



- Performed with a device that works like a camera.
- No need to touch the child or for verbal communication.
- For children 6-months old & up.
SPOT Screening Device
- Children already wearing glasses do not need to be screened.

Please fill out the section below and sign before your child is screened.

Child Name: _____

DOB: ____/____/____

Sex:

- Male
 Female

Language:

- Spanish
 English
 Other: _____

Ethnicity:

- Black/African American
 Hispanic/Latino
 Asian
 Native American
 Native Alaskan/Pacific Islander
 Caucasian
 Other: _____

Pediatrician Information:

- Doctor Name: _____
Doctor Phone: (____) ____ - ____
 RGH Pediatrics
 Golisano Pediatrics (Strong)
 Other: _____

Mailing Information:

Address: _____

Apt: _____ **City:** _____

Zip: _____

Phone Numbers:

(____) ____ - ____

(____) ____ - ____

I give my permission for my child named above to receive a free vision screening. In addition, I understand the following:

- *The results of this screening do not take the place of a professional eye exam.*
- *I am responsible for scheduling an eye exam for my child if he/she is referred.*
- *I give permission for Early Vision Screening to release health information to my child's pediatrician and/or eye doctor, or other agencies involved in the health of my child.*
- *I give permission for my child's pediatrician and/or eye doctor to release health information to Early Vision Screening at ABVI-Goodwill and/or the appropriate child care center/school/agency to be used for outcome measures.*
- *I will not hold Early Vision Screening at ABVI-Goodwill accountable for any mistakes of omission, or other misdiagnosis.*

Print Parent/ Guardian Name:

Signature: _____

Date: _____



Exámenes de la Vista Gratis . . .

- Se realiza con un dispositivo que funciona como una cámara.
- No hay necesidad de tocar al niño o de comunicación verbal.
detección SPOT
- Para niños de 6 meses de edad y mayores.
- Los niños que ya usan gafas no necesitan ser examinados



Dispositivo de

Importante: Los niños que ya están usando gafas no tienen que someterse a las pruebas.

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Sexo:

- Masculino
 Femenino

Habla:

- Inglés
 Español
 Otro: _____

Origen Étnico:

- Afro-Americano
 Hispano/Latino
 Asiático
 Nativo Americano
 Native Alaskan/Pacific Islander
 Blanco
 Otro: _____

1. Información Pediatra:

Nombre Médico: _____

Doctor Teléfono: (____) _____ - _____

- RGH Pediatría
 Golisano Pediatría (Strong)
 Otro: _____

Información de Correo:

Dirección: _____ Apt: _____

Ciudad: _____ Código _____

Postal: _____

Números Telefónicos

(____) _____ - _____

(____) _____ - _____

Yo, el que suscribe y firma, por medio de la presente doy mi consentimiento para que se le haga un examen de detección de la vista a mi hijo(a) arriba mencionado(a) sin ningún costo. Añadiendo a esto, entiendo lo siguiente:

- La información obtenida en este examen es preliminar y no va a sustituir el examen de un profesional.
- Es mi responsabilidad que se haga un examen de la vista practicado por un **oculista** si mi hijo es referido.
- Por la presente le doy mi consentimiento a Early Vision Screening para que le proporcione la información referente a mi hijo(a) a su pediatra y/o a su oculista.
- Por la presente doy mi consentimiento al pediatra de mi hijo(a) o a su oculista de proporcionar la información a Early Vision Screening en ABVI-Goodwill y/o al centro de cuidado de niños o guardería/ escuela/agencia para que se usen medidas de acuerdo a los resultados.
- No voy a responsabilizar a Early Vision Screening en ABVI-Goodwill por mis errores de omisión, u otros diagnósticos equivocados.

Nombre del Padre o Guardian: _____

Firma: _____

Fecha:

Examen de la vista temprana es un programa de la Asociación de Ciegos y Deficientes Visuales
500 S. Clinton Avenue, Rochester, NY 14620 (585) 697 -5738
klawrence@goodwillfingerlakes.org www.seegreatthings.com

MCC Book Festival

11/4/17

Pass

Refer