

## Candidate-se a exame oftalmológico sem custo e óculos no PORTAL DO HEIKEN: [WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG](http://WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG)

*Acessível em qualquer smartphone / tablet / computador habilitado para internet  
Inglês / Espanhol / Kreole / Português*

### Por que usar o portal Heiken

- Processamento mais rápido
- Mais rápido com o preenchimento automático
- Fácil de usar
- Mais preciso
- Confidencial e seguro



### Quem pode se inscrever

- Estudantes da Florida
- Do pré-k ao 12º
- Reaplicar todos os anos letivos
- NÃO é necessário exame de visão
- PAIS APLIQUEN AGORA!

### É tão fácil como 1...2...3

- 1** Visite [www.floridaheiken.org](http://www.floridaheiken.org)
- 2** Clique no flyer do portal Heiken
- 3** **APLICAÇÃO** em apenas 3-5 minutos

Heiken NÃO compartilha informações pessoais de alunos com outras agências

O portal Heiken foi possível graças ao generoso apoio da



601 SW 8th Avenue • Miami, Florida 33130  
(305)856-9830 or 1(888)996-9847  
[www.floridaheiken.org](http://www.floridaheiken.org)



# 2018-2019 Programa gratuito para exams oftalmológicos e olhos nas Escolas

**FOR FASTER, SECURE PROCESSING, APPLY ON YOUR PHONE AT: [WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG](http://WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG)**

## HEIKEN PORTAL INFO (For School/Screening Personnel Use Only):

County: \_\_\_\_\_ School Code: \_\_\_\_\_

Vision Screening: **PASS** / **REFER** screening date: \_\_\_\_\_

Referring school or agency: \_\_\_\_\_

Referral Agency Code (if referral is not from school): \_\_\_\_\_

## For Heiken Use Only:

Scanned

Account #: \_\_\_\_\_

Date

Eligibility Status: \_\_\_\_\_

Entered:

Date Eligibility Verified: \_\_\_\_\_

Insurance: \_\_\_\_\_

Subscriber ID: \_\_\_\_\_

SIM  NÃO  Concordo em permitir que o meu filho / filha seja fotografado pelo programa FHCVO para fins de relações públicas com suas fotos.

Escola \_\_\_\_\_ Serie \_\_\_\_\_ Professora \_\_\_\_\_ identificação do aluno \_\_\_\_\_

Nome do aluno \_\_\_\_\_ Masculino / Feminino Data de nascimento do aluno \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Apartamento \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número do celular \_\_\_\_\_ Número de dia: \_\_\_\_\_

Nome dos Pais / Responsável \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Etnicidade (Círcule Um): Afro-Americano Asiático Hispânico Nativo-Americano Branco (não Hispânico) Haitiano Outro \_\_\_\_\_

Idioma (Círcule Um): Inglês Espanhol Kreole Português Outros \_\_\_\_\_

Seu filho viu um oftalmologista no ano passado? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_ Seu filho usa óculos? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Por favor, liste qualquer medicação ou colírio que seu filho usa: \_\_\_\_\_

Por favor, liste todos os alergias que o seu filho tenha: \_\_\_\_\_

O seu filho / filha tem alguma necessidade especial / atraso no desenvolvimento ou crescimento? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Explique \_\_\_\_\_

O seu filho precisa de ajuda auxiliar (como intérprete, linguagem de sinais, problemas visuais, cadeira de rodas, Braille?)

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_ Se "Sim", por favor explique: \_\_\_\_\_

Seu **filho** teve algum dos seguintes:

A **família** do seu filho teve algumas das seguintes:

SIM NÃO

- Cirurgia Ocular / Lesão
- Terapia da visão
- Dores de cabeça
- Glaucoma
- Diabetes
- Célula cancerosa
- Asma

SIM NÃO

- Olho virado ou estrabismo
- Cegueira
- Degeneração macular
- Glaucoma
- Pressão alta
- Célula cancerosa
- Outros problemas



Por favor, explique todas as respostas se forem "SIM" acima citadas: \_\_\_\_\_

**Consentimento para Exame oftalmológicos** - Assinando abaixo, eu atesto que sou o pai ou responsável legal dessa criança, e autorizo a FHCVP a fornecer à minha criança qualificada um exame oftalmológico completo e o dilatamento dos olhos, seja no local da escola, por um Optometrista móvel ou ir ao consultório de um optometrista qualificado pelo FHCVP.

**Aviso de práticas de privacidade** - Assinando abaixo, entendo que a Notificação de Práticas e de Privacidade para a FHCVP está disponível para revisão se eu solicitar uma cópia via telefone (305) 856-9830 ou 1 (888) 996-9847 e que as câmeras de segurança estão em uso, e a gravação em todas as unidades móveis em todos os momentos.

**Troca mutual de informação** - Assinando abaixo, autorizo a liberação mútua de informações entre as FHCVP, seus financiadores, minhas Escolas Públicas do Condado (CPS) e os provedores participantes de todos os relatórios médicos de optometria do meu filho/filha, para determinar os cuidados apropriados. Eu também autorizo meu CPS a liberar qualquer informação necessária que possa estar faltando ou não esteja clara para processar este aplicativo. Entendo que posso ser contactado pela FHCVP ou por seus financiadores para fornecer uma opinião anônima sobre os serviços recebidos, mas tenho o direito de me recusar a participar, caso seja contactado. Nós liberamos e isentamos o Conselho Escolar do Condado de toda e qualquer responsabilidade por qualquer dano ou reivindicação resultante da participação no FHCVP devido a acidente ou contratempo envolvendo a participação de meu filho/filha no programa.

**ASSINATURA LEGAL DO GUARDIÃO (para receber o exame)** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

**Autorização para usar os benefícios do plano de saúde** - Se o meu filho tiver um plano de saúde aceito e tiver a oportunidade de ser visto em uma unidade móvel (somente), autorizo o Programa de Visão Infantil da Heiken da Flórida a usar o seguro do meu filho para um seguro abrangente, exame oftalmológico e óculos, se prescritos (inclui armação selecionadas, lentes transparentes e sem acréscimos). Entendo que isso usará o benefício de visão do plano de saúde do meu filho.

**ASSINATURA (Autorização para usar os benefícios do seguro)** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

Pais: Candidate-se a este serviço é gratuito com um acesso mais rápido pelo seu celular ou/via email: [WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG](http://WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG). Se você não tiver acesso à Internet, preencha, assine e devolva-a à escola do seu filho. Para qualquer dúvida, ligue para 1-888-996-9847.

Agência escolar: Por favor, envie um fax com a folha Heiken para (305) 856-9840 ou 1 (888) 980-8474.

O Programa de Visão Infantil da Heiken da Flórida é uma organização que oferece igualdade de oportunidades e não discrimina candidatos qualificados com base em raça, cor, religião, ascendência, idade, sexo, estado civil, nacionalidade, deficiência ou status de veterano.