

# Eyemobile

 for Children

UC San Diego | Shiley Eye Institute

9415 Campus Point Drive, Room 209  
La Jolla, CA 92093-0946  
Phone (858)822-2585 | Fax (858) 822-1754

Childs Name: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_

### **UCSD EyeMobile for Children Consent Form**

Your child has recently been given a vision screening. Your child has been recommended for an eye exam by an eye doctor (optometrist or ophthalmologist). The purpose of this professional eye exam is to determine if your child has an eye problem and, if needed, to provide glasses or referral in order to prevent permanent vision loss, and to help assure that your child has the eyesight to succeed in school. This eye exam may be performed by your personal eye doctor or with your consent by an eye doctor on the UCSD EyeMobile for Children. Because of special program funding we are currently able to provide free eye examinations and eyeglasses, if needed from the UCSD EyeMobile for Children.

### ***Safeguards to Privacy***

Your Child's record is confidential. We request your authorization to release information to the UCSD Department of Ophthalmology to be used to evaluate the success of the program. All information that identifies your child will be kept confidential. The information to be released includes the results of your child's eye exam, age, ethnicity and use of glasses, if needed and future school performance. You agree to release this information. All information that identifies your child will be kept confidential by the UCSD Department of Ophthalmology.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Legal Guardian

\_\_\_\_\_  
Relationship

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Phone Number

\_\_\_\_\_  
Address

### ***UCSD EyeMobile for Children Vision Exam and Glasses (If Needed) At No Cost***

With your consent, your child will receive a standard eye examination in the UCSD EyeMobile for Children at school. As part of this standard eye exam your child's eyes will be dilated in order for the eye doctor to get the most accurate results from the examination. If your child is found to need glasses, an experienced professional will make an appropriate selection of glasses. By signing you are confirming your child has no medication allergies.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Legal Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Phone # of relative or friend, if you cannot be reached

***If you have any questions at any time, please call 858 822 2585  
Teachers when completely filled out, please fax to 858 822 1754***

# Eyemobile

 for Children

UC San Diego | Shiley Eye Institute

9415 Campus Point Drive, Room 209

La Jolla, CA 92093-0946

Phone (858)822-2585 | Fax (858) 822-1754

Nombre del Niño/a \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

## **Formulario De Autorización UCSD EyeMobile para niños**

Recientemente se le hizo una prueba de la vista a su hijo/a. Le recomendamos que lo vea un especialista de la vista (optometrista/ofthalmólogo). El propósito de este examen de la vista es para determinar si su niño/a tiene problemas de la vista o si es necesario recetarle lentes. Este examen puede hacerlo su oftalmólogo personal. Este examen es para prevenir la pérdida permanente de la visión, y para ayudar a asegurar que su niño/a tenga la vista necesaria para que sea exitoso en la escuela. Este examen de los ojos puede ser realizado con su consentimiento por un optometrista en el UCSD EyeMobile para Niños. A causa de la financiación especial del programa nosotros podemos proporcionar exámenes sin costo alguno y lentes, si en dado caso sea necesario por el UCSD EyeMobile para Niños.

### ***Garantía de Confidencialidad***

El expediente de su niño/niña es confidencial. Para dar información al Departamento de oftalmología de UCSD nosotros le pedimos autorización para usar la información y así poder evaluar el éxito del programa. La información que se daría al Departamento de Oftalmología de UCSD incluiría los resultados del examen de la vista de su niño/niña, su edad, etnicidad, uso de lentes ( si fuera pertinente) y su futuro desempeño en la escuela. Acepto que se facilite la información de expediente de la vista de mi hijo al Departamento de Oftalmología de UCSD que mantendrá confidencial toda información que identifique a mi hijo/a.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Madre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Parentesco

\_\_\_\_\_  
Fecha

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Domicilio

### ***UCSD EyeMobile para Niños Examen de la Vista y Lentes (si fueran necesarios) Gratis***

Con su autorización, su hijo/a recibirá un examen completo de la vista en el UCSD EyeMobile para Niños en la escuela. Como parte de este examen se le dilatará las pupilas del niño/a para que el medico pueda examinarlo mejor. Si se detecta que el niño/a necesita lentes, un miembro de equipo profesional seleccionara apropiadamente los lentes. Con su firma usted confirma que su niño/a no tiene ningunas alergias de medicación.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Madre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Numero de teléfono de familia o amistad

**Si usted tiene alguna pregunta, favor de llamar al 858 822 2585  
Maestros por favor enviar por fax al 858 822 1754**