

2020-2021 Programa Escolar de Exámenes de la Vista y Anteojos Gratuitos

Para 6-9 semana procesamiento más rápido y seguro, aplica en su móvil en WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG

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

Escuela _____ Grado _____ Numero de Identificación: _____ Masculino /Feminina
 Nombre del Estudiante _____ Fecha De Nacimiento del estudiante (MM/DD/YY) _____
 Dirección _____ Apto _____ Ciudad _____ Código Postal _____
 Teléfono Celular _____ Teléfono del Padre _____
 Nombre de Padre/Tutor _____ Correo Electronico _____
 # Personas en casa _____ Ingresos anuales \$ _____, _____ **.00 Por Año**

Raza: Afro-Americano Haitiano Hispano Nativo Americano Blanco (no-Hispano) Asiático Otro

Idioma Preferido: Español Inglés Creole Portugues Otro _____

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

- Examine de la vista en el último año
- Usa espejuelos
- Cirugía en los ojos/ lesión
- Terapia Visual/Parches en los ojos
- Dolores de cabeza
- Glaucoma
- Diabetes
- Células Falciforme
- Asma
- Alergias _____
- Medicamento o eye drops _____
- Ecesidades especiales o retrasos? _____
- Requiere alguna asistencia auxillar (intérprete, lengua de signos, visual, silla de ruedas, sistema Braille) _____

SÍ NO

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



COVID-19—miembro de fam. dentro de 2 sem.

- Fiebre, Tos, Dolor de garganta
- Pérdida de olfato / sabor.
- Contacto con cualquiera diagnosticado con COVID-19
- Viajó fuera de los EEUU

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

El consentimiento para examen de los ojos - Al firmar abajo, autorizo al Florida Heiken Children's Vision Program (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 contactada por FHCVP o sus fundadores para proveer una opinión anónima sobre los servicios recibidos, pero tengo el derecho a no participar si soy contactada.

* 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.

* Yo / Nosotros entendemos que la infección de COVID-19 puede conducir a una enfermedad, discapacidad o incluso la muerte, y a sabiendas corremos el riesgo y liberamos y exoneramos de responsabilidad a la Escuelas Públicas del Condado y al FHCVP o cualquiera de sus médicos o personal cualquier lesión o reclamo si mi hijo, o alguien con quien entra en contacto, se vuelve positivo o presuntamente positivo diagnosticado con el virus COVID-19 o debido a un accidente o percance que involucra la participación de mi hijo / pupilo como resultado de la participación en el FHCVP.

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.

Sí **No** Mensajes de texto: Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto y correo electrónico con respecto a la participación en el programa. Se pueden aplicar tarifas por mensajes y datos.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR (Required) _____ **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 utilizará 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. Revised 2.25.2019

Para más información, llame al 1-888-996-9847.

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