KidSight de Iowa

Formulario de consentimiento para proyectos colaborativos de la Agencia de Educación del Área de Iowa

IOWA HEALTH CARE | Stead Family Children's Hospital

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 conjuntamante 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. Las imágenes no serán evaluadas sin un formulario de consentimiento firmado y completado. Si usted tiene alguna pregunta, llam 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** **ANO**

Race/Ethnicity: ☐ **American Indian** ☐ **Alaska Native** ☐ **Asian** ☐ **Black or African American**
☐ **Hispanic or Latino** ☐ **Pacific Islander** ☐ **White or Caucasian** ☐ **Other**

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 Inmunizacion.
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. KidSight de Iowa mantendrá la confidencialidad de todos los resultados y expedientes.
6. 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**