



# Lions SEE, Inc.

A partner with KidSight USA -  
Trabajando con KidSight EE.UU.

**STUDENT NUMBER -**  
**NÚMERO DE ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_

## **CONSENT FORM -** **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**

**PLEASE PRINT – ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA**

**Child's Name -** \_\_\_\_\_ **DOB (Month/Day/Year) -** \_\_\_\_\_  
**Nombre del Niño(a):** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento**  
**FIRST – NOMBRE** **LAST – APELLIDO** **(mes / día / año) :** \_\_\_\_\_

**Parent or Guardian -** \_\_\_\_\_  
**Padre o guardián:** \_\_\_\_\_  
**FIRST – NOMBRE** **LAST – APELLIDO**

**Address - Dirección:** \_\_\_\_\_  
**STREET – Calle** **CITY – Ciudad** **STATE - Estado** **ZIP - Código Postal**

**Phone - Teléfono: H:** \_\_\_\_\_ **C:** \_\_\_\_\_ **W:** \_\_\_\_\_  
**Residencia** **Celular** **trabajo**

**Has parent/guardian noticed any vision problems in child?**  
**¿Ha notado que el niño tenga algún problema de la vista?**

### **IMPORTANT - IMPORTANTE:**

The local "Lions Club" provides free vision screening as a community service. While the **Vision Screener** is a very sophisticated scientific, clinical instrument, it may produce either false positive or false negative results. It is intended to assist in identifying significant ocular conditions, which may lead to amblyopia (Lazy Eye). If the child is not referred as a result of this screening but the parent/guardian has concerns, the child should receive a comprehensive eye examination by an eye doctor. This screening is not intended to be a substitute for a comprehensive eye examination. -  
*El club de Leones local ofrece exámenes de la vista gratis como un servicio a la comunidad. Aunque el **Vision Screener** es un instrumento clínico y científico y muy sofisticado, puede producir resultados falsos positivos o falsos negativos. El objetivo es ayudar a identificar enfermedades oculares significativas que puedan causar la ambliopía (ojo vago). Si no refieren al niño como resultado de este examen, pero el padre/ tutor tiene alguna preocupación, un oftalmólogo deberá hacerle al niño un examen completo de la vista. Nuestro examen no pretende ser un sustituto de un examen completo de la vista hecho por un profesional.*

I have read the above disclaimer and give permission for the "Lions Club" to perform this vision screening. -  
*He leído el aviso legal que aparece arriba y le doy permiso al club de Leones para que haga el examen de la vista.*

\_\_\_\_\_  
**Parent or Guardian - Padre o Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Date - Fecha**

The parent/guardian will be notified if the results of this vision screening indicate the child is at risk for an ocular problem. You will not be notified if the results do not indicate a problem. -  
*El padre/guardián será notificado si los resultados de este examen de la vista indican que el niño(a) está en riesgo de un problema ocular. Usted no será notificado si los resultados no indican ningún problema.*  
**OPT OUT OF FOLLOW-UP CALL – NO HAGAN LLAMADA DE SEGUIMIENTO [ ]**

**PASS – PASAR [ ]**

**REFER - REFERIR [ ]**