

## Consentimiento Para Servicios de Visión

half Helen 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.

Este formulario también se puede completar en español en línea en: <https://halfhelen.org/consent-form-schools>. Este formulario tarda unos dos minutos en completarse.

### PADRE / TUTOR LEGAL

Nombre del Padre / Tutor Legal

Apellido del Padre / Tutor Legal

Número de Teléfono

Email Address

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del niño(a)

Apellido del niño(a)

Edad

Grado

Fecha de Nacimiento

Distrito Escolar

Escuela

Maestro(a)

### HISTORICAL MÉDICO

¿Cuándo fue el último examen ocular anual de su hijo(a)?

Dentro de los 12 meses  
Dentro de los 2 años  
Más de 2 años  
Nunca

¿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.

¿Este estudiante ha usado lentes?

Sí  
No

### HISTORIAL DE USO DE ANTEOJOS (Complete solo si su hijo(a) alguna vez ha usado anteojos).

¿En caso afirmativo, cuánto tiempo este estudiante ha usado lentes?

Seis meses a un año  
Un año a dos años  
Mas de dos años

¿Cuántos años tienen sus lentes actuales?

Seis meses a un año  
Un año a dos años  
Mas de dos años

### CONSENTIMIENTO PARA LA PUBLICACIÓN DE MEDIOS

half Helen puede tomar fotos o videos de estudiantes que participan en el programa para usarlos en material promocional. Si proporciona su consentimiento, estas imágenes se pueden usar en medios impresos, en sitios web o en sitios web sociales a discreción de half Helen.

No se requiere el consentimiento de los medios de comunicación para participar en los servicios de la vista.

Doy mi consentimiento para que half Helen use fotos o videos de mi hijo(a). Sí  
No

### FIRMA

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

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(a) al personal apropiado de la escuela de mi hijo(a), el personal de salud del distrito escolar y los socios de half Helen.
- 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.
- 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.

De acuerdo!

No, no quiero que mi hijo(a) reciba atención optométrica profesional y gratuita

Thank you!