

Lions Organ & Eye Bank



District 2E2

Date: _____ Registration Number: _____

Screening Location: _____

<p>Attach Screening Results Here</p> <p>Passed</p> <p>Referred</p> <p style="padding-left: 40px;">RT LT</p> <p>Sph</p> <p>Cyl</p> <p>Notes:</p> <hr/> <p>Screeener</p>	<p>Nombre del niño/a</p> <hr/> <p>Padre o Guardián</p> <hr/> <p>Dirección número de apartamento</p> <hr/> <p>Ciudad, Estado, Código Postal</p> <hr/> <p>Fecha de nacimiento del niño/a: _____</p> <p>Edad del niño/a _____ masculino <input type="checkbox"/> Feminine <input type="checkbox"/></p> <p>Etnico (Hispano, Latino, Mexicano, etc.):</p> <hr/> <p>Correo electrónico: _____</p> <p>Email: _____</p>
---	--

Querido padre o guardián,

En las fechas indicadas, Leones del Distrito 2E2 realizará una prueba de detección de la visión gratuita para los niños entre las edades de seis meses y quince años. Para recibir este servicio, se requiere una firma de un padre o guardián.

Se usarán instrumentos especiales de detección para determinar si su hijo(a) puede tener un problema de visión. El examen toma menos de cinco minutos. El examen no plantea ningún riesgo o daño al ojo de su hijo(a). Si su hijo(a) muestra signos de posibles problemas de visión se le aconsejará hacer una cita con un profesional de la salud ocular.

Al firmar este formulario, consiento que mi hijo(a) sea examinado por un examinador certificado de los Leones. Si mi hijo(a) necesita ser visto por un profesional del cuidado de los ojos, autorizo a los Leones a conservar mi información de contacto únicamente para propósitos de seguimiento.

Firma del Padre o Guardián

"This project made possible through the cooperation of Lions Clubs International Foundation"

Half of all blindness can be prevented through early detection and treatment, through eye safety education and through research.