

Formulario de autorización de los padres a un examen de visión preliminar gratuito de Unite For Sight

Unite For Sight, Inc. (501©3) es una organización sin ánimo de lucro que capacita a comunidades de todo el mundo para mejorarla salud ocular y erradicar la ceguera prevenible. Con 2.000 voluntarios en setenta y cinco unidades establecidas en universidades, facultades de medicina y comunidades de todo el mundo, Unite For Sight trabaja para crear comunidades más saludables por medio de laprevención de enfermedades oculares, la promoción de la salud ocular y la educación sanitaria. Cada unidad colabora con las infraestructuras de la comunidad local para mejorar el acceso a los programas sanitarios.

Se calculaque unos 10 millones deniños/asdehasta 10 años tienenproblemas devistaque dificultan suaprendizaje. La ambliopía,u ojo perezoso,provoca ceguera permanente en el ojo débil si unmédico no ladiagnostica y trata antes de los 5 años de edad. El48%de lospadres dice nohaber llevado nunca a su hijo/a menorde12 años a unprofesional de la oftalmología. Las investigaciones revelanque el70%de los2 millones de niños/asde edad escolar que tienendificultadespara leer tiene algún tipo de deficiencia visual,como disfuncióndel motorocular,disfunción en lapercepciónodisfunciónbinocular.Asimismo, cada año 500.000 niños/as de los EstadosUnidos se quedan ciegos deun ojo,principalmente porque nunca se leshabía hechoun examenocularparadetectary tratar la ambliopía.

Exámenes de vision

Los exámenes de visión se realizan en los centros de la comunidad local, entre los que se encuentran loscentros de enseñanza preescolar y primaria, los comedores populares, los centros de acogida para laspersonas sin hogar y las bibliotecas.

EL EXAMEN DE VISIÓN PRELIMINAR GRATUITO REALIZADO POR LOS ESTUDIANTES VOLUNTARIOS DE UNITE FOR SIGHT NO ES INVASIVO

- El niño/a se coloca en una línea situada a 10 piesdel cuadro para el examenoftalmológico, y se tapauno ojocon un trocito de papel.
- El niño/a va leyendo las formasque ve en el cuadro (“manzana”, “círculo”, “cuadrado”, “casa”).
- Se hace un registro de la agudeza visual del niño/a y se informa de ello al padre/madre o tutor legal.
- Este examen le ayudará a determinar si su hijo/a necesitaqueun médico lo examine inmediatamenteparadiagnosticar y tratar un posible problema ocular.
- Se facilitarána lospadres formularios de solicituddecobertura sanitaria gratuita paraque, si cumplen losrequisitos, un médico les haga a ellos o a sus hijos un examen ocular gratuito.
- El informe del examen será entregado al maestro/ade suhijo/a, que a su vez le entregará este informe a suhijo/aparaque lo lleve a casa.

Los servicios de examen prestados por Unite for Sight no equivalen al ejercicio de la medicina. Consulte siempre a un médico oftalmólogo. Los serviciosde examen prestados por voluntarios de Unite for Sight tienen fines meramente informativos, y no pretenden sustituir la opinión, el diagnóstico ni el tratamiento de un médico.

AUTORIZACIÓN A UN EXAMEN DE VISIÓN PRELIMINAR GRATUITO REALIZADO POR UNITE FOR SIGHT: Este formulario de autorización contiene información importante que le ayudará a decidir si desea que los estudiantes voluntarios de Unite For Sight hagan a su hijo/a un examen de visión preliminar gratuito. Sitienealguna pregunta que no aparece respondida en este formulario de autorización, pregunte por favor al maestro de su hijo/a. Conteste SÍ o NO a las siguientes preguntas: a. ¿Ha comprendido

el formulario de autorización? _____ b.¿Ha recibido suficiente información sobre el examen de visión?
_____. Si ha contestado **no** a alguna de las preguntas anteriores, no debe firmar esta autorización. Al
firmar esta autorización, da su conformidad a que:

Usted es el padre/madre o tutor legal del niño/a, y un estudiante voluntario de Unite For Sight puede
realizarle al niño/a un examen de visión preliminar, gratuito y no invasivo.
En relación con la participación en el examen de visión de Unite For Sight y el programa de educación en
la visión, exime a Unite for Sight de cualquier responsabilidad de todo daño o perjuicio sufrido por su
hijo/a en el transcurso de este examen no invasivo, y asume el riesgo de tales daños y perjuicios.

Nombre del niño/a: _____

Firma de autorización del padre/madre o tutor legal Fecha

Nombre, en mayúsculas, del padre/madre o tutor legal que da su autorización

Revisado en julio de 2004