



KidSight Vision Screening

...for the little ones...

DETECCIÓN DE LA VISTA PARA NIÑOS

FORMA DE PERMISO PATERNAL

La forma del permiso del padre que firma debajo da su permiso para los Leones del Distrito 2-S3 a realizar una investigación de visión para su niño. Redbird una copia de los resultados de la investigación.

Doy permiso para que mi niño participe en la Detección de la Vista Para Niños presentada por el _____ Club de Leones:

Fecha: _____

En: _____

Comprendo el siguiente con respecto al programa:

- Comprendo que la investigación identifica desórdenes potenciales de visión y hace no constituye un diagnóstico ni un examen que puedan ser hechos por un oftalmólogo ni un optometrista.
- Comprendo que soy únicamente responsable de arreglar cualquier cosa que sea recomendada por la investigación.
- Comprendo que toda la información de mi niño es confidencial.
 - Comprendo que la detección de la vista para los niños es gratis.

Impríma Por Favor Claramente

Nombre: _____ Niño: ___ Niña: _____

Años de Edad: _____

Correo Electrónico Opcional: _____

Imprima el nombre Padre/Guardianes _____

Firma del Padre/Guardianes: _____