



Lions SEE, Inc.

A partner with KidSight USA



NUMERO DE ESTUDIANTE

FORMA DE CONSENTIMIENTO

POR FAVOR ESCRIBA

Nombre del niño(a): _____ fecha de nac.: _____
Primer apellido Nombre mes /día /año

Padres/Tutores _____
Primer apellido Nombre

Domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Zona Postal

Telefono: Casa _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Padres o Tutores se les ha notificado algún problema de visión de su hijo(a)

IMPORTANTE: El _____ Club de Leones provee examen de visión gratis como un servicio de la comunidad. Mientras que el examen de visión es muy científico y sofisticado, en los instrumentos de la clinica, esto puede producir falso o positivo o resultados falsos negativos. Esto es un intento – para asistir a una identificación significativa de las condiciones oculares, que puede tener ventaja para la - - ambliopia (Ojos Cansados). Si el niño(a) no es referido como un resultado de este examen pero los padres o tutores estan preocupados, el niño(a) puede recibir una examinación comprensivo de los ojos por un Doctor. Este examen no es un intento para ser sustituido para una examinación de ojos comprensivo.

Yo he leído la parte de arriba descrita y doy permiso al Club de Leones para un examen de la visión a mi hijo(a).

Firma de Padres/Tutores

Fecha

A los padres se les notificará si los resultados del examen de la visión indican que el niño(a) esta en riesgo de un problema ocular. No será notificado si los resultados no indican ningún problema.
NO PARTICIPARE NO LLAMAR ()

PASE []
REFERIR []