

Solicite exámenes de la vista y espejuelos sin costo alguno en el PORTAL HEIKEN : WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG

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

¿Por qué Usar el Portal Heiken?

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



¿Quién Puede Aplicar?

- Estudiantes de la Florida
- Pre-K hasta el 12° grado
- Reaplicar cada año escolar
- **NO** se requiere revisión de la vista
- ¡LOS PADRES SOLICITAN AHORA!

Es tan fácil como 1...2...3

- 1** Visite www.floridaheiken.org
- 2** Haga clic en el folleto de Portal Heiken
- 3** Solicítelo en solo 3-5 minutos

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



2018-2019 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

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 <input type="checkbox"/> Account #: _____ Date Eligibility Status: _____ Entered: 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 / Feminina
 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 hijo(a) tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones:	Algún integrante de la familia del menor ha tenido alguna de estas condiciones :																																								
<table style="width: 100%;"> <tr> <th style="text-align: left;">Sí</th> <th style="text-align: left;">NO</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sí	NO	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%;"> <tr> <th style="text-align: left;">Sí</th> <th style="text-align: left;">NO</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sí	NO	<input type="checkbox"/>																																		
Sí	NO																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
Sí	NO																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								



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. 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