



Programa Escolar de Exámenes de la Vista y Anteojos Gratuitos

Estimado Padre/Tutor:

Florida Heiken Children's Vision Program de Miami Lighthouse está ofreciendo exámenes completos de vista y anteojos en los condados de la Florida para los estudiantes de escuelas públicas que cumple los requisitos para participar. Este programa está disponible sin costo alguno para usted o la escuela de su hijo(a).

Si su hijo(a) califica para participar, le enviaremos un formulario a través de la escuela de su hijo(a) con el nombre, dirección y teléfono de un médico participante, para que usted pueda llamar y hacer una cita. El médico también recibirá la misma información de su hijo(a) para sus archivos. Cuando tengan 15 o más estudiantes elegibles en una escuela, enviaremos nuestra unidad móvil a la escuela de su hijo(a) para hacer los exámenes de la vista.

El examen es administrado por un optometrista e incluye un examen completo para revisar la visión de su hijo(a) y determinar la salud ocular. Para realizar el examen, se utilizan gotas para dilatar las pupilas. Esto permite al médico realizar un examen más preciso y poder con exactitud prescribir espejuelos. Las gotas son seguras de usar, y las reacciones adversas son muy raras. Sensibilidad a la luz y visión de cerca borrosa son normales por un máximo de 4-6 horas después del examen.

Para que su hijo(a) participe en este programa GRATUITO, por favor llene el formulario adjunto, firme en la parte inferior y regrese el formulario a la enfermera escolar o un consejero.

El Programa Heiken ahora tiene credenciales para aceptar algunos de los planes de seguro de salud manejado por el Medicaid en las visitas móviles solamente. Si su hijo(a) no califica para el Programa Gratuito de Heiken, y le gustaría que los beneficios del seguro de su hijo(a) sea utilizado para pagar el examen y espejuelos, debe firmar AMBOS, el Heiken consentimiento y la próxima sección autorizando el uso del beneficios del seguro. Si tiene preguntas sobre los planes que aceptamos o beneficios proporcionados, por favor de comunicarse con la oficina de Heiken para más información.

Recuerde: el 85% de lo que el niño percibe, comprende, y recuerda depende del sistema visual. Es imperativo que todos los niños tengan el don de una buena visión para asegurar el éxito en la escuela y en su futuro. El año pasado, alrededor del 80% de los niños(as) que se examinaron necesitaban espejuelos. ¡Su hijo(a) puede necesitar espejuelos!

Si usted tiene alguna pregunta por favor comuníquese con el consejero escolar de su hijo(a) o a la oficina principal de Heiken al (305)856-9830 o 1-888-996-9847.



601 Southwest 8th Avenue, Miami, FL 33130
Phone: (305)856-9830 / 1(888)996-9847
Fax: (305)856-9840 / 1(888)980-8474
www.miamilighthouse.org/floridaheikenprogram.asp



2016-2017 Programa Escolar de Exámenes de la Vista y Anteojos Gratuitos

<u>For School Personnel Use Only:</u> County: _____ Referring school/agency: _____ Vision Screening Fail Date (Mandatory): _____ Signature: _____ Date: _____	<u>For Heiken Use Only:</u> Scanned <input type="checkbox"/> Account #: _____ Eligibility Status: _____ Eligibility Date: _____ Insurance: _____ Subscriber ID: _____
--	--

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

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 Casa/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 :

SÍ NO

- Cirugía en los ojos/ lesión
- Terapia Visual / Parches en los ojos
- Dolores de cabeza
- Glaucoma
- Diabetes
- Células Falciforme
- Asma

SÍ NO

- Desviación de ojo/estrabismo
- Ceguera
- Degeneración Macular
- Glaucoma
- Presion arterial alta
- Células Falciforme
- Otro



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

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 utilizaré 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.

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