University of Iowa Children's Hospital
University of Iowa Health Care

Forma de Consentimiento
(Consent Form)
KidSight de Iowa Cooperativo
Community Action of Eastern Iowa Head Start

¿Está el niño bajo el tratamiento y cuidado de un oculista?

☐ No ☐ Sí, oculista/clínica _____ La ciudad _____

Si marca 'Sí' en la casilla, el examen preliminar no es necesario y el examen no se hará, para nosotros poder emplear nuestros recursos limitados en beneficio de aquellos niños cuyos problemas de visión no se han identificado todavía.

El Lions Club local de su comunidad en Community Action of Eastern Iowa Head Start ofrece gratis a los niños un examen preliminar de la vista. Los exámenes se hacen conjuntamante con KidSight de Iowa, proyecto auspiciado por el Departamento de Oftalmología y Ciencias Visuales de los Hospitales y Clínicas de la Universidad de Iowa. El examen preliminar obtiene imágenes de los ojos de su hijo(a) para 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 ni se le pondrán gotas en los ojos. Por medio del examen se descubren del 85 al 90 por ciento de los problemas que pueden resultar en deterioro de la vista.

Su participación en este proyecto es voluntaria. Se someterán al examen niños de 6 a 48 meses de edad. No se harán exámenes a niños menores de 6 meses . Niños de más de 48 meses pueden participar en el examen, aunque hay otros exámenes para niños que ya hablan y que pueden comunicar de manera específica sus problemas visuales. Ningún niño podrá participar en el examen sin antes haberse llenado y firmado un formulario de consentimiento, y cada niño tendrá que tener su propio formulario. Si usted tiene alguna pregunta, llame por favor a KidSight de Iowa, University of Iowa Hospital and Clinics, Department of Ophthalmology &Visual Sciences, 2346 Mormon Trek Blvd., Ste. 2700, Iowa City, IA 52246, 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 Segundo Nombre Apellido Iniciales

¿Niño?_____ ¿Niña?_____ Fecha de nacimiento_____ Edad (meses)_____

Nombre Completo del Padre o de la Madre _____

Dirección: Calle y Número_____ Ciudad_____ Código Postal (Zip)_____

Teléfono en casa (_____) _____ Teléfono en el trabajo (_____) _____

Teléfono celular (_____) _____ Correo Electrónico (_____) _____

Yo, el abajofirmante, 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. **No cuesta nada participar en el examen preliminar.**
3. **KidSight de Iowa, de University of Iowa Hospitals and Clinics o Community Action of Eastern Iowa Head Start que ayudó a concertar el examen me comunicará los resultados del mismo. Puede que el personal de KidSight de Iowa de University of Iowa Hospitals and Clinics me llame por teléfono en cuanto al seguimiento del referido para la vista.**
4. **En caso de que mi niño sea referido por causa de los resultados del examen preliminar, seré responsable por concertarle 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 los voluntarios, las organizaciones de Lions Clubs, Community Action of Eastern Iowa Head Start o a University of Iowa Hospitals and Clinics 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**

Favor de escribir el nombre completo y la fecha de nacimiento de su niño, así como el nombre de usted, al dorso de este formulario (en el Formulario de los Resultados.) ¡Muchas Gracias!

Revisado 8-2011