell Phone (_____) _____ Other Phone (_____) _____

E-mail address _____

I, the undersigned, hereby give permission for my child, _____, to participate in the screening event. I understand the following regarding this program:

1. The information obtained from this screening is preliminary only and does not constitute a diagnosis of vision problems.
2. I will be contacted with the results of the screening through Iowa KidSight at the University of Iowa Stead Family Children's Hospital, or through my child care provider who aided in arranging the screening. I may be contacted regarding follow-up for vision referral by Iowa KidSight staff.
3. This screening result may satisfy the requirement for vision screening upon entry to kindergarten, and may be recorded in the Iowa Immunization Registry.
4. I am responsible for arranging a full eye examination with a doctor of my choosing if my child has been referred as a result of the vision screening. Iowa KidSight recommends a dilated eye examination.
5. The results of your child's eye examination will be shared with Iowa KidSight as a means to help evaluate the screening program's effectiveness.
6. Iowa KidSight will maintain the confidentiality of all records and results.
7. I will not hold the Lions Club and its volunteers, Lions Clubs organizations, University of Iowa Stead Family Children's Hospital, or affiliates, accountable for any errors of commission, omission or other misdiagnosis. There are no foreseeable risks to participating in the Iowa KidSight vision screening.

Signature of Parent or Guardian

Date

IOWA KIDSIGHT
IS MADE POSSIBLE WITH
SUPPORT FROM:

Iowa Lions Foundation

Iowa Department of Public Health

Whirlpool-Amana Operations

Iowa Optometric Association

Department of Ophthalmology
and Visual Sciences,
University of Iowa Stead
Family Children's Hospital

Individual Iowa Lions Clubs and
Members

Various community foundations
throughout Iowa



University of Iowa
Stead Family
Children's Hospital

**WHO DO I CONTACT TO HAVE
MY CHILD PARTICIPATE IN
THIS FREE VISION
SCREENING PROGRAM?**

If you are not aware of a screening
already scheduled in your area, contact
your local Lions Club, or the Iowa
KidSight office:

Iowa KidSight

Department of Ophthalmology
and Visual Sciences
University of Iowa Stead Family
Children's Hospital
2431 Coral Court #5
Coralville, IA 52241
Phone: 319-353-7616

Email: KidSight@uiowa.edu
Or visit us at: www.IowaKidSight.org



VISION SCREENING WILL BE
CONDUCTED AT:

ON:

PARENTS MUST COMPLETE A
CONSENT FORM PRIOR TO A
SCREENING BEING CONDUCTED.

VISION SCREENING

IOWA KIDSIGHT

FREE VISION SCREENING
FOR YOUNG CHILDREN



A JOINT PROJECT OF
THE LIONS CLUBS OF IOWA
AND THE DEPARTMENT OF
OPHTHALMOLOGY AND
VISUAL SCIENCES AT
THE UNIVERSITY OF IOWA
STEAD FAMILY
CHILDREN'S HOSPITAL.



WHAT IS IOWA KIDSIGHT?

IOWA KIDSIGHT is a vision-screening program where Lions Club volunteers throughout Iowa organize and conduct vision-screening sessions in local communities. The results are interpreted by trained staff at the University of Iowa Department of Ophthalmology and Visual Sciences, and returned to families. This voluntary program is open to any child 6-months of age through kindergarten.

WHY SHOULD MY CHILD'S VISION BE SCREENED?

The first few years of a child's life are critical in the development of good vision.

A child's vision should be checked yearly for conditions such as: misaligned eyes, cataracts, and problems that need correction with eyeglasses.

These problems are not always evident. Each day that eye problems go undetected and untreated, a child's vision may deteriorate to the point of irreversibility. The earlier these conditions are detected, the more easily and successfully they can be treated.



HOW MUCH DOES THE SCREENING COST?

The screening is **FREE** for Iowa children, thanks to support and volunteer efforts of Iowa Lions Clubs and Program sponsors.

HOW IS VISION SCREENING DONE?

It is as simple as having your child's picture taken. Local Lions Club volunteers are trained to use a special device which takes an image of your child's eyes.

MY CHILD ALREADY HAD A VISION SCREENING. SHOULD MY CHILD BE RE-SCREENED?

Yes, some vision problems begin as a child grows older. Children's vision should be checked regularly.

WHAT HAPPENS IF A POSSIBLE PROBLEM IS DETECTED IN MY CHILD'S VISION?

The results of your child's vision screening are evaluated by specialists in the Department of Ophthalmology and Visual Sciences at the University of Iowa Stead Family Children's Hospital. You will receive the results approximately two to four weeks after the screening. If a possible vision problem is detected, you will also be given a letter of referral for your child and a list of ophthalmologists and optometrists in your local area.

WILL INSURANCE OR MEDICAID COVER FOLLOW-UP EXAMS IF MY CHILD IS REFERRED?

Individual health insurance or Medicaid should cover most exams; however, plans vary. You should contact your child's care provider or your insurance company for more information.

An Iowa KidSight screening satisfies the vision-screening requirement for children entering kindergarten in Iowa.

KidSight de Iowa

Formulario de Consentimiento



Fecha del Examen Preliminar: _____

¿Este niño(a) ha sido visto por un oftalmólogo el año pasado? No Sí

En caso afirmativo, continuar con las citas con su médico de los ojos.

El Club de los Leones local de su comunidad ofrece un examen preliminar de la vista gratis a los niños. Los exámenes se hacen conjuntamente con KidSight de Iowa, un proyecto auspiciado por el Departamento de Oftalmología y Ciencias Visuales del Hospital de Niños de la Universidad de Iowa Stead Familia. Mediante el examen preliminar se obtienen fotos instantáneas de los ojos de su hijo para poder ver si él tiene algún problema visual, tal como miopía o hipertropía, astigmatismo, anisometropía (refracción desigual de ojo a ojo), estrabismo (bizquera), u opacidad central (por ejemplo, cataratas). Durante el examen preliminar no habrá contacto físico con su hijo o hija, no se le pondrán gotas en los ojos. Por medio del examen se descubren del 85%- 90% de los problemas que pueden resultar en deterioro de la vista.

Su participación en este proyecto es voluntaria. Este examen está diseñado para niños de 6 meses de edad a través de Kindergarten. Niño(a)s que son menores de 6-meses no serán examinados. Ningún niño(a) podrá participar en el examen sin antes de haber llenado y firmado un formulario de consentimiento, y cada niño(a) tendrá que tener su propio formulario. Si usted tiene alguna pregunta, llame por favor a KidSight de Iowa, 2431 Coral Court #5, Coralville, IA 52241, o 319-353-7616 o kidsight@uiowa.edu.

Favor de escribir con letra de imprenta la información requerida abajo:

Nombre Completo del Niño o Niña: _____
Primer Nombre Apellido

¿Niño? _____ ¿Niña? _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ Edad _____
MES DÍA AÑO

Nombre Completo del Padre o de la Madre _____

Dirección: Calle y Número _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono del trabajo (____) _____ Otro teléfono (____) _____

Dirección del Correo-Electrónico _____

Yo, el abajo-firmante, doy permiso mediante este formulario para que mi niño o niña, _____, participe en el examen preliminar. Entiendo lo siguiente con relación a este programa:

1. La información que se obtenga en este examen es sólo preliminar y no constituye diagnóstico de problemas visuales.
2. KidSight de Iowa, del Hospital de Niños de la Universidad de Iowa Stead Familia o el proveedor de servicios de salud que ayudó a obtener el examen, me comunicará los resultados del mismo. Puede que el personal de KidSight de Iowa del Hospital de Niños de la Universidad de Iowa Stead Familia, me llame por teléfono en cuanto al seguimiento del examen para la vista.
3. Los resultados del examen podrían satisfacer los requerimientos para el examen de la vista cuando entran en kindergarten, y podría ser incluido en el Registro de Inmunización.
4. En caso de que mi niño(a) sea referido por causa de los resultados del examen preliminar, seré responsable por obtener un examen completo de la vista con un oculista que yo escoja. KidSight de Iowa recomienda un examen con los ojos dilatados.
5. Para poder evaluar la efectividad del programa, los resultados de su niño(a) del examen de la vista estarán a la disposición de KidSight de Iowa.
6. KidSight de Iowa mantendrá la confidencialidad de todos los resultados y expedientes.
7. No haré responsables al Lions Club y sus voluntarios, las organizaciones de Lions Clubs o a los Hospital de Niños de la Universidad de Iowa Stead Familia por errores de omisión, comisión o diagnóstico. Participación en el examen preliminar de KidSight de Iowa no acarrea riesgos predecibles.

Firma del Padre o Encargado

Fecha

KIDSIGHT DE IOWA
ES POSIBLE CON EL APOYO DE:

Fundacion de los Leones de Iowa

Departamento de la Salud Publica

Operaciones de Whirlpool -
Amana

La Asociacion de Optometristas
de Iowa

Hospital de Niños de la Univer-
sidad de Iowa Stead Familia
Departamento de Oftalmologia
y Ciencias Visuales

Club de los Leones individuales
y sus Miembros

Varias fundaciones comunitarias
en todo Iowa



**University of Iowa
Stead Family
Children's Hospital**

**¿A QUIEN DEBO CONTACTAR
PARA QUE MI HIJO(A) PARTICIPE
EN ESTE GRATUITO PROGRAMA
PARA LA REVISION DE LA VISTA?**

Si usted no sabe de una revision que
ya este programada en su area, pon-
gase en contacto con su Club de los
Leones local, o con la oficina de
KidSight of Iowa:

Iowa KidSight

Department of Ophthalmology
and Visual Sciences
University of Iowa Stead Family
Children's Hospital
2431 Coral Court #5
Coralville, IA 52241
Telefono: 319-353-7616
Correo Electronico:
KidSight@uiowa.edu
O visite nuestra pagina a:
www.IowaKidSight.org



LA REVISION DE LA VISTA
SERA ACABO EN:

EL:

LOS PADRES DEBEN DE
REGRESAR UNA FORMA DE
CONSENTIMIENTO AN-TES QUE LA
REVISION SEA REALIZADA.

REVISION DE LA VISTA

KIDSIGHT DE IOWA

REVISION DE LA VISTA
GRATUITA PARA NIÑO(A)S
PEQUEÑOS



ESTE ES UN PROYECTO
UNIDO DEL CLUB DE LOS
LEONES DE IOWA Y
DEPARTAMENTO DE
OFTALMOLOGIA Y CIENCIAS
VISUALES Y DEL HOSPITAL DE
NIÑOS DE LA UNIVERSIDAD
DE IOWA STEAD FAMILIA



? QUE SIGNIFICA KIDSIGHT DE IOWA?

KIDSIGHT DE IOWA es un proyecto para la re-vision de la vista por el cual voluntarios del Club de los Leones de Iowa organizan y conducen la revision de la vista en sesiones en las comunidades locales. Los resultados son interpretados por un personal entrenado en la Universidad de Iowa, Departamento de Oftalmologia y Ciencias Visuales, los resultados se les regresan a las familias. Este programa voluntario está abierto para cualquier niño/a entre las edades de 6 meses hasta kinder.

? POR QUE DEBE SER REVISADA LA VISTA DE MI HIJO(A)?

Los primeros años en la vida de un niño(a) son vitales en el buen desarrollo de la vista. La vista de un niño(a) debe ser revisada debido a condiciones como el de-salineamiento de los ojos, cataratas, y los problemas que necesitan ser corregidos con anteojos. Estos problemas no siempre son evidentes con simplemente mirando al niño(a). Cada día que pasa sin que sean detectados y tratados estos problemas, la vista de un niño(a) puede deteriorarse hasta el punto de irreversibilidad. Entre mas pronto sean detectada estas condiciones, sera mas facil y exitoso su tratamiento.



? CUANTO CUESTA ESTA REVISION?

La revision es **GRATUITA**, gracias al apoyo y los esfuerzos de los voluntarios del Club de los Leones de Iowa.

? COMO SE HACE LA REVISION?

Es muy simple, como si tuvieran toman-dole una fotografia a su hijo(a). Los voluntarios locales del Club de los Leones estan entrenados en el uso de una camara especial la cual toma imagenes inmediatas de los ojos del niño(a)

MI HIJO/A YA TUVO UNA REVISION. ? DEBE DE SER REVISADO(A) OTRA VEZ?

Si, algunos problemas de la vista empiezan cuando un niño(a) empieza a crecer. La vision de sus hijo(a)s deben de ser revisado(a) regularmente.

? QUE PASA CUANDO UN PROBLEMA DE LA VISTA ES DETECTADO?

Los resultados de la revision de su hijo(a) son evaluados por un especialista del Departamento de Oftalmologia y Ciencias Vis-uales de la Universidad de Iowa Stead Familia Hospital de Niños.

Usted recibira los resultados entre dos a cuatro semanas aproximadamente despues de la revision. Si posiblemente un problema es detectado usted recibira una carta de referencia para su hijo(a) y una lista de los Oftalmologos y optometristas en su area.

SI MI HIJO(A) ES REFERIDO PARA UNA REVISION, ? ESTARA ESTA REVISION CUBIERTA POR MI SEGURO O POR MEDICAID?

Seguros de salud individuales o Medicaid deben de cubrir la mayoría de estos ex-amenes; sin embargo, los planes varian. Usted debe de comunicarse con su proveedor del cuidado de su hijo(a) o su compañía de seguros para obtener mas in-

Una detección de Kidsight Iowa

satisface el requisito para la revision de la vision a los niños que entran al kindergarten en Iowa.

Iowa KidSight Screening Cover Sheet

PLEASE COMPLETE ALL SECTIONS



A. Screening Site Information:

1. Type of Screening (please X which type)

<input type="checkbox"/>	Child Care Center	<input type="checkbox"/>	WIC/Public Health	<input type="checkbox"/>	Preschool	<input type="checkbox"/>	AEA # _____
<input type="checkbox"/>	Advertised	<input type="checkbox"/>	Kindergarten/Roundup	<input type="checkbox"/>	Head Start	<input type="checkbox"/>	Other _____

2. **Date of Screening:** _____ Starting time: _____ Finishing time: _____

3. **Screening Site Name:** _____

Name entered in iScreen: _____

Contact Person: _____

(contact's name) (title) (phone number)

Address: _____

Site E-mail: _____

B. Indicate where Results are to be returned (please X location), and where letter and Summary are to be sent:

<input type="checkbox"/>	Directly to the parents home.
<input type="checkbox"/>	Screening site location to be distributed by Screening Site Person. List address if different.

_____ (name) (address) (city) (state) (zip code)

Collaborative Contact, if any, who should receive **result letter and Result Summary** (AEA, School Nurse, etc.):

_____ (name) (address) (city) (state) (zip code)

C. Preliminary Screening Results:

1. Total number of children screened: _____

2. Length of screening (in minutes): _____

3. iScreen digital camera serial number: _____

CI. Reporting Information:

Lions Club Contact Information (where result letter should be sent):

1. Name: _____

2. Address: _____
(street) (city) (zip code)

3. Telephone number: _____

4. E-mail address: _____

5. Club name: _____ Lions District: _____

6. Photographer: _____

7. Recorder: _____

8. Supervisor in attendance, if any: _____

9. Other adult(s) present in screening room: _____

Club Contact: Send all Consent Forms and this Screening Cover Sheet as soon as possible (within 1-2 days of the screening date) to: Iowa KidSight, 2431 Coral Court #5, Coralville, Iowa 52241