FLORIDA HEIKEN
Children's Vision Program, LLC
FOUNDED 1992
A DIVISION OF MIAMI LIGHTHOUSE FOR THE BLIND AND VISUALLY IMPAIRED, INC

For School Personnel Use Only: Solo para uso del centro escolar:
County: _____ **Estado:**_____
Mandatory Two Vision Screening Fail Dates: Fail Date #1_____ Fail Date #2_____
Fechas del control visual: Primer Control: **Segundo Control:**
(Fail Dates Must Be Within Same School Year) **(Las fechas de los fallos deben ocurrir en el periodo del año escolar)**
Signature:_____ **Firma:** Date:_____ **Fecha:**___

Escuela_____Grado_____Profesor_____

Nombre de el estudiante_____M / F Fecha De Nacimiento de el estudiante. _____

Dirección _____Ciudad _____Código Postal _____

Teléfono Casa _____Teléfono De los Padres_____
Nombre del Padre/Tutor_____

Raza (marque uno): Afro-Americano - Asiático - Hispano - Nativo Americano – Blanco (No-Hispano) - Otro

Su hijo está en el programa de almuerzo gratis o con tarifa de descuento? Si_____ No_____
Su hijo usa espejuelos? Si _____No _____Quebrados _____Perdidos _____
Su hijo ha visitado a un oftalmólogo/optometrista en el último año? 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 algún tipo de cuidado, necesidades especiales o retrasos? si _____no _____
Su hijo tiene algún tipo de impedimento que requiere la ayuda de un intérprete, lengua de signos/ señas, visual, o el sistema Braille)?
Si_____No_____
Si, por favor explique_____

Su **HIJO(a)** tiene o ha tenido alguna de las siguientes Condiciones:

SI	NO	
☐	☐	Cirugía en los ojos/ lesión
☐	☐	Desviación de un ojo/estrabismo/ojo vago
☐	☐	Terapia Visual/ Parches en los ojos
☐	☐	Glaucoma
☐	☐	Diabetis
☐	☐	Celulas Falciformes
☐	☐	Asma
☐	☐	Dolores de cabeza
☐	☐	Otro

Algún **integrante de la familia** del menor ha tenido alguna de estas condiciones:

☐	Desviación de un ojo/estrabismo/ojo
☐	Ceguera
☐	Degeneracion Macular
☐	Glaucoma
☐	Presion arterial alta
☐	Diabetis
☐	Celulas Falciformes
☐	Otro

Por favor, explicar sobre las repuestas "Si":_____

El consentimiento para examen de los ojos –Yo autorizo a mi hijo a tener un examen completo de los ojos incluyendo la dilatación
Aviso de Prácticas de Privacidad – Comprendo que el aviso de prácticas de privacidad para el programa de Visión Infantil Heiken de Miami Lighthouse están disponibles para su revisión. Si desea solicitar una copia por favor llame al telefono305-856-9830/1(888)996-9847. **Mutual exchange of information** – Yo autorizo la liberación reciproca de información entre El programa de Visión Infantil Heiken de Miami Lighthouse y las escuelas públicas de su condado para poder liberar o compartir uno o todos los informes médicos optométricos y oftalmológicos 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 información necesaria para presentar un reclamo de pago a la compañía
* Yo / Nosotros liberáramos 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 Visión 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 2/27/2012