



Grados K-12*! EXAMEN DE VISTA y GAFAS para su hijo SIN COSTO para usted.

www.kidsvisionforlifestlouis.com

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

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

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento: _____

Numero de Medicaid: _____ Género: M F

Nombre de la escuela: _____

He revisado una copia del "Formulario de divulgación de medios de Kids Vision for Life St. Louis (Menores)" (consulte el reverso del formulario) relacionado con la creación y distribución de medios de Kids Vision for Life St. Louis con respecto al programa Kids Vision for Life St Louis (KVFL).

Si doy mi consentimiento para que KVFL produzca y distribuya medios de mi hijo únicamente para la promoción de KVFL.

No doy mi consentimiento para que KVFL produzca y distribuya medios de mi hijo únicamente para la promoción de KVFL.

FIRMA del Padre/Custodio _____ **Fecha** _____

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.

Nombre impreso del padre/custodio _____

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

Historial de Salud del Paciente

Por favor circule lo que aplique:

	Si	No	Detalles:
¿Usa su hijo anteojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Recibió su hijo un examen de la vista el año pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Alguna vez su hijo se lastimo los ojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Algun miembro de su familia sufre de alguna condición médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Su hijo sufre de alguna condición médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Por favor enumere los medicamentos actuales o las alergias conocidas: _____

Por la presente autorizo a Kids Vision for Life y a su personal autorizado de Optometría a realizar un examen completo de la vista de mi hijo y, si es necesario, a recetar y dispensar anteojos de anteojos. Por la presente autorizo la divulgación COMPLETA de los resultados del examen de la vista de mi hijo, proporcionado por Kids Vision for Life y / o sus socios. Esta información solo se puede compartir con las siguientes personas: yo, la enfermera escolar de mi hijo, el Crown Vision Center, la Essilor Vision Foundation, la 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 cualquier servicio provisto por Kids Vision for Life y sus socios. Entiendo que si se realiza una identificación no autorizada, puedo presentar una queja formal ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

COMMUNITY PARTNERS:





Kids Vision for Life Formulario de consentimiento para uso en los medios de prensa de St. Louis (menores)

Kids Vision for Life St. Louis proporciona este formulario de lanzamiento de medios en relación con sus esfuerzos para promover sus programas para ayudar a asegurar fondos y recursos adicionales.

Yo, como padre o tutor, otorgo a Kids Vision for Life St. Louis el derecho de tomar y usar fotografías, grabaciones de audio y videos de mi hijo menor (menor de 18 años) en relación con las experiencias del niño con Kids Vision for Life St. Louis.

Autorizo a Kids Vision for Life St. Louis, sus cesionarios, y todas las personas que actúan bajo su permiso o autoridad, a los derechos de autor, uso y publicación de la misma en forma impresa y / o electrónica.

Acepto que Kids Vision for Life St. Louis pueda usar tales fotografías, grabaciones de audio o videos para cualquier propósito legal, incluidos, entre otros, materiales de marketing, boletines, sitios web, redes sociales (incluidos Facebook, Twitter, Pinterest, YouTube), y / o cualquier otro anuncio o promoción que ARCHS pueda decidir desarrollar, ahora o en el futuro.

Por la presente libero y descargo lo anterior, sus cesionarios y transferidos, y todas las personas que actúan bajo su permiso o autoridad, de y contra cualquier responsabilidad que pueda ocurrir en la toma de fotografías, grabaciones de audio y videos, o reproducciones de los productos completos.

Certifico que soy el padre / tutor legal del niño mencionado a continuación, he leído el comunicado anterior y entiendo completamente su contenido.

Por favor consulte el frente de este formulario para dar su consentimiento.