

Autorización para Examen de Vista Gratuito



Su hijo(a) ha sido identificado con un POTENCIAL PROBLEMA DE VISIÓN. Exámenes de la vista y lentes estarán disponibles para su hijo(a) **SIN COSTO ALGUNO**. Pronto se llevará a cabo una clínica programada, pero se requiere completar este formulario de permiso para que su hijo(a) reciba este beneficio gratuito.

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ ID escolar: _____

Dirección postal: _____

Número de teléfono: _____

Firme y regrese antes de _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Mi firma da permiso para que mi hijo se someta a un examen de la vista y lentes (si se prescriben).*

Doy permiso para que los ojos de mi hijo sean dilatados como parte de su examen visual, si el médico lo recomienda como médicamente necesario** ☐ Sí ☐ No

Doy permiso para que mi hijo sea fotografiado*** ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo alguna vez ha tenido un examen de la vista? ☐ No ☐ Sí ¿Usa anteojos su hijo actualmente? ☐ No ☐ Sí

¿Ha tenido su hijo una lesión ocular grave o cirugía? ☐ No ☐ Sí (explique por favor) _____

¿Tiene su hijo algún problema de salud crónico? _____

(por ejemplo: diabetes, asma, enfermedades del corazón, etc.)

¿Tiene su hijo alguno de los siguientes síntomas?

(Marque todo lo que corresponda)

☐ Entrecerrar los ojos

☐ Dolores de cabeza

☐ Inclínación de la cabeza

☐ Se acerca a la página para leer/escribir

☐ Dificultad para ver de lejos

☐ Enrojecimiento / lloran los ojos

☐ Evita el trabajo de cerca

☐ Se frota los ojos

☐ Corta capacidad de atención

Si tiene preguntas, contacte a

Presciliana Olayo, Directora de Salud Visual

O: 817-814-2813 | presciliana.olayo@fwisd.org

*Tengo la custodia legal de mi hijo nombrado arriba y doy permiso a Alcon Children's Vision Center para compartir todos los resultados de los exámenes de la vista de mi hijo con los socios del Alcon Children's Vision Center con el fin de proporcionar lentes recetados. Para calificar, su hijo NO debe tener un seguro médico que cubra un examen de la vista y/o anteojos, aunque su hijo puede tener Medicaid o CHIP. Su hijo también debe participar en el programa de almuerzo gratuito/reducido en la escuela. Las mediciones de rendimiento académico y de comportamiento de mi hijo también **pueden ser compartidas con el Alcon Children's Vision Center y sus socios para ser utilizadas con fines de investigación para determinar la eficacia de este tratamiento y para publicar los resultados de la investigación. Ninguna publicación contendrá información personal identificable sobre su hijo. Esta información puede ser compartida con lo siguiente:** La enfermera de la escuela de mi hijo, la Fundación Alcon, el Alcon Children's Vision Center y sus respectivos socios y/o investigadores.

**La dilatación ampliará la pupila, lo que permitirá al médico visualizar mejor el fondo del ojo. Los efectos secundarios incluyen visión borrosa, sensibilidad a la luz y pupilas dilatadas, que pueden durar unas horas. Al negarme a que me dilaten los ojos/los ojos de mi hijo, entiendo que asumo todos los riesgos asociados a la falta de diagnóstico de las afecciones oculares debido a la falta de información, que puede haber sido proporcionada por esta prueba.

***Además, autorizo al Alcon Children's Vision Center, a la Fundación Alcon y a su fundador y patrocinador, Alcon Vision, LLC, a tomar y utilizar fotos, videos o grabaciones de la participación de mi hijo en el examen de la vista y las actividades relacionadas, en cualquier presentación impresa o multimedia, medios sociales, radio, televisión, sitios web o en cualquier otro medio de distribución para cualquier propósito legal. Esto incluye, pero no se limita a, fines de marketing nacional. Estoy de acuerdo en que no haré ninguna reclamación monetaria o de otro tipo contra Alcon Children's Vision Center, Fundación Alcon o Alcon Vision, LLC por esta cesión.

Sólo para la enfermera o el administrador de la escuela

Agudeza ojo derecha: _____ Agudeza ojo izquierdo: _____ Con lentes: _____ Resultados: _____

Fecha: _____ Proveedor: _____ Instrumento: _____

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____