

Numero de Estudiante #

Escuela _____ Grado _____ Profesor _____
Nombre del estudiante _____ M/F Fecha de Nacimiento del Estud. _____
Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Teléfono casa _____ Teléfono de los Padres _____
Nombre del Padre/Tutor _____
Raza (marque una): African American Asian Hispanic Native American White (non-Hispanic) otro

¿Su hijo usa espejuelos? Si _____ No _____ Quebrados _____ Perdidos _____

¿Su hijo a 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 medicamento o gotas para los ojos que su hijo utilice: _____

¿Su hijo presenta algún tipo de cuidado o necesidades especiales/o retrasos? Si _____ No _____

¿Su hijo tiene o ha tenido alguna de las siguientes:

¿Algún integrante de la familia del menor a tenido alguna de estas:

- | SI | NO | | SI | NO | |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugía al ojo / lesión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desviación de un ojo/estrabismo/ ojo vago |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desviación de un ojo/estrabismo/ ojo vago | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ceguera |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vision therapy / Eye patching | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Degeneración de la Macula |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Células falciformes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Células falciformes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Other | | | |

Por favor, explicar sobre las respuestas "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 la El Programa de Visión Infantil Heiken de Miami Lighthouse están disponibles para su revisión. Si desea solicitar una copia por favor llame al teléfono 305-856-9830.

El Intercambio Mutuo de Información Yo autorizo la liberación recíproca de información entre El Programa de Visión Infantil Heiken de Miami Lighthouse y las Escuelas Públicas de Miami para poner liberar o compartir uno o todos los informes médicos optométricos y oftalmológicos de mi hijo para programas proveedores participantes.

Reclamos al seguro: Si su hijo tiene cobertura bajo un plan de seguro medico; le proveeremos con una lista de Optometristas participantes de su hijo/hija plan medico; o Miami Lighthouse se reserva el derecho de obtener la información necesaria para presentar un reclamo de pago a la compañía aseguradora.

Firma del Padre _____ Fecha _____