



Lions Vision and Hearing Screening Consent Form

The vision and hearing screening program is provided for your Pk through 12th grade. This is a **free** service by the Bertrand Lions Club.

This screens how well the child can see with each eye, how well he or she can see at a distance, and how well both eyes work together (depth perception). The screening instruments used make no physical contact with your child and do not require eye drops. This screening can detect the presence of vision problems which could place your child at risk for developing amblyopia ("lazy eye"), as well as vision problems that can delay reading and learning.

A yearly eye exam is recommended to an optometrist. If you have any further concerns regarding your child's vision, consult an eye care professional or your family health care contact. The purpose of this screening is to identify children at risk of potentially having vision loss that is **preventable** and to notify parents of the need for a complete eye examination for those children who do not pass the screening.

A hearing screening will also be conducted at this time. The purpose of this screening is to identify children at risk of potentially having hearing loss that may be preventable and to notify parents of a need for further examination for those children who do not pass the screening.

This screening will be conducted by the Bertrand Lions Club volunteers on **December 4th**. Please return this form by November 16th.

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

1. There is no charge for my child to participate in the screening process.
2. The information obtained from this screening is preliminary only, and does not constitute a diagnosis of vision or hearing problems.
3. I will be contacted if my child is at possible risk.
4. I understand that I am responsible for arranging for a full eye or hearing exam if my child has been referred as a result of the screening test.
5. I will not hold the Lion's Club accountable for any errors of commission, omission or other misdiagnosis.
6. By signing this form I do not waive any of my legal rights.

Parent or Guardian's Name (please print): _____

Signature of Parent or Guardian

Date



Formulario de consentimiento para la evaluación de la vista y el oído del Bertrand Lions Club

El examen de visión y oído la proporciona para su PK hasta el 12° grado. Este es un servicio gratuito del Bertrand Lions Club.

Este examen muestra como bien el niño puede ver con cada ojo, como bien puede ver a distancia, y como bien trabajan juntos los dos ojos (percepción de profundidad). Los instrumentos de detección utilizados no hacen contacto físico con su hijo y no requieren gotas para los ojos. Este examen puede detectar la presencia de problemas de visión que podrían poner a su hijo en riesgo de desarrollar ambliopía (“ojo vago”), así como problemas de visión que pueden retrasar la lectura y el aprendizaje.

Se recomienda un examen ocular anual por un optometrista. Si tiene alguna preocupación con respecto a la visión de su hijo, consulte a un profesional de la salud ocular o a su contacto familiar de atención médica. El objetivo de este examen es identificar a los niños en el riesgo de padecer una pérdida de visión prevenible y notificar a los padres sobre la necesidad de un examen más detallado para los niños que no pasen el examen.

También se realizará un examen de audición en este momento. El objetivo de este examen es identificar a los niños en riesgo de tener potencialmente pérdida auditiva que se puede prevenir y notificar a los padres sobre la necesidad de un examen más detallado para los niños que no pasen el examen.

Este examen será conducida por los voluntarios del Bertrand Lions Club **el 4 de diciembre**. Por favor, regresa este formulario antes de 16 de noviembre.

Yo, el abajo firmante, doy permiso a mi hijo _____
para participar en el evento del examen de la vista y el oído. Entiendo lo siguiente con respecto a este programa:

1. No hay ninguna tarifa para que mi hijo participe en el examen.
2. La información obtenida de este examen es preliminar solamente y no constituye un diagnóstico de problemas de visión o audición.
3. Seré contactado si mi hijo tiene un posible riesgo.
4. Entiendo que soy responsable de organizar un examen ocular completo o auditivo si mi hijo se ha referido como resultado del examen de detección.
5. No responsabilizaré al Lion's Club por ningún error de comisión, omisión u otro error de diagnóstico.
6. Al firmar este formulario, no renuncio a ningunos de mis derechos legales.

Nombre del padre o tutor (por favor imprima):

Firma del padre o tutor

Fecha