

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE VISIÓN I POR FAVOR COMPLETE Y DEVUELVA ANTES DE _____

half Helen Foundation está organizando una clínica de visión móvil en la escuela de su hijo(a). Si su hijo(a) no pasó el examen de visión de la escuela, un optometrista con licencia realizará un examen ocular completo en la escuela. Si el optometrista lo determina necesario, su hijo(a) recibirá lentes recetados de alta calidad para corregir su vista. **Todos los servicios se proporcionarán sin costo para la familia.**

Para calificar para los servicios de la vista de half Helen Foundation, los estudiantes deben tener entre 5 y 18 años el día de la clínica de la vista y calificar para el programa de almuerzo gratuito/a precio reducido.

TENGA EN CUENTA: los estudiantes que tienen Medicaid o CHIP también son elegibles para recibir servicios de la vista.

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba servicios de visión de Half Helen Foundation.

Lo confirmo:

- Mi hijo(a) califica para los servicios de la vista según los requisitos de elegibilidad mencionados anteriormente.
- Soy el padre o tutor legal del estudiante mencionado a continuación.
- He leído y entiendo la información en este formulario y en la Hoja de Información para Padres provista.
- Doy permiso para que mi hijo reciba un examen de la vista y, si es necesario, un examen de la vista y anteojos recetados.
- Entiendo que mi hijo(a) puede recibir gotas oculares dilatantes durante el examen de la vista.
- Autorizo la divulgación completa de los resultados del examen de la vista y el examen de la vista de mi hijo al personal apropiado de la escuela de mi hijo, el personal de salud del distrito escolar y los socios de half Helen Foundation.
- Entiendo que puedo eliminar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero que al hacerlo, también estoy rechazando la participación de mi hijo(a) de cualquier servicio proporcionado por Half Helen Foundation.
- Entiendo que si hay una divulgación no autorizada de información, puedo presentar una queja formal ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

CONSENTIMIENTO PARA LA PUBLICACIÓN DE MEDIOS: half Helen Foundation puede tomar fotos o videos de estudiantes que participan en el programa para usarlos en material promocional. Si proporciona su consentimiento, estas imágenes pueden usarse en medios impresos, estas imágenes se pueden usar en medios impresos, en sitios web o en sitios web sociales a discreción de half Helen Foundation. No se requiere el consentimiento de los medios de comunicación para participar en los servicios de la vista.

SÍ Doy mi consentimiento para que half Helen Foundation use fotos o videos de mi hijo(a).

NO No consiento que half Helen Foundation use fotos o videos de mi hijo(a).

SE REQUIERE SU FIRMA A CONTINUACIÓN PARA CONFIRMAR SU RESPUESTA:

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL			
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL (IMPRIMIR)			
FECHA	____/____/____	NÚMERO DE TELÉFONO	
EMAIL			

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

NOMBRE Y APELLIDO DEL NIÑO(A) (IMPRIMIR)			
FECHA DE NACIMIENTO	____/____/____	EDAD	GRADO
DISTRITO ESCOLAR		ESCUELA	
TEACHER NAME			

HISTORIAL MÉDICO:

¿Este estudiante ha usado lentes?	___ Sí ___ No	En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo?	___ years	¿Cuántos años tienen sus lentes actuales?	___ years
¿Cuándo fue el último examen ocular anual de su hijo(a)?					
¿Hay algún historial médico de problemas de salud ocular en la familia? Describir.					
¿Tiene este estudiante algún problema de visión? Describir.					
¿Tiene este estudiante algún problema médico? Describir.					
Enumere TODOS los medicamentos que este estudiante está tomando actualmente.					