



**Universidad de Puerto Rico  
Recinto de Ciencias Médicas  
Escuela de Profesionales de la Salud**

**Proyecto Especial  
Programa Tecnología Oftálmica**



**CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN CERNIMIENTO VISUAL (MENORES DE EDAD)**

Yo, \_\_\_\_\_, padre, madre o encargado/a de \_\_\_\_\_, autorizo que él/ella, participe de la actividad de cernimiento visual (agudeza visual, tonometría no contacto, prueba de color, percepción de profundidad) que se va a ofrecer en las facilidades de Colegio Beato Carlos Manuel, el próximo martes 8 de mayo de 2018. Según mi hijo/a me informó van a recibir servicio por parte de profesores y estudiantes del Programa de Tecnología Oftálmica de la Escuela de Profesionales de la Salud, del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_