



FACULTADE DE ÓPTICA E OPTOMETRÍA  
Campus Vida  
15782 Santiago de Compostela (Spain)  
Tfno. 881813510 – Fax 881813534

Santiago de Compostela, 10 de xaneiro de 2023

Estimados/as pais, nais, titores/as:

Dende a Facultade de Óptica e Optometría da Universidade de Santiago de Compostela (USC), poñémonos en contacto con vostede para informarlle das actividades que imos ter no colexio dos seus fillos/as, dentro da actividade “O cribado visual na contorna educativa para unha maior inclusión social”.

Así mesmo, esta actividade realizarase como unha actividade do Servizo de Optometría da USC, situado na Facultade de Óptica e Optometría. O Servizo de Optometría é un centro sanitario acreditado, con nº de rexistro C-15-002430, e inscrito no Rexistro de Centros, Servizos e Establecementos sanitarios da Comunidade Autónoma de Galicia (*segundo o Decreto 12/2009, de 8 de xaneiro, da Consellería de Sanidade*).

A principal actividade que realizaremos vai ser un screening visual para a detección rápida de posibles problemas visuais. Consiste nun número reducido de probas de gran valor de detección e rápida realización, todas elas non invasivas, e que son:

- Medida da agudeza visual monocular de cerca e lonxe.
- Valoración da visión das cores.
- Valoración da visión binocular mediante o cover test, o punto próximo de converxencia e o test de estereopse.
- Detección de posibles anomalías refractivas mediante retinoscopia.
- Detección de posibles alteracións orgánicas mediante oftalmoscopia e exploración de pupilas.

Trátase pois dun exame tipo screening ou de cribado, é dicir, non ten valor diagnóstico. O obxectivo é a DETECCIÓN de posibles anomalías visuais, que puideran dificultar o desenvolvemento da aprendizaxe do seus fillos/as. Logo de dito screening, entregárase a cada alumno/a un informe cos resultados, no que se indicará se precisa ou non unha revisión visual máis completa.

O antedito exame de screening será efectuado por alumnos/as tanto do Grao en Óptica e Optometría como do Máster en Optometría; en calquera caso, sempre baixo a supervisión dun/dunha profesor/a óptico-optometrista colexiado.

Xunto con esta carta, enviamos tamén un breve cuestionario cunhas preguntas referidas á saúde visual e optométrica do/da neno/a, así como o correspondente consentimento informado e o formulario de protección de datos de conformidade co Regulamento UE 2016/679.

Quedando a súa disposición para calquera dúbida que lles puidera xurdir,

Reciban un cordial saúdo.

**GIRALDEZ FERNANDEZ**  
**MARIA JESUS - DNI**  
**36090322X**

Firmado digitalmente por  
GIRALDEZ FERNANDEZ MARIA  
JESUS - DNI 36090322X  
Fecha: 2023.01.10 11:12:22 +01'00'

María Jesús Giráldez  
Decana  
Facultade Óptica e Optometría  
Universidade de Santiago de Compostela  
881 81 35 16



## SERVIZO DE OPTOMETRÍA

Servizo Sanitario da Comunidade Autónoma de Galicia

Nº Rexistro: C-15-00243

### PROTECCIÓN DE DATOS

Don/na \_\_\_\_\_, con DNI nº \_\_\_\_\_,



Consinto o uso dos meus datos persoais no marco de actuación do Servizo de Optometría da USC.

De conformidade co Regulamento UE 2016/679, os datos recollidos serán tratados pola Universidade de Santiago de Compostela (USC) no tratamento "[Xestión de datos de usuarios e historias clínicas de exames optométricos realizados no Servizo de Optometría da Escola de Óptica e Optometría](#)", coa finalidade de "Xestión de datos da historia clínica nos exames optométricos dos usuarios do Servizo de Optometría para a xestión da actividade optométrica, docente, de investigación así como o estudo, e produción estatística e de xestión".

O responsable deste tratamento é o Vicerreitor de Investigación e Innovación, Edificio CACTUS 1ª Planta, 15782- Santiago de Compostela (España)

O Delegado de Protección de Datos D. Marcos Almeida Cerredá, [dpd@usc.es](mailto:dpd@usc.es).

A base de xustificación deste tratamento é o consentimento expresado polas persoas interesadas.

As persoas interesadas poden exercer os dereitos de acceso, rectificación, supresión, limitación de tratamento oposición e portabilidade a través da Sede Electrónica da USC:

<https://sede.usc.es/sede/publica/catalogo/procedemento/55/ver.htm>.

Tamén poden dirixirse á Agencia Española de Protección de Datos para realizar a reclamación que considere oportuna.

No caso de non facilitar o consentimento, os datos non serán tratados, pero non se poderá ofertar o servizo.

Os datos se conservarán durante o período no que se realice a finalidade para a que foron recollidos, ou o tempo necesario para cumprir coas obrigas legais. Cumprida a finalidade, se bloquearán ata que transcorran os prazos de prescrición aplicables.

A política de privacidade e protección de datos da USC pódese consultar en <http://www.usc.es/es/normativa/protecciondatos/index.html>."

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_

Asdo. D/Dona: \_\_\_\_\_



## SERVIZO DE OPTOMETRÍA

Servizo Sanitario da Comunidade Autónoma de Galicia

Nº Rexistro: C-15-00243

### CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo co establecido na Lei 41/2002, do 14 de novembro, Lei básica que regula a autonomía do paciente e os dereitos e obrigacións en materia de información e documentación clínica, \_\_\_\_\_ eu, D/ª \_\_\_\_\_, como paciente, ou D/ª \_\_\_\_\_ como o seu representante legal en pleno uso das miñas facultades, libre e voluntariamente **DECLARO** o seguinte:

- 1) Que se me informou correctamente das características dos procedementos incluídos na exploración optométrica, dos detalles e da forma da súa realización. A exploración optométrica que se realizará pretende valorar a función visual do/a neno/a nun exame de screening, para o que se inclúe a medida de agudeza visual, a refracción e a exploración da visión binocular. Tamén inclúe, coa finalidade preventiva (non diagnóstica), procedementos de exploración da saúde ocular como son oftalmoscopia e visión da cor. Todos os procedementos son non invasivos e están exentos de riscos e complicacións.
- 2) Que a información me foi entregada de xeito comprensible, puiden facer preguntas e aclarar as dúbidas presentadas ao recibir a información.
- 3) Que sei que, en calquera momento, podo revogar o meu consentimento; e que a sinatura e concesión deste consentimento informado non implica ningún tipo de renuncia a posibles reclamacións futuras.

En consecuencia, a través deste escrito **SÍ / NON dou o meu consentimento** para que se realice o exame optométrico de screening visual ao meu fillo/a.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Paciente

Representante legal (si fose necesario)

DNI

DNI

