



CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA ESPECIAL
"SANTA TERESA DE COUDERC"

COMUNICADO N° 013 - 2026/CEBESTC/D

Bellavista, 28 de Abril del 2026

ESTIMADOS PADRES DE FAMILIA:

Reciban un afectuoso y cordial saludo. Esperamos que se encuentren muy bien junto a sus seres queridos.

La presente es para informarle que la Dirección de Salud de la Marina, llevará a cabo una **CAMPAÑA MEDICA ESCOLAR "QUIERO VER"**, en beneficio de los estudiantes de la Comunidad Naval, de acuerdo al siguiente detalle:

- Se realizará un tamizaje visual y para aquellos que lo requieran se llevará a cabo la medida de la vista.
- Se realizará la entrega de los correctores visuales de manera gratuita para el estudiante que de acuerdo a la evaluación lo requiera.
- Los estudiantes del nivel inicial y Primaria deberán asistir con uno de sus padres o apoderado para la medida de la vista.

ADJUNTO: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA DETECCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ERRORES DE REFRACCIÓN EN NIÑOS(AS) DE 4 A 17 AÑOS. **(DEVOLVER A MAS TARDAR EL DIA JUEVES 30 DE ABRIL 2026)**

Quedamos atentos a cualquier consulta.

Atentamente,



DIRECTORA

Lic. María Elena TINEO Castilla

DIRECTORA



COMUNICADO N° 013 - 2026/CEBESTC/D

Yo, _____ identificado(a) con DNI _____, CIP _____, madre/padre del (la) estudiante _____, que cursa el Nivel _____ Grado _____, del CEBE Santa Teresa de Couderc. Recibí conforme el comunicado sobre **CAMPAÑA MEDICA ESCOLAR "QUIERO VER"** por parte de la Dirección de Salud de la Marina.

Firma de la Madre

Firma del Padre

DNI Nro:.....

DNI Nro:.....



Dirección de Salud de la Marina
(Departamento de Apoyo a las Operaciones Navales)

**PROGRAMA DE SALUD OCULAR
"QUIERO VER"**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ERRORES DE REFRACCIÓN EN NIÑOS(AS) DE 4 A 17 AÑOS

Yo identificado(a) con N° DNI Padre () Madre () Apoderado () del/la estudiante: identificado(a) con N° DNI, cursando el grado, sección del nivel, declaro haber recibido y entendido la información brindada sobre los procedimientos de evaluación del programa de Salud Ocular "QUIERO VER", para realizar la detección, diagnóstico y tratamiento de errores de refracción en niños(as) de 4 a 17 años, de forma gratuita.

TAMIZAJE DE AGUDEZA VISUAL: Medición de la capacidad de ver a detalle todo lo que nos rodea, mediante la cartilla de Snellen (afiche con letras de distintos tamaños), que se coloca a una distancia de 6 metros. Este procedimiento se llevará a cabo con el estudiante si tiene entre 4 a 17 años de edad; asimismo, no conlleva a ningún riesgo para su salud.

REFRACCIÓN (MEDIDA DE LA VISTA): Es el proceso de búsqueda de la combinación de lentes con las que el paciente alcanza la mejor agudeza visual.

TRATAMIENTO DE ERROR DE REFRACCIÓN: Mediante la entrega gratuita de lentes correctores a los niños(as) de 4 a 17 años de edad.

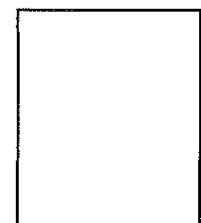
En tales condiciones: SI () NO (), otorgo mi consentimiento como padre (), madre () o apoderado (), para que se le realicen los procedimientos necesarios a mi hijo(a) y declaro estar de acuerdo para que a mi hijo(a) se le realice la detección de errores de refracción, en el marco de las Campañas del Programa de Salud Ocular "QUIERO VER", que realiza la Dirección de Salud de la Marina.

Firmo este consentimiento informado en pleno uso de mis facultades mentales y comprensión, el mismo que debe ser registrado por el personal de salud.

..... de del 2026

Firma del Padre o Apoderado

NOMBRE :
DNI. :
FECHA :



HUELLA