

**FOR COUNSELOR USE ONLY**

**Eligibility Criteria:** (Please check ALL that apply)

- Student does not have insurance
- Does not receive Medicaid
- Is on free/reduced meal
- Unable to access eye care

**MIAMI LIGHTHOUSE  
HEIKEN CHILDREN'S VISION PROGRAM  
PROGRAMA DE VISION INSTANTANEA  
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO  
(Por favor use lapicero solamente)**

The **Miami Lighthouse Children's Vision Program** ofrece a su hijo (a) exámenes completos de la vista y gafas o espejuelos por receta, si fuesen necesarios, **sin costo** alguno para Ud. o para la escuela. El único requisito es el de que su hijo (a) no tenga Medicaid o seguro que pague por estos exámenes, y que califique para recibir comidas gratis o a precios rebajados en la escuela.

Se ha determinado (mediante una falla detectada en un examen masivo de la vista o por solicitud del maestro o de la maestra) que su hijo (a) necesita servicios de cuidado de la vista. Si desea que su hijo (a) vea al Optometrista y reciba espejuelos, si fuese necesario, **por favor responda a las siguientes preguntas, firme el formulario de autorización y devuelvalo a la escuela de su hijo (a).**

Como padre/madre de \_\_\_\_\_, certifico que he leído este formulario de consentimiento y que cumplo con el criterio de elegibilidad explicado en el párrafo anterior.

**Nombre del Niño (a)**

Autorizo a **Miami Lighthouse Children's Vision Program** a que practique a mi hijo (a) un examen completo de la vista y gafas o espejuelos por receta, si fuesen necesarios, sin costo alguno para mi o para la escuela. **Los espejuelos se entregarán en la propia escuela aproximadamente dos semanas después del examen.**

**Completar la siguiente informacion:**

Nombre del Padre/Madre/Tutor (a) imprima \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Tutor (a) \_\_\_\_\_

Nombre del niño (a) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Maestro(a) \_\_\_\_\_

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

Número de casa \_\_\_\_\_ Padres/Guardian número de trabajo \_\_\_\_\_

Circular: Niño Niña

Grupo étnico (por favor circule): Afro Americano, Hispano, Haitiano, Blanco (no hispano), Asiático o Islandés.

- Si tuviese alguna pregunta al respecto, por favor, comuníquese con el consejero de la escuela o Carmen Arguijo coordinadora de programas en el Miami Lighthouse Children's Vision Program , numero de telefono (305) 856-9830 o faxiar al (305) 856-9840.

**Un examen con dilatación permite que el Doctor pueda ver con mas precisión algun problema de salud relacionado con la vista. Las gotas son seguras de usar y los efectos secundarios son muy minimos después del examen. Puede que el niño tenga sencibilidad a la luz y que vea un poco borroso esto es normal despues de cada examen con dilatación.**

**Porfavor firme aqui si autorizá que se le haga un examen completo a su niño incluyendo dilatación** \_\_\_\_\_

**Porfavor firme aqui si no quiere que su niño sea dilatado** \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MEDICO (PROGRAMA DE VISION INSTANTANEA)

1. SE HA QUEJADO SU HIJO (A) EN ALGUN MOMENTO DE? (señale todos los que apliquen)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza, nauseas, mareos | <input type="checkbox"/> Fricción en los ojos                  |
| <input type="checkbox"/> Vista borrosa                    | <input type="checkbox"/> Ve manchas                            |
| <input type="checkbox"/> Ardentía o escozor en los ojos   | <input type="checkbox"/> Parpadeo frecuente                    |
| <input type="checkbox"/> Ve doble                         | <input type="checkbox"/> Agotamiento en los ojos/ojos cansados |
| <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____            |  |

2. ESTAN LOS OJOS DE SU HIJO (A) (señale todos los que apliquen)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bizcos (hacia adentro o hacia fuera) | <input type="checkbox"/> Lagrimosos         |
| <input type="checkbox"/> Cubiertos de costras o postillas     | <input type="checkbox"/> Rojos/Irritados    |
| <input type="checkbox"/> Mucosos/con supuración o pus         | <input type="checkbox"/> Sensibles a la luz |
| <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____                |   |

3. SU HIJO (A) (señale todos los que apliquen)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Se queja de que "no puede ver"             | <input type="checkbox"/> Mueve la cabeza para usar un ojo            |
| <input type="checkbox"/> Escribe las letras a la inversa            | <input type="checkbox"/> Tiene dificultades con sus tareas escolares |
| <input type="checkbox"/> Entrecierra los ojos/o uno más que el otro | <input type="checkbox"/> Confunde las palabras similares             |
| <input type="checkbox"/> Tiene problemas de indisciplina            | <input type="checkbox"/> Aparenta distraerse con facilidad           |
| <input type="checkbox"/> Es bien distraído (a)                      | <input type="checkbox"/> Pierde su lugar cuando lo llaman            |
| <input type="checkbox"/> Se sienta muy cerca de la TV               | <input type="checkbox"/> Frota sus ojos                              |
| <input type="checkbox"/> Tropezca con objetos                       | <input type="checkbox"/> Evita las tareas minuciosas                 |
| <input type="checkbox"/> Usa espejuelos                             | <input type="checkbox"/> Usa lentes de contacto                      |
| <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____                      |  |

4. HA EXPERIMENTADO SU HIJO (A) LO SIGUIENTE? (señale todos los que apliquen)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Frecuenta golpes en los párpados | <input type="checkbox"/> Tratarnos de déficit en la atención |
| <input type="checkbox"/> Ataques epilépticos              | <input type="checkbox"/> Traumas en la cabeza                |
| <input type="checkbox"/> Fiebres altas                    | <input type="checkbox"/> Uso de parches en los ojos          |
| <input type="checkbox"/> Caídas graves                    | <input type="checkbox"/> Convulsiones                        |
| <input type="checkbox"/> Mareos                           | <input type="checkbox"/> Sarampión/Paperas                   |
| <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____            |  |

5. HA PASADO SU HIJO (A) UN EXAMEN DE LOS OJOS ALGUNA VEZ?  Si  No Cuando? \_\_\_\_\_

6. ESTA SU HIJO (A) TOMANDO/USANDO ALGUN MEDICAMENTO RECETADO O NO POR UN MEDICO, POR EJEMPLO, GOTAS PARA LA VISTA?  Si  No

Mencione \_\_\_\_\_

7. HA REPETIDO SU HIJO (A) ALGUN GRADO EN LA ESCUELA?  Si  No Cuando? \_\_\_\_\_

8. HISTORIAL MEDICO DE LA FAMILIA (señale todos los que apliquen)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Espejuelos/Lentes de contacto | <input type="checkbox"/> Enfermedades de los ojos |
| <input type="checkbox"/> Alta presión arterial         | <input type="checkbox"/> Hepatitis                |
| <input type="checkbox"/> Estrabismo/Ojos bizcos        | <input type="checkbox"/> Glaucoma                 |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón         | <input type="checkbox"/> Cancer                   |
| <input type="checkbox"/> Ceguera                       | <input type="checkbox"/> Cataratas                |
| <input type="checkbox"/> Problemas de las Tiroides     | <input type="checkbox"/> Diabetes                 |
| <input type="checkbox"/> Meningitis                    | <input type="checkbox"/> Asma                     |
| <input type="checkbox"/> Anemia ("Sickle Cell Anemia") | <input type="checkbox"/> Stroke                   |

9. POR QUE CREE QUE SU HIJO (A) NECESITA UN EXAMEN DE LA VISTA EN ESTOS MOMENTOS?

---

---

---