



Grados K-8 * ¡SOLAMENTE! EXAMEN DE VISTA y GAFAS para su hijo SIN COSTO

www.kidsvisionforlifestlouis.com

Si su hijo no pasa su prueba de la vista, calificará para recibir un examen ocular por un optometrista y un par de gafas de Kids Vision for Life St. Louis SIN COSTO.

Si es necesario, quiero que mi hijo reciba un examen de la vista y gafas sin costo.

Por la presente autorizo a Crown Vision Centers y a su personal autorizado de Optometría a realizar un examen completo de la vista de mi hijo y, si es necesario, prescribir y dispensar un par de gafas.

Por la presente autorizo la divulgación **COMPLETA** de los resultados del examen de la vista de mi hijo, proporcionado por Crown Vision Center y / o sus socios. Esta información puede ser compartida solo con las siguientes personas:

Yo mismo, la enfermera de la escuela de mi hijo, Crown Vision Center, Essilor Vision Foundation, American Optometric Association y el estado de Missouri.

Entiendo que puedo, en cualquier momento, eliminar esta autorización por escrito, sin embargo, al hacerlo, entiendo que esto eliminará todos los servicios prestados por Crown Vision Center y sus socios. Entiendo que si se realiza una divulgación no autorizada, puedo presentar una queja formal ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Al firmar este formulario y dar permiso para examinar a su hijo y posiblemente proporcionar gafas; También está dando permiso para verificar la elegibilidad de Medicaid y, si corresponde, solo facturar a Medicaid.

El nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento: _____

Proveedor de seguros y número de identificación _____ Género: M F

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha: _____

Nombre impreso del padre / tutor _____

Acepto permitir que mi hijo sea fotografiado o filmado únicamente para la promoción de Kids Vision for Life St. Louis _____ (Iniciales)

IMPORTANTE: el examen gratuito de la vista y los lentes gratis SOLO son válidos en el momento de la visita de Kids Vision for Life a su escuela. Esta hoja NO se puede presentar en ninguna ubicación de Crown Vision Center para servicios o materiales.

Historial de salud del paciente

Marque con un círculo todos los que correspondan:

Detalles:

¿Su hijo recibió un examen de la vista en la escuela el año pasado? Sí No _____

¿Su hijo usa gafas? Sí No _____

¿Hay algún problema con su visión? Sí No _____

¿Alguna vez su hijo se ha lastimado los ojos? Sí No _____

¿Su hijo sufre de alguna condición médica? Sí No _____

¿Alguno de los miembros de su familia sufre de alguna condición médica? Sí No _____

¿Su hijo actualmente toma algún medicamento? Sí No _____

¿Su hijo es alérgico a algo? Sí No _____

Socios Comunitarios

