



LAS VEGAS SUMMERLIN LIONS CLUB

Box 371234

Las Vegas, NV 89137

Serving Lionism as Las Vegas Summerlin Lions Charities, Inc., a 501(c)(3) Organization

Vision Screening Consent Form

The Las Vegas Summerlin Lions Club is offering a free vision screening for your child. No physical contact is made with your child and eye drops are not necessary. This screening is approximately 85-90% effective.

No vision screening process is 100% accurate. If you have any concerns regarding your child's vision, you should consult an eye doctor. If your child was previously screened by us, and passed the screening, it is not necessary to screen again since he or she was found not to be at risk for amblyopic.

This screening will be conducted by the Las Vegas Summerlin Lions Club at Odyssey Charter School.

I, the undersigned, hereby give permission for my child, _____, (please print) to participate in the screening event. I understand the following regarding this program:

1. There is no charge for my child to participate in the vision screening process.
2. The information obtained from this vision screening is preliminary only, and does not constitute a diagnosis of vision problems.
3. I will be contacted by the school nurse with my child's screening results.
4. I understand that I am responsible for arranging for a full eye exam if my child has been referred as a result of the vision screening test (obtain a copy of the eye exam and glasses referral form from the school nurse to determine if your child is eligible for the free eye exam). I give my permission for my doctor to share the evaluation results with the Lions Club.
5. **I will not hold the Lions Club or Odyssey Charter School accountable for any errors of commission, omission, or other misdiagnosis.**

Please print the following information:

Child's Name: _____ (_____)
First Middle Last Child's Initials

Child's Age: _____ Child's Date of Birth _____ Male _____ Female _____

Parent or Guardian's Name: _____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Home Phone: (____) _____ Work Phone: (____) _____

Signature of Parent or Guardian

Date

FORMA DE CONSENTIMIENTO DE EXAMEN DE LA VISIÓN

Lions Club-Summerlin, Las Vegas estará ofreciendo un examen/detección de la visión gratis para su hijo/hija. Este examen es aproximadamente 85-90% eficaz.

Ningún examen de la visión es un 100% correcto. Si usted tiene alguna preocupación referente a la visión de su hijo/hija debería consultar a un oculista. Si su hijo/hija previamente fue examinado por nosotros ha pasado el examen de la vista no será necesario tener un examen de nuevo, ya que no se le encontró ningún riesgo de Ambliopía.

Este examen será conducido por medio de Las Vegas Lions Club en Odyssey Charter School.

Yo, por medio de mi firma doy permiso a _____ (favor de imprimir) de participar en el evento de este examen. Entiendo lo siguiente referente a este programa:

1. No hay ningún costo para que mi hijo/hija participe en el proceso de este examen.
2. La información obtenida en este examen de la visión será preliminar solamente y no constituye un diagnóstico de problemas de la visión.
3. Se comunicara la enfermera de la escuela con nosotros referente a los resultado del examen.
4. Entiendo que yo voy a ser responsable de hacer una cita para un examen completo de la visión si mi hijo/hija son referidos por medio de los resultados de este examen (favor de obtener una copia del examen y forma de recomendación de gafas por medio la enfermera de la escuela para poder determinar si su hijo/hija son elegibles para un examen gratis. Le doy permiso a nuestro medico de compartir los resultados de la evaluación con el Lions Club.
5. No mantendre al Lions Club o Odyssey Charter School responsables por errores de comisiones, omisión, o diagnóstico incorrecto.

Favor de imprimir la siguiente información:

Nombre del estudiante _____ (_____)
Primer Nombre Inicial Apellido Iniciales

Edad de estudiante: _____ Fecha de Nacimiento _____ Masculino ___ Femenina ___

Nombre del Padres/Tutor Legal: _____

Dirección _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de Trabajo: _____

Firma de Padres/Tutor Legal

Fecha