



Association for the Blind &
Visually Impaired Charleston

Estimados padres / tutores:

La Asociación de Ciegos y Discapacitados Visuales - Charleston está promoviendo la salud ocular y el cuidado adecuado de los ojos en las escuelas locales. Si usted ha firmado el permiso, vamos a examinar la vista de su hijo/-a con nuestra máquina Plusoptix. Si su niño/-a es referido por el agente de control, o si la prueba no es concluyente, volveremos a la escuela para hacer un 2o examen de la vista gratis. Tras el examen, si sean necesario lentes correctivos, su hijo es elegible para recibir los lentes sin costo alguno. El exámen se llevará a cabo durante el horario escolar .Él / ella recibirá los lentes dentro de tres semanas de la prueba.

**NECESITA HACER FIRMAR Y DEVOLVER EL FORMULARIO DE
CONSENTIMIENTO ADJUNTO.**

¡Esta es una gran oportunidad de conseguir un exámen ocular profesional y lentes para sus hijos!

Por favor rellene el siguiente formulario médico y firma el permiso. Sin el formulario, no podemos ofrecerles este servicio.

Atentamente,

**La Asociación de Ciegos y Discapacitados Visuales -
Charleston**

843.723.6915

Formulario de Historia Médica

[Por favor escriba claramente]

Información del Estudiante

Nombre	
¿Varón o hembra?	
Fecha de nacimiento	
Raza	
Celular	
Nombre y apellido de padre / madre / tutor	
Padre / Guardián s Teléfono de trabajo	
Dirección	

Información médica

Oculista del estudiante (si tiene):		Fecha de la última visita:	
Médico del Estudiante:		Teléfono del médico #	
¿Es su hijo alérgico a (marque con un círculo): Latex Otros:			
Por favor escriba todos los medicamentos que toma su hijo y por qué:			

¿Su hijo tiene alguno de los siguientes?

	Si	No		Sí	No
Presión arterial anormal			Antecedentes familiares de problemas de la retina		
Alergias			Antecedentes familiares de glaucoma		
Asma?			Antecedentes familiares de cataratas		
Diabetes			Antecedentes familiares de estrabismo		
Enfermedades de los Ojos			Antecedentes familiares de gran receta para los anteojos		
Condición del corazón					

¿Su hijo tiene alguna enfermedad, condición o problema no mencionado anteriormente? * En caso afirmativo, indique:

--

El número de Medicaid del niño: <i>Asegúrese de completar todos los 10 números</i>										
Nombre completo del niño en										

la tarjeta:	
-------------	--

Autorización para hacer un exámen de la vista en el colegio

Niño: _____
(Letra de imprenta)

Padre / tutor: _____
(Letra de imprenta)

Yo, el padre/tutor legal del niño mencionado, entiendo que la Asociación de Ciegos y Discapacitados Visuales - Charleston, en conjunto con la Universidad de Medicina de Carolina del Sur (MUSC), el Instituto Storm (Storm Eye Institute) y otros, han desarrollado un programa con el objetivo de ayudar a las familias con niños que necesitan lentes.

Doy permiso a que un optometrista u oftalmólogo con licencia, le hace un exámen a los ojos de mi hijo para determinar si tiene algun problema con el funcionamiento de los ojos. Van a utilizar la máquina "PlusOptix" durante las horas escolares del año 2013-2014. Si mi hijo no pase este exámen preliminar, autorizo al optometrista u oftalmólogo que le hace otro exámen de los ojos usando el procedimiento oftalmológico estándar, que incluirá el uso de gotas de dilatación. Entiendo que no me van a cobrar el exámen preliminar ni los exámenes más detallados realizados en la escuela. En ciertos casos, los professionals van a recomendar en forma de carta a los padres, que hagan cita con un oftalmóloga pediátrica. Entiendo que este exámen de la vista en la escuela no sustituye por un exámen completo realizado por un optometrista u oftalmólogo con licencia. También entiendo que deben tener exámenes de la vista con regularidad, porque los ojos se pueden cambiar.

Entiendo que la Asociación de Ciegos y Discapacitados Visuales - Charleston puede, pero no está obligada, ayudarme a obtener lentes correctivos para mi hijo a través de un optometrista u oftalmólogo con licencia de Carolina del Sur. Si mi hijo no pase el exámen de la vista, los resultados serán mandados a casa. Autorizo a las personas asociadas con los exámenes de la vista de mi hijo a ponerse en contacto conmigo con respecto a los resultados y la posible coordinación de la obtención de lentes correctivos para mi hijo.

Entiendo que cualquier información derivada del exámen de la vista es confidencial y se utilizará únicamente para los fines autorizados por mí en esta carta de permiso.

Firma del padre/tutor _____ Fecha: _____