

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA SEGUIMIENTO DE LA VISTA DE ONESIGHT

Página 1 of 2

FECHA	6 de Octubre, 2015
PARA	Padres/Tutores de niños que necesiten exámen de la vista
DE	Coordinador del Centro de Servicio de Visión para la comunidad
ASUNTO	Consentimiento de los padres para seguimiento de la vista de OneSight

Fechas del exámen: 2, 3, 4 o 5 de noviembre, 2015	Horas del exámen: 8:00 am – 9:00 am
Lugar: National City Camacho Gym, Las Palmas Park, 1810 E. 22nd Street National City, CA 91950	

OneSight, una Fundación de Luxottica Group y una sociedad sin fines de lucro 501(c)(3) en U.S., es una familia de programas de caridad dedicada a mejorar la vision para las personas necesitadas en todo el mundo a través de la divulgación, la investigación y la educación. El programa de divulgación de OneSight incluye la entrega personal de gafas y cuidado de la visión a los mas necesitados. OneSight ha prestado atención gratuita sobre el cuidado de la vista y entregado gafas a millones de adultos y niños con necesidad en los últimos 20 años y pronto estará aquí para ayudar a entregar el regalo de la vista a los niños en su comunidad.

Tanto el exámen y gafas serán donados por OneSight.

Si su niño necesita gafas basado en los resultados del examen de los ojos realizado por un optometra con licencia, un professional entrenado le ayudara a su hijo en la selección de un par de gafas que sean adecuadas para su prescripción, forma del rostro, características y color.*

Todo el proceso, desde la inscripción, realización del examen de la vista y entrega de las gafas llevará de 2-4 horas. Por favor hacer los arreglos necesarios para asegurarse de que su hijo tendrá disponible los medicamentos y / o alimentos que necesitará durante este período de tiempo. Debido a las limitaciones de espacio, los padres no siempre pueden acompañar al niño a la clínica.

Si usted desea que su hijo/a participe en este programa por favor complete el formulario adjunto (consentimiento de los padres) con toda la información solicitada y firme el formulario. **No devolver el formulario con las firmas correspondientes puede causar que su hijo pierda la cita.**

*** Debido a la naturaleza caritativa de este programa, no se ofrece ninguna garantía si las gafas o los lentes se dañan o se rompen. En caso de perdida, robo o daños en las gafas, estas no serán reemplazadas.**

Historial de Salud:

Con el fin de facilitar el examen de los ojos, por favor complete esta breve historia de salud para el niño nombrado arriba. Esta información deberá ser devuelta con el formulario del consentimiento de los padres adjunto.

¿Su hijo o cualquier miembro de su familia inmediata (padres, abuelos, hermanos) tiene cualquiera de los siguientes:

DIABETES	Sí	Quién: _____	No
GLAUCOMA	Sí	Quién: _____	No
HIPERTENSIÓN	Sí	Quién: _____	No

Tiene su niño alguna ALERGIA conocida? Sí, por favorr explique: _____ No

Está su hijo actualmente tomando algún MEDICAMENTO? Sí, por favorr explique: _____ No

Por favor haga una lista de problemas conocidos o síntomas que su hijo tiene en cuanto a su visión y / o la salud ocular:

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA SEGUIMIENTO DE LA VISTA DE ONESIGHT.

Página 2 of 2

Fechas del examen: 2, 3, 4 o 5 de noviembre, 2015	Horas: 8:00 am – 9:00 am
Lugar: National City Camacho Gym, Las Palmas Park, 1810 E. 22nd Street National City, CA 91950	

Yo, _____ Padre/Tutor de, _____
(Nombre del Padre/Tutor) (Nombre del niño)

doy permiso para que mi hijo/a reciba un examen gratuito de la vista y gafas si es necesario, en la fecha, hora y lugar de la Clínica de OneSight.

Renuncia al examen de dilatación de pupilas:

La junta estatal de optometría puede exigir un examen de dilatación de las pupilas como parte del examen de los ojos realizado por un optometra con licencia. Un examen de dilatación de las pupilas es un examen minucioso de la retina periférica con el uso tópico de gotas para la dilatación de los ojos. Este procedimiento se utiliza para diagnosticar las anomalías de la retina tales como desprendimientos, lágrimas, tumores, infecciones, hemorragias y anomalías genéticas. La gotas de dilatación dejarán a la persona con las pupilas dilatadas aproximadamente cuatro horas. Durante este período, el paciente puede experimentar visión borrosa y sensibilidad a la luz. Leer puede ser difícil durante este período de tiempo

Yo, sí ☐ no ☐ doy mi permiso para que el optometra realice el examen de dilatación de las pupilas durante el proceso de examen en la Clínica OneSight.

Autorización para fotografiar del niño:

Este evento puede ser fotografiado o filmado para uso en las comunicaciones internas, publicidad y promociones relacionadas con sus patrocinadores y OneSight en todo el mundo.

Yo, sí ☐ no ☐ doy mi permiso para que mi hijo/a sea filmado o fotografiado y entiendo que mi decisión no afectará si mi hijo/a recibe un examen de los ojos o gafas en esta clínica.

Liberación de Responsabilidad:

Yo libero y descargo cualquier y todas las reclamaciones, demandas y/o la responsabilidad derivadas de este caso o cualquier uso aquí a los miembros de la Mesa, directores, empleados, agentes, afiliados y / o cesionarios de los siguientes grupo: Optometra(s) independiente que realice el examen de los ojos; copatrocinadoras de cualquier agencia, OneSight y Luxottica Group, S.p.A.

(Firma Padre/Tutor)

(Fecha)

Al firmar aquí reconozco que recibí el manual de **Prácticas de Privacidad de OneSight.**

(Firma Padre/Tutor)

(Fecha)

NO DEVOLVER EL FORMULARIO CON LAS FIRMAS CORRESPONDIENTES EN LAS DOS PARTES PUEDE CAUSAR QUE SU HIJO PIERDA LA CITA.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con: Evelyn Gonzales 619-336-7703

Por favor de devolver este permiso a la enfermera de la escuela a no mas tardar del 19 de octubre del 2015