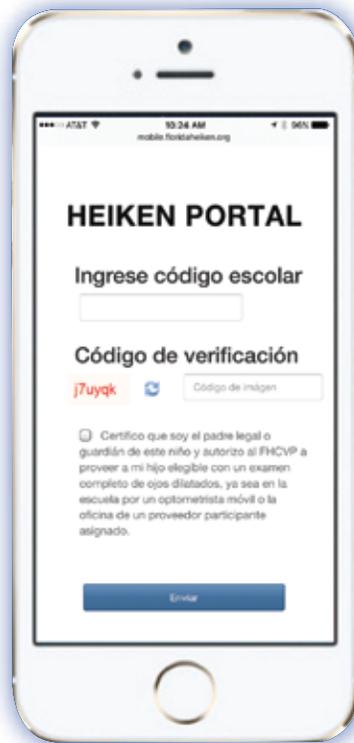


# Solicite un Examen de la Vista y Anteojos GRATUITOS EN NUESTRO NUEVO PORTAL HEIKEN: [WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG](http://WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG)

*Accesible por internet en cualquier teléfono inteligente / tableta / computadora  
Inglés / Español / Kreyòl*

## ¿Por qué Usar el Portal Heiken?

- Fácil de usar
- Más rápido con autorellenar
- Confidencial y seguro
- Más preciso
- Procesamiento más rápido



## Que Se Necesita Para Aplicar

- Indicado en el otro lado
- Código de la escuela
- Código de referencia
- Fecha de evaluación de visión fallada
- Número ID del estudiante

**Es tan Fácil como 1...2...3...**

- 1** Obtener información de la enfermera / consejera de la escuela
- 2** Visite [www.floridaheiken.org](http://www.floridaheiken.org)
- 3** Haga clic en Portal Heiken para aplicar

**Los Padres Se Pueden Aplicar para Cualquier Estudiante  
de Escuela Pública de la Florida PreK-12**

Portal Heiken fue posible gracias al generoso apoyo de



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



# 2017-2018 Programa Escolar de Exámenes de la Vista y Anteojos Gratuitos

Para un procesamiento más rápido y seguro, aplica en su teléfono o móvil en [WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG](http://WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG)

<b>HEIKEN PORTAL INFO (For School Personnel Use Only):</b> County: _____ School Code: _____ Vision Screening Fail Date (Mandatory): _____ Referring school or agency: _____ Referral Agency Code (if referral is not from school): _____	<b>For Heiken Use Only:</b> Scanned <input type="checkbox"/> Account #: _____ Eligibility Status: _____ Date Eligibility Verified: _____ Insurance: _____ Subscriber ID: _____
--	---

Sí  NO  Yo autorizo que mi hijo(a) sea fotografiado por FHCVP para propósitos de relaciones públicas, y renuncio a cualquier/todos presente / futuro derechos a reclamos a las fotos.

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Instructor(a) \_\_\_\_\_  
 Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_  Masculino /  Femenina  
 Fecha De Nacimiento del estudiante \_\_\_\_\_ Numero de Identificación del Estudiante: \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Teléfono del Padre \_\_\_\_\_  
 Nombre de Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_  
 Raza (marque uno): Afro-Americano Haitiano Hispano Nativo Americano Blanco (no-Hispano) Asiático Otro  
 Idioma Preferido (marque uno): Español Inglés Creole Portugues Otro \_\_\_\_\_  
 ¿Su hijo(a) usa espejuelos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Quebrados \_\_\_\_\_ Perdidos \_\_\_\_\_  
 ¿Su hijo(a) ha visitado a un oftalmólogo/optometrista en el último año? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Por favor escriba cualquier alergias que tenga su hijo(a): \_\_\_\_\_  
 Por favor escriba cualquier medicamento o gotas para los ojos que su hijo(a) utilice: \_\_\_\_\_  
 Su hijo(a) presenta algún tipo de cuidado, necesidades especiales o retrasos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Su hijo(a) requiere alguna asistencia auxiliar (intérprete, lengua de signos, visual, silla de ruedas, sistema Braille?) Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Si, por favor explique: \_\_\_\_\_

Su <b>hijo(a)</b> tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones: Sí NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugía en los ojos/ lesión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Terapia Visual / Parches en los ojos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Células Falciforme <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma	Algún <b>integrante de la familia</b> del menor ha tenido alguna de estas condiciones : Sí NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desviación de ojo/estrabismo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Degeneración Macular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presion arterial alta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Células Falciforme <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro
--	--



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

**El consentimiento para examen de los ojos** - Al firmar abajo, autorizo al FHCVP para ofrecer a mi niño(a) un examen ocular completo, incluyendo la dilatación, sea en la escuela por un optometrista en la unidad móvil o en la oficina de un proveedor asignado.

**Aviso de Prácticas de Privacidad** – Comprendo que el aviso de prácticas de privacidad para el FHCVP de Miami Lighthouse está disponible para su revisión. Si desea solicitar una copia por favor llame al teléfono 305-856-9830/1(888)996-9847, y que las cámaras de seguridad están en uso y en grabación en todas las unidades móviles en todo momento.

**Intercambio de Información** – Al firmar abajo, autorizo intercambio de información entre el FHCVP, sus fundadores, y mis Escuelas Públicas del Condado (EPC) de todos los informes médicos de optometría de mi hijo(a) a los proveedores de programas participantes para determinar el cuidado apropiado. También autorizo a la EPC de divulgar cualquier información requerida anteriormente que puede estar incompleta para procesar esta solicitud. Yo entiendo que podre ser contactad@ por FHCVP o sus fundadores para proveer una opinión anónima sobre los servicios recibidos, pero tengo el derecho a no participar si soy contactad@.

\* Yo / Nosotros liberáramos a la Junta Escolar del Condado de cualquier responsabilidad por cualquier daño o reclamación resultantes de la participación en el FHCVP debido a un accidente como resultado de la participación de mi hijo(a) / protegido en el programa.

**FIRMA DEL PADRE/TUTOR (Heiken consentimiento)** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Autorización para presentar reclamaciones de seguro**-Si el plan de seguro que mi hijo(a) o hija tiene es aceptado y mi hijo(a) tiene la oportunidad para un examen de visión realizado en la unidad móvil (solamente), autorizo el FHCVP a facturar el seguro de mi hijo(a) para un examen de visión comprensivo y dilatación y si están prescrito, anteojos (incluye monturas de anteojos seleccionados, lentes poli claras y no incluyendo modificaciones). Entiendo que utilizará el beneficio del seguro para la visión de mi hijo(a).

**FIRMA (Autorización para usar los beneficios del seguro)** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

El programa de Visión Infantil Heiken de la Florida 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 8.16.2017

Para aplicar a este servicio **GRATIS**, complete, firme y devuelva este formulario a la escuela de su hijo(a) o visite nuestro página web en [WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG](http://WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG). Para más información, llame al 1-888-996-9847.

**School/Agency: Please fax completed form with Heiken Fax Cover Sheet to (305)856-9840 / 1(888)980-8474**