



MOBILE VISION SERVICES CONSENT AND RELEASE FORM

Estimado Padre/ Madre/ Tutor,

Vision To Learn es una organización sin fines de lucro que ofrece exámenes oculares y anteojos a los niños sin costo alguno. Vision To Learn traerá su clínica móvil de cuidado de visión a la escuela de su hijo/a para proporcionar exámenes oculares y anteojos a los niños que los necesiten. Si desea dar a su hijo/a permiso para participar en el programa Vision To Learn, por favor complete y firme este formulario. Devuelva el formulario completo al coordinador del escuela.

Vision To Learn sigue las regulaciones de los CDC [*Centro de Control de enfermedades*] estatales y federales, incluyendo los exámenes de salud diarios del personal, el uso de equipo de protección personal para el personal y los estudiantes, y la desinfección completa entre pacientes. Vision To Learn se compromete a seguir las mejores prácticas para priorizar la seguridad de nuestros estudiantes.

Uso de los beneficios de Medicaid

Recibir los servicios de la visión proporcionados por este programa constituirá en un examen completo de la vista y, si es necesario, lentes y la dispensación de lentes que puede ser facturada a los beneficios Medicaid de su hijo, si corresponde. Por favor considere que se proporcionará un examen de la vista y lentes sin costo incluso si no se pueden facturar a su seguro. Puede recibir un aviso llamado Explicación de beneficios (EOB) de su compañía de seguros con información con respecto a los servicios facturados y los pagos que han sido aprobados, pero no recibirá ninguna

factura por los servicios o los lentes. **No hay ningún costo para usted para que su hijo/a participe.**

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA:

OBLIGATORIO:

Nombre del/ de la niño/a:			Apellido del/ de la niño/a:		
Fecha de nacimiento:	Mes	Día	Año	Sexo del/ de la niño/a (Por favor marque uno):	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> NO BINARIO
Nombre del Padre/ Madre/ Tutor:			Apellido del Padre/ Madre/ Tutor:		

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Calle:	Casa/Apartamento:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de teléfono:	Número de teléfono de emergencia:	Correo electrónico:		

OPCIONAL:

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO:

El niño tiene Medicaid
 El niño tiene un seguro privado
 El niño no tiene seguro de salud

Proveedor:	Número de Identificación:

Al firmar este formulario, reconozco que tengo derecho a rechazar cualquier servicio prestado por Vision To Learn, pero elijo voluntariamente que mi hijo/a reciba los servicios de visión. Vision To Learn proporciona un examen. Vision To Learn puede proveer anteojos a los estudiantes que los necesitan, pero no se usa gotas para los ojos y dilatación. Entiendo que los servicios prestados por la clínica móvil de Vision To Learn pueden ser facturado a los beneficios Medicaid de mi hijo/a, a menos que mi hijo/a sea referido para cuidados de seguimiento. MI firma muestra que he leído y comprendido este Consentimiento y Exención de Responsabilidad voluntario y que estoy de acuerdo con sus disposiciones.

Firma del Padre/ Madre/ Tutor: _____ Fecha: _____