

KidSight de Iowa

Formulario de consentimiento para el proyecto colaborativo de Iowa Head Start



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. Las imágenes no serán evaluadas sin un formulario de consentimiento firmado y completado. 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 AÑORace/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. Seré contactado(a) con los resultados del examen de la vista a través de Iowa KidSight o mediante el programa Iowa Head Start, que ayudó a coordinar el examen. Es posible que el personal de Iowa KidSight se comunique conmigo para dar seguimiento en caso de que se requiera una remisión para atención visual.
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 escoga. 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. La información de su hijo también se compartirá con iScreen, el fabricante del dispositivo de detección, y con sus afiliados y/o subcontratistas, con el fin de procesar y almacenar las imágenes de los ojos.
6. No responsabilizare al Club de Leones y sus voluntarios, las organizaciones de Clubes de Leones, el Programa Iowa Head Start, el Hospital de Niños Stead Family de la Universidad de Iowa, ni a sus afiliados por errores de comisión, omisión u otros errores de diagnóstico. No existen riesgos previsibles al participar en el examen de la vista de Iowa KidSight.