



**For School Personnel Use Only:**

County: \_\_\_\_\_  
 Mandatory Two Vision Screening Fail Dates: Fail Date #1 \_\_\_\_\_ Fail Date #2 \_\_\_\_\_  
 (Fail Dates Must Be Within Same School Year)  
 Is the Student on the Free or Reduced Lunch Program? Circle One: YES NO  
 Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Profesor \_\_\_\_\_

Nombre de el estudiante \_\_\_\_\_ M / F Fecha De Nacimiento de el estud. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Telefono Casa \_\_\_\_\_ Teléfono De los Padres \_\_\_\_\_

Nombre de el Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Raza (marque uno): African American - Asian - Hispanic - Native American - White (non-Hispanic) - Other

Su hijo usa espejuelos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Quebrados \_\_\_\_\_ Perdidos \_\_\_\_\_

Su hijo ha visitado a un oftalmologo/optometrista en el ultimo ano? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Por favor escriba cualquier problema de la vista que tenga su hijo(a):

Por favor escriba cualquier problema de salud que tenga su

hijo(a): \_\_\_\_\_

Por favor escriba cualquier medicamento o gotas para los ojos que su hijo utilice:

Por favor escriba cualquier tipo de alergias que su hijo tenga: \_\_\_\_\_

Su hijo presenta algun tipo de cuidado, necesidades especiales o retrasos? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Su hijo tiene algun tipo de impedimento que require la ayuda de un intérprete, lengua de signos/ señas, visual, o el sistema Braille)?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si, por favor explique \_\_\_\_\_

Su **HIJO** tiene o ha tenido alguna de las siguientes

Condiciones:

Algun **integrante de la familia** del menor ha tenido

alguna de estas condiciones:

YES NO

- Eye surgery / Injury
- Eye turn / Strabismus / Lazy eye
- Vision therapy / Eye patching
- Glaucoma
- Diabetes
- Sickle cell
- Asthma
- Headaches
- Other

- Eye turn / Strabismus / Lazy eye
- Blindness
- Macular Degeneration
- Glaucoma
- High Blood Pressure
- Diabetes
- Sickle cell
- Other

Por favor, explicar sobre las repuesta "Si": \_\_\_\_\_

**El consentimiento para examen de los ojos** –Yo autorizo a mi hijo a tener un examen completo de los ojos incluyendo la dilatacion

**Aviso de Practicas de Privacidad** – Comprendo que el aviso de practicas de privacidad para el programa de Vision Infantil Heiken de Miami

Lighthouse estan disponibles para su revision. Si desea solicitar una copia por favor llame al telefono 305-856-9830/1(888)996-9847. **Mutual exchange of information** – Yo autorizo la liberacion reciproca de informacion entre El programa de Vision Infantil Heiken de Miami Lighthouse y las escuelas publicas de su condado para poder liberar o compartir uno o todos los informes medicos optometricos y oftalmologicos de mi hijo para programas proveedores.

**Reclamos al seguro:** - Si su hijo tiene cobertura bajo un plan de seguro, el Miami Lighthouse se reserva el derecho de obtener la informacion necesaria para presentar un reclamo de pago a la compania

\* Yo / Nosotros liberaremos a la Junta Escolar del Condado de cualquier responsabilidad por cualquier daño o reclamación resultantes de la participación en el Programa Heiken Visión de la Florida debido a un accidente con la participación de mi hijo / protegido en el programa.

Firm del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El programa de Vision Infantil Heiken es una organización de igualdad de oportunidades y no discrimina a los solicitantes que reúna los requisitos sobre la base de raza, color, religión, ascendencia, edad, sexo, estado civil, origen nacional, discapacidad o estado de veterano.

Revised 10/11/2011