KidSight Screening Consent & Results

Your local Lions Club, in conjunction with the North Carolina Lions KidSight Program, offers free children's vision screening. The screening uses state-of-the-art technology and is 85-90% effective in detecting vision problems that could lead to vision loss. No physical contact is made with your child, and no eye drops or medications are used.

Child's Full Name_____
First Middle Last

Child's Date of Birth_____Child's Age _____ _____
Month Day Year Facility Name

Parent or Guardian_____Email _____

Phone INCLUDING area code _____Teacher's Name _____

Is your child under the care of an eye doctor? Yes☐ No☐ If so, date of last exam (Approximate): _____

I, _____, give permission for my child to participate in the screening. I understand and accept the following regarding this program:

1. **The screening does not replace a complete eye exam. This information is NOT for a glasses prescription.**
2. **The results of my child's screening will be provided to me by the facility listed above, if needed.**
3. **Should the screening indicate any abnormality, a complete eye examination and any follow-up care is my responsibility. If I need financial assistance, my local Lions Club may be able to assist.**
4. **I will not hold the Lions Club organizations, Lions KidSight USA or the facility accountable for any errors of commission, omission, or any other misdiagnosis.**

Refraction, pupil sizes, and corneal reflexes are automatically measured & compared to age-based referral criteria. Referral criteria and the PlusOptix system screen for:

Anisometropia- Unequal refraction of both eyes

Astigmatism- Corneal irregularities

Hyperopia- Farsightedness

Myopia- Nearsightedness

Corneal Reflexes- Symmetric eye alignment

Anisocoria- unequal pupil size

If readings are within limits, a "pass" screening result is displayed. If one or more of the readings are outside of limits, a "refer" screening result is displayed. Screening results are displayed on screen immediately after a measurement is completed.

Child normally wears Glasses? _____ **Child was screened with Glasses? _____**

PASSED **A finding of PASSED does not guarantee that no problems are present. This screening does not replace a recommended annual eye exam by an eye care professional.**	**REFERRAL RECOMMENDED** **The screening indicates that vision problems may exist. We recommend the child be examined by eye doctor. Take this form to the doctor.** **The attached results report is not adequate for the purpose of ordering a pair of prescription glasses.**
(Place Referred Sticker Here)	(Place Passed Sticker Here)

Formulario de consentimiento para la evaluación de KidSight

Su Club de Leones local, junto con el Programa KidSight de Leones de Carolina del Norte, ofrece exámenes de la vista gratuitos para niños. El cribado utiliza tecnología de última generación y tiene una eficacia del 85-90% en la detección de problemas de visión que podrían provocar la pérdida de la visión. No se hace contacto físico con su hijo y no se usan gotas para los ojos ni medicamentos. Para obtener información adicional, póngase en contacto con:

_____

¿POR QUÉ HACERSE UN EXAMEN DE LA VISTA? 1 de cada 20 niños tiene un problema de visión no detectado que podría causar pérdida permanente de la visión, si no se trata. La detección y el tratamiento tempranos son esenciales.

Nombre Completo_____Infantil
Primero Segundo Apellido

Fecha de nacimiento del niño _____Edad del niño _____ _____
Mes Día Año Nombre de la instalación

Padre o tutor _____Correo electrónico _____
Teléfono INCLUIDO el código de área_____

¿Su hijo está bajo el cuidado de un oftalmólogo? Sí ☐ No☐ Si es así, fecha del ultimo examen (aproximada):_____

Yo, _____, por la presente doy permiso para que mi hijo participe en la evaluación. Entiendo y acepto lo siguiente con respecto a este programa:

1. **La evaluación no reemplaza un examen ocular completo. Esta información NO es para recetar anteojos.**
2. **Los resultados de la evaluación de mi hijo me serán proporcionados por el centro mencionado anteriormente, si es necesario.**
3. **En caso de que la prueba de detección indique alguna anomalía, un examen ocular completo y cualquier atención de seguimiento es mi responsabilidad. Si necesito ayuda financiera, es posible que mi Club de Leones local pueda ayudarme.**
4. **No responsabilizaré a las organizaciones del Club de Leones, a Lions KidSight USA ni al centro por ningún error de comisión, omisión o cualquier otro diagnóstico erróneo.**

La refracción, el tamaño de la pupila y los reflejos corneales se miden automáticamente y se comparan con los criterios de referencia basados en la edad. Criterios de referencia y el sistema PlusOptix screen para:

Anisometropia- Refracción desigual de ambos ojos

Astigmatismo- Irregularidades de la córnea

Hipermetropía- Hipermetropia

Miopía- Miopia

Reflejos corneales- ojo simétrico alineación

Anisocoria- Tamaño desigual de la pupila

Si las lecturas están dentro de los límites se muestra un resultado de detección de "aprobado". Si una o más de las lecturas están fuera de los límites, se muestra un resultado de detección de "referencia". Los resultados del cribado se muestran en la pantalla inmediatamente después de que se completa una medición.

¿El niño normalmente usa gafas? _____ **El niño fue Cribado con ¿Gafas?** _____

PASADO	REFERENCIA RECOMENDADA
Un hallazgo de APROBADO no garantiza que no haya problemas presentes. Esta prueba de detección no reemplaza un examen ocular anual recomendado por un profesional de la visión.	**El examen indica que pueden existir problemas de visión. Recomendamos que el niño sea examinado por un oftalmólogo. Lleve este formulario al médico.** **El informe de resultados adjunto no es adecuado para solicitar un par de gafas graduadas.**
(Coloque la calcomanía referida aquí)	(Coloque la calcomanía pasada aquí)