

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

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.

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

- Soy el padre o tutor legal del estudiante mencionado a continuación.
- He leído y entiendo la información en este formulario.
- Doy permiso para que mi hijo reciba un examen de la vista y, si es necesario, un examen de la vista y lentes 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.
- 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.

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. 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.

Autorizo a half Helen a usar fotos o videos de mi hijo(a) en material promocional: ___ SÍ ___ No

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE (IMPRIMIR)					
FECHA DE NACIMIENTO	____/____/____	EDAD		GRADO	
ESCUELA			MAESTRO(A)		

(CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA)

INSURANCE INFORMATION

¿Tiene seguro médico?	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> No tengo seguro
¿Quién es el proveedor?	
¿Número de identificación?	
¿Cuál es tu número YTB?	
¿Tiene seguro de visión?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
¿Quién es el proveedor?	
¿Número de identificación?	
¿Número de personas que viven en el hogar?	
Ingresos del hogar:	
Raza/etnicidad del estudiante	

HISTORIAL MÉDICO

Clínica de atención primaria			
Última visita con el médico.			
Este estudiante ha usado lentes?	Sí ____ ¿cuánto tiempo? ____ años No ____	¿Cuántos años tienen sus lentes actuales?	____ años
¿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.			