

# Formulario de Permiso para Examen de Visión Gratuito Alcon

Su hijo(a) ha sido identificado con un POTENCIAL PROBLEMA DE VISION. Los exámenes de la vista al igual que los anteojos estarán disponibles para su hijo(a) sin costo alguno, en una clínica que se abrirá pronto. Para tomar ventaja de esta oportunidad, se requiere completar este formulario de permiso para que su hijo reciba este beneficio gratuito.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ ID de estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

School Nurse/Staff  
Place address label with  
student information, if  
available HERE

Origen étnico del estudiante:  Hispano / Latino  Asiático  Negro  Blanco  Indio Americano / Nativo de Alaska  
 Nativo de Hawái / Islas del Pacífico  Dos o más razas

¿Se ha sometido su hijo alguna vez a un examen de la vista?  No  Sí      ¿Usa anteojos su hijo actualmente?  No  Sí

¿Ha tenido su hijo una lesión ocular grave o una cirugía?  No  Sí

¿Tiene su hijo algún problema de salud crónico? \_\_\_\_\_  
(por ejemplo: diabetes, asma, enfermedades del corazón, etc.)

Tiene su hijo un rendimiento:  Inferior al nivel del grado  Al nivel del grado  Superior al nivel del grado

¿Tiene su hijo alguno de los siguientes síntomas?  Dolores de cabeza  Se acerca demasiado a la página para leer / escribir  Evita el trabajo de cerca  
(Marque todo lo que corresponda)  Inclínación de la cabeza  Se frota los ojos con frecuencia  Corta capacidad de atención  
 Estrabismo / Entrecerrar  Enrojecimiento / aguas en los ojos  Dificultad para ver de lejos

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

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Mi firma da permiso para que mi hijo se someta a un examen de la vista.\*

Si tiene preguntas, contacte a  
**Presciliana Olayo, Coordinadora de Servicios de Cuidado de la Visión**  
O: 817-814-2813 | [presciliana.olayo@fwisd.org](mailto:presciliana.olayo@fwisd.org)

\*Tengo la custodia legal de mi hijo nombrado arriba y doy permiso para compartir todos los resultados de los exámenes de la vista de mi hijo con la Fundación Alcon y sus socios con el fin de proporcionar gafas recetadas. 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 coleccionadas, compartidas con los socios de Fundación Alcon 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 del colegio de mi hijo, la Fundación Alcon, El Centro de Vision Infantil de Alcon y sus respectivos socios y/o investigadores. Además, reconozco y acepto que, debido a la naturaleza de la clínica y de los servicios ofrecidos por el Programa de la Visión de los Niños de Alcon, no es posible el distanciamiento social de 6 pies por persona entre los niños y el personal/los médicos de la clínica en un entorno de clínica de la visión. Comprendo plenamente los peligros conocidos y potenciales de la utilización de las instalaciones y servicios del Programa oftalmológico infantil de Alcon y reconozco que la participación de los niños puede, a pesar de los esfuerzos razonables del Programa oftalmológico infantil de Alcon para mitigar dichos peligros, dar lugar a la exposición a COVID-19, lo que podría dar lugar a requisitos de cuarentena, enfermedad grave, discapacidad y/o muerte.

\*\*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 a la Fundación Alcon y a su fundador y patrocinador, Alcon Vision, LLC, a tomar y utilizar fotos, vídeos 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. Entiendo que el nombre de mi hijo puede ser utilizado en dichos materiales de marketing. Estoy de acuerdo en que no haré ninguna reclamación monetaria o de otro tipo contra Fundación Alcon o Alcon Vision, LLC por esta cesión.

Sólo para la enfermera o el administrador de la escuela

Agudeza ocular derecha: \_\_\_\_\_ With Glasses: \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Agudeza del ojo izquierdo: \_\_\_\_\_ Vision Results: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Profesor: \_\_\_\_\_