

# 2021-2022 Programa gratuito para exames de visão e óculos nas escolas

PARA PROCESSAMENTO RÁPIDO DE 6-9 SEMANAS, APLICAR NA PÁGINA WEB: [WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG](http://WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG)

<b>HEIKEN PORTAL INFO (For School/Screening Personnel Use Only):</b> County: _____ Teacher _____ Referring school or agency: _____ Private must list scholarship: _____ Vision Screening: PASS / REFER screening date: _____	<b>For Heiken Use Only:</b> Acct #: _____ Status: _____ Auth. Date: _____ Ins: _____	Date Entered: _____
--	--	---------------------

Escola \_\_\_\_\_ Serie \_\_\_\_ identificação do aluno \_\_\_\_\_ Masculino / Feminino  
 Nome do aluno \_\_\_\_\_ Data de nascimento do aluno (MM/DD/AA) \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ Apartamento \_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Número do celular \_\_\_\_\_ Número de dia: \_\_\_\_\_  
 Nome dos Pais / Responsável \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
 # de pessoas em casa \_\_\_\_\_ Rendimento Anual \$ \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ .00

**Etnicidade:** Afro-Americano  Asiático  Hispânico  Nativo-Americano  Branco (não Hispânico)  Haitiano  Outro

**Idioma:** Inglês  Espanhol  Creole  Português  Outros  \_\_\_\_\_

Seu **filho** teve/tem algum dos seguintes:  
 SIM NÃO

- Exames de visão no ano passado?
- Usa óculos
- Cirurgia Ocular / Lesão
- Terapia da visão
- Dores de cabeça
- Glaucoma
- Diabetes
- Célula cancerosa
- Asma
- Qualquer medicação: \_\_\_\_\_
- Alergias: \_\_\_\_\_
- Necessidade especial/atraso no desenvolvimento ou crescimento? \_\_\_\_\_
- O seu filho precisa de ajuda auxiliar (como intérprete, cadeira de rodas)



A **família** do seu filho teve algumas das seguintes:  
 SIM NÃO

- Olho virado ou estrabismo
- Cegueira
- Degeneração macular
- Glaucoma
- Pressão alta
- Outros problemas

**COVID-19 – Algum membro da família nas últimas duas semanas apresentou:**

- Febre, tosse, dores de garganta
- Perda de olfato/paladar
- Exposição a alguém com COVID
- Viajou fora dos EUA
- Aluno está aprendendo virtualmente

Por favor, explique todas as respostas se forem “SIM” acima citadas: \_\_\_\_\_

**Consentimento para exame de visão** - Assinando abaixo, eu atesto que sou o pai ou responsável legal dessa criança, e autorizo a Florida Heiken Children’s Vision Program (FHCVP) a fornecer à minha criança qualificada um exame de visão completo e o dilatamento dos olhos, seja no local da escola, por um Optometrista móvel ou ir ao consultório de um optometrista qualificado pelo FHCVP.

**Aviso de práticas de privacidade** – Assinando abaixo, entendo que a Notificação de Práticas e de Privacidade para a FHCVP está disponível para revisão se eu solicitar uma cópia via telefone (305) 856-9830 ou 1 (888) 996-9847 e que as câmeras de segurança estão em uso, e a gravação em todas as unidades móveis em todos os momentos.

**Troca mútua de informação** – Assinando abaixo, autorizo a liberação mútua de informações entre as FHCVP, seus financiadores, incluindo o Departamento de Saúde para Propósitos de Auditoria da Flórida, minhas Escolas Públicas do Condado (CPS) e os provedores participantes de todos os relatórios médicos de optometria do meu filho/filha, para determinar os cuidados apropriados. Eu também autorizo meu CPS a liberar qualquer informação necessária que possa estar faltando ou não esteja clara para processar este aplicativo. Entendo que posso ser contactado pela FHCVP ou por seus financiadores para fornecer uma opinião anônima sobre os serviços recebidos, mas tenho o direito de me recusar a participar, caso seja contactado. Nós liberamos e isentamos o Conselho Escolar do Condado de toda e qualquer responsabilidade por qualquer dano ou reivindicação resultante da participação no FHCVP devido a acidente ou contratempo envolvendo a participação de meu filho/filha no programa.

\*Eu/Nós reconhecemos que infecção por COVID-19 pode levar a doença, incapacidade ou até morte e, por reconhecermos esse risco, libertamos e não responsabilizamos o County School Board e FHCVP, ou qualquer um dos seus doutores e funcionários de qualquer responsabilidade e culpa por qualquer ferimento ou acusação de qualquer pessoa que entre em contato com o meu filho/a, seja responsável pelo contágio de COVID-19, caso o meu filho/a se torne caso positivo e diagnosticado com o vírus COVID-19 ou por acidente envolvendo a participação do meu filho/a no FHCVP.

**SIM**  **NÃO**  Concordo em permitir que o meu filho / filha seja fotografado pelo programa FHCVO para fins de relações públicas com suas fotos.

**SIM**  **NÃO**  **Mensagens de texto:** Concordo em receber mensagens de texto e email enviados por sistema automático. Taxa no envio destas mensagens pode variar.

**ASSINATURA LEGAL DO GUARDIÃO (Obrigatório)** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

**Autorização para usar os benefícios do plano de saúde** - Se o meu filho tiver um plano de saúde aceito a oportunidade de ser visto em uma unidade móvel (somente), autorizo o Programa de Visão Infantil da Heiken da Flórida a usar o seguro do meu filho para um seguro abrangente, exame de visão e óculos, se prescritos (inclui armação selecionadas, lentes transparentes e sem acréscimos). Entendo que isso usará o benefício de visão do plano de saúde do meu filho.

**ASSINATURA (Autorização para usar os benefícios do seguro)** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

Para qualquer dúvida, ligue para 1-888-996-9847.

**Agência escolar: Por favor, envie um fax com a folha Heiken para (305) 856-9840 ou 1 (888) 980-8474.**

Programa de Visão Infantil da Heiken da Flórida é uma organização que oferece igualdade de oportunidades e não discrimina candidatos qualificados com base em raça, cor, religião, ascendência, idade, sexo, estado civil, nacionalidade, deficiência ou status de veterano.

Obrigações do participante da atividade de renúncia, liberação e isenção de responsabilidade  
COVID-19 e Atividades extracurriculares terceirizadas voluntárias do verão de 2020 e ano  
escolar de 2021-2022

**Atividade Extracurricular:** Florida Heiken Children's Vision Program

**Nome do Pai/Responsável:** \_\_\_\_\_

**Nome da Criança Participante:** \_\_\_\_\_

Eu desejo participar ou permito que meu(s) filho(s) (Participante de atividade) participe(m) de uma ou mais atividades extracurriculares voluntárias realizadas no campus do conselho escolar do condado de Miami-Dade na Flórida ("Conselho Escolar"). Eu Reconheço que o novo coronavírus conhecido como COVID-19 foi declarado como uma pandemia mundial e acredita-se ser contagioso e espalha-se pelo contato de pessoa a pessoa, incluindo em Condado de Miami-Dade. Além disso, eu reconheço que as agências federal, estadual e local recomendam o distanciamento social e outras medidas para prevenir a disseminação do COVID-19.

O conselho escolar terá organizações terceirizadas ("organizações") incluindo certas atividades extracurriculares, acampamentos de verão, em seu campus começando no verão de 2020 e continuando no ano letivo de 2020-21. Eu entendo que se eu ou meus filhos decidirmos participar das atividades desta organização (doravante atividade), a atividade será controlada organizada, com pessoal e seguro independente do conselho escolar e será conduzida com os protocolos de segurança considerados apropriados desta organização dentro das circunstâncias no momento, que podem estar sujeitas a alterações. Eu entendo que o conselho escolar não será responsável por implementar, supervisionar ou informar os participante da atividade dos protocolos de segurança desta organização, e é exclusivamente minha responsabilidade, bem como os participantes da atividade, para cumprir todos os protocolos de segurança federal, estadual e local, bem como aqueles que a organização fornece.

Em um esforço para garantir a segurança e o bem-estar de nossa comunidade escolar, eu entendo a importância do participante da atividade, incluindo meu(s) filho(s) estar(em) saudáveis e seguros quando participam da atividade. Assinando abaixo, eu concordo que irei:

- Realizar verificações diárias de temperatura no(s) meu(s) filho(s) para detectar febre antes da chegada da atividade. A febre é definida como a temperatura acima de 100.4 F ou 38.0 C. Se meu(s) filho(s) estiver(em) com febre, eu não vou permitir que meu(s) filho(s) participe(m) da atividade até que ele/ela tenha ficado sem febre por pelo menos 72 horas.
- Fazer uma inspeção visual em meu(s) filho(s) para ver se há sinais de doença que podem incluir: febre ou calafrios, tosse, falta de ar ou dificuldade para respirar, fadiga, dores no corpo ou musculares, dor de cabeça, nova perda de olfato ou paladar, dor de garganta, congestão ou nariz escorrendo, náusea ou vômito, diarreia, bochechas coradas, respiração rápida ou dificuldade em respirar (sem atividade física recente), fadiga ou extrema agitação. Se meu(s) filho(s) exibir(em) qualquer um destes sinais ou sintomas, eu não permitirei que meu(s) filho(s) participe(m) da atividade até que ele esteja sem sinais ou sintomas por pelo menos 72 horas.
- Confirmar que meu(s) filho(s) antes e durante a participação nesta atividade não testaram positivo para COVID-19 nos últimos 14 dias, não estão esperando resultados de teste baseado em um diagnóstico ou caso suspeito de COVID-19, e que não retornou dentro de 14 dias de uma área sujeita ao aviso de saúde de viagens de nível 3 do CDC.
- Confirmar que meu(s) filho(s) antes e enquanto participa(m) da atividade não entraram em contato com alguém que tenha testado positivo para COVID-19 nos últimos 14 dias, está esperando os resultados do teste baseado em um diagnóstico ou caso suspeito de COVID-19, ou tenha retornado de uma área altamente impactada sujeito a um aviso de saúde para viagens de nível 3 do CDC. Se meu(s) filho(s) estiver(am) em contato com essa pessoa, inclusive da mesma casa, não permitirei que meu(s) filho(s) participe(m) da atividade até 14 dias decorrido desde a hora do contato.
- Pegar meu(s) filho(s) imediatamente ou providenciar para que o(s) pegue(m), se houver sinais ou sintomas de doença presentes. Eu entendo que as crianças devem permanecer em casa até que estejam livres de doenças por pelo menos 72 horas sem o uso de Medicamentos.

Assinando este documento, eu reconheço e afirmo todas as declarações acima. Eu também entendo que eu ou meu(s) filho(s) podemos inevitavelmente ser expostos ou infectados pelo COVID-19 como resultado da participação na atividade, e que tal exposição ou infecção pode resultar de ações, omissões ou negligência minha, de meus filhos, dessas organizações, funcionários do conselho escolar, voluntários, ou agentes, outros participantes das atividades ou outros não listados, e eu reconheço que todos esses riscos são conhecidos por mim.

**Em consideração ao fato de mim e/ou meu(s) filho(s) podermos participar da atividade, eu, em meu nome e de meus filhos, bem como qualquer pessoa com o direito de agir em meu nome, por meio deste, consciente e voluntariamente, para sempre renuncia, libera e isenta o conselho escolar e seus funcionários e agentes de toda e qualquer reclamação, processos, responsabilidades, ações, julgamentos, honorários advocatícios, custos, e quaisquer despesas de qualquer tipo resultantes de lesões ou danos, com base em ato ilícito ou de outra forma, que eu ou meu(s) filho(s), ou meus ou nossos representantes, sustentamos durante ou relacionado à participação ou envolvimento dos meu(s) filho(s) nas atividades.**

Se esta renúncia, liberação e isenção de responsabilidade ou qualquer parte dela for determinada como inválida ou inexecutável por qualquer motivo, as disposições restantes desta renúncia liberação e isenção, bem como qualquer outro acordo (s) em relação à participação minha ou de meu(s) filho(s) nesta atividade, não deve ser afetados e permanecem em pleno vigor e efeito.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pai/responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da atividade

\_\_\_\_\_  
Nome impresso do pai/responsável

\_\_\_\_\_  
Nome impresso do Participante da Atividade

\_\_\_\_\_  
Data da assinatura

\_\_\_\_\_  
Data da assinatura

# EXAMES OFTALMOLÓGICOS E ÓCULOS GRATIS PARA CRIANÇAS

Acessível em qualquer smartphone / tablet / computador habilitado para internet  
Inglês / Espanhol / Kreole / Português

**PAIS APLIQUEM AGORA!**

**[www.floridaheiken.org](http://www.floridaheiken.org)**



- Estudantes da Florida
  - Do pré-k ao 12°
  - Reaplicar todo ano letivo

**USE O PORTAL HEIKEN**

- Confidencial
- Seguro



Toda informação do aluno é mantido confidencial e não compartilhado com nenhuma outra entidade.

Parcialmente fundado por:

