



Formulario de consentimiento, liberación de responsabilidad y autorización para los servicios de la vista



Padres: Si desea que su hijo reciba un examen de la vista, por favor, firme y devuelva el consentimiento para los servicios de la vista lo antes posible.

Por favor escriba con imprenta:

ESTUDIANTE APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
GÉNERO		FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DE LA ESCUELA		
DE ID DEL ESTUDIANTE		GRADO		DE SALÓN	
NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR			CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE		
TELÉFONO	DIRECCIÓN DE LA CASA (incluya el número de unidad si corresponde)		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
# DE MEDICAID/TARJETA MÉDICA # DE BENEFICIARIO DE ALLKIDS			RAZA	FECHA DE NACIMIENTO	
SEGURO PRIVADO DE LA VISTA		NOMBRE DEL TITULAR DE LA TARJETA		IDENTIFICACIÓN DE GRUPO	# DE IDENTIFICACIÓN
SEGURO MÉDICO DE LA VISTA		NOMBRE DEL TITULAR DE LA TARJETA		IDENTIFICACIÓN DE GRUPO	# DE IDENTIFICACIÓN

Como el padre/tutor del estudiante que se menciona anteriormente, entiendo que mi hijo recibirá un examen completo de la vista para determinar si necesita usar lentes o recibir otro tratamiento por parte de un profesional de la vista (un proveedor).

Además, entiendo que este examen de la vista lo puede realizar un optometrista, un oftalmólogo, un especialista calificado; o un pasante, un residente o un clínico o técnico en prácticas, bajo la supervisión de un optometrista, oftalmólogo u otro especialista calificado. Y doy mi consentimiento para que mi hijo reciba un examen de la vista y/o un tratamiento.

También entiendo que ni la escuela ni la Junta de Educación de Chicago (la Junta) supervisan o controlan cualquier servicio (como el examen de la vista) o materiales (como los lentes) que se podrían proveer a mi hijo, y que ni la Junta ni la escuela serán responsables de la calidad de dichos servicios o materiales.

Teniendo en cuenta los servicios y los materiales que recibirá mi niño, por la presente, acepto indemnizar, liberar de toda responsabilidad y defender a la Alcaldía de Chicago (City of Chicago), a sus departamentos, empleados, oficiales, contratistas, voluntarios, agentes y representantes; y a la Junta y a sus miembros, síndicos, agentes, oficiales, contratistas, voluntarios, representantes y empleados, por cualquier responsabilidad que me corresponda o que le corresponda a mi hijo. También realizaré esto por todos los reclamos, las pérdidas, las lesiones, los daños que me han ocurrido o que le han ocurrido a mi hijo,

tanto conocidos como desconocidos, previstos o imprevistos, surgidos en conexión con los servicios y los materiales recibidos por mi hijo, sean o no dichos reclamos, pérdidas, lesiones, daños o responsabilidades que se derivan en su totalidad o en parte de la negligencia de la Alcaldía de Chicago, de sus departamentos, empleados, oficiales, contratistas, voluntarios, agentes o representantes, o de la negligencia de la Junta, de sus miembros, síndicos, empleados, oficiales, contratistas, voluntarios agentes o representantes. Además, acepto liberar de toda responsabilidad a los proveedores y los copatrocinadores, a sus empleados, oficiales, voluntarios, agentes y representantes de todos los reclamos, las demandas, las acciones, las quejas, los juicios u otras formas de responsabilidad que puedan surgir, con motivo de o causado por cualquier desempeño de servicios ofrecidos por dichos proveedores, o por la calidad de los lentes o cualquier otro material provisto por ellos bajo el Programa, a menos que se atribuya a su negligencia premeditada o descuidada. En el caso de que una de las condiciones de este formulario no sea aplicable, se eliminará esta condición y el resto del formulario permanecerá en efecto.

Entiendo que el proveedor facturará al Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois (por sus siglas en inglés HFS), o a cualquier otro seguro privado que sea actualmente aplicable para los servicios y/o materiales reembolsables.

Si usted NO desea que su hijo reciba alguno de los siguientes servicios, marque la casilla apropiada.

Entiendo que como parte de este examen de la vista, se usarán agentes farmacéuticos (gotas ópticas) con el fin de dilatar los ojos de mi hijo. Estas gotas son una parte importante de un examen de la vista para permitir que el proveedor realice un examen completo de la vista. Además, entiendo que los efectos temporales de estas gotas ópticas pueden incluir la visión borrosa y la sensibilidad a la luz, lo que podría restringir la movilidad de mi hijo, creando así inseguridad cuando camine sin asistencia o cuando conduzca durante el resto del día.

Actualmente, NO doy mi consentimiento para que el médico dilate los ojos de mi hijo.

Entiendo que al rechazar la dilatación, puedo limitar la capacidad del médico para detectar y tratar ciertas condiciones.

Al firmar abajo, entiendo que doy mi autorización al Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Chicago (CDPH) y a la Junta de Educación de la Ciudad de Chicago (la Junta) para que divulguen y provean a los proveedores información sobre el examen de la vista anterior que se encuentran en el registro educativo de mi hijo. Esto tiene el fin de asegurar que los proveedores puedan proveer servicios de forma efectiva. Autorizo a que los proveedores divulguen y provean los informes de la escuela de mi hijo, incluyendo los informes escritos o verbales de los resultados de cualquier examen de la vista, con el fin de que se incluyan en el registro educativo de mi hijo. También, autorizo a que CDPH divulgue a la

Tenga en cuenta que se realizarán los servicios a menos que se indique lo contrario.

Entiendo que pueden fotografiar, grabar en video o en audio o entrevistar a mi hijo y usar estos medios electrónicos para promocionar el Programa de la Vista. Doy mi consentimiento para que la Junta o el proveedor o el Departamento de Salud Pública de Chicago (CDPH) utilicen las fotografías, la voz o la imagen de mi hijo, pero que no usen el apellido de mi hijo. Entiendo que no recibiré ninguna compensación, dinero ni reembolso por la participación de mi hijo.

Actualmente, NO doy mi consentimiento para que fotografíen o entrevisten a mi hijo.

Junta la información de mi hijo, la fecha y el tipo de servicios de la vista provisto, ya sea si le recomendaron servicios de seguimiento o no, y otra información que el Estado de Illinois solicite de la Junta. Entiendo que dichos registros estarán sujetos a derechos de privacidad que permiten la ley federal y estatal. Además, autorizo a que los Proveedores divulguen la información del examen de la vista y la información de la facturación al Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois (HFS), con el propósito de facturar el seguro. El CDPH y los proveedores no pueden condicionar el tratamiento, el pago ni la elegibilidad para los beneficios en esta autorización o mi rechazo para firmar dicha autorización.

*****Por favor firme y escriba la fecha en las dos líneas de firma. Complete el historial médico en la segunda página de este formulario.*****

Esta autorización es válida por un año. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mandando una nota por escrito al CDPH, a la escuela de mi hijo o a la Oficina de Salud y Bienestar Estudiantil. Al revocar esta autorización no tendrá ningún efecto sobre la información que se ha usado o divulgado antes de la revocación. La información que se divulgue de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una divulgación posterior por el destinatario.

Por la presente, doy mi consentimiento a que un proveedor realice un examen de la vista a este menor de edad, y a que le prescriba lentes durante tal examen. Este consentimiento no autoriza ningún tratamiento ni servicios más allá de lo establecido. Entiendo que mi consentimiento será válido por un año a partir de la fecha de la firma.

Firma del padre/tutor

Fecha

Firma del padre/tutor

Fecha

Debe tener una firma original; no se acepta una firma electrónica.



Formulario de historial médico del estudiante



Padres: Si desea que su hijo reciba un examen de la vista, por favor, firme y devuelva el consentimiento para los servicios de la vista lo antes posible.

Por favor escriba con impenta:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN DE LA VISTA DEL ESTUDIANTE
NOMBRE DE LA ESCUELA	¿USA SU HIJO LENTES O LENTES DE CONTACTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

¿CÓMO SE ENTERÓ DEL PROGRAMA DE LA VISTA? (Marque todos los que aplican)

Personal de la escuela Carta sobre evaluación de la vista que su hijo no aprobó Amigo Otro

¿TIENE SU HIJO ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES: (Marque todas las que aplican)

Asma Problemas auditivos/de oídos Enfermedad mental Alta presión arterial Glaucoma

Problemas neurológicos Problemas de conducta Diabetes Problemas gastrointestinales Problema genitourinario

Enfermedad cardíaca Problemas endocrinos Trastorno de déficit de atención Músculo-esqueléticos Otras condiciones _____

¿TOMA SU HIJO ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ NO

Haga una lista de los medicamentos

¿TIENE SU HIJO ALERGIAS? SÍ NO

Haga una lista de las alergias

¿USA SU HIJO GOTAS ÓPTICAS? SÍ NO

Haga una lista de las gotas ópticas

¿HA TENIDO SU HIJO UNA CIRUGÍA DEL OJO? SÍ NO

En caso afirmativo, explique por favor

¿HA TENIDO SU HIJO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?

Terapia visual Visión borrosa/doble visión Lagrimeo Dificultad para estar quieto Se frustra fácilmente

Parche de ojo Pierde de líneas cuando lee Sensibilidad a la luz Evita leer/escribir Falta de confianza

Cirugía del ojo Lesión del ojo Enrojecimiento Dificultad para prestar atención Secreción del ojo

Dolor en el ojo Infección del ojo Párpados caídos Tiene el nivel de lectura inferior a su grado Ojo desviado/perezoso

Dificultad para enfocar la vista Irritación/ardor Dificultad para terminar su trabajo Mala escritura

Otros _____

¿ALGÚN FAMILIAR INMEDIATO DE SU HIJO TIENE ALGUNO DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES? (Marque todas las que aplican y la relación con su hijo)

SÍ NO Usa lentes SÍ NO Ojo desviado SÍ NO Diabetes SÍ NO Problemas cardiovasculares

SÍ NO Glaucoma SÍ NO Ceguera SÍ NO Problemas músculo-esqueléticos SÍ NO Problemas neurológicos

SÍ NO Ojo perezoso SÍ NO Degeneración macular SÍ NO Enfermedad cardíaca SÍ NO Enfermedad mental

SÍ NO Alta presión arterial

¿TIENE SU HIJO UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADO (IEP)? SÍ NO

EL RENDIMIENTO ACADÉMICO DE MI HIJO ES: Superior al nivel del grado Es del nivel del grado Inferior al nivel del grado

SI ES INFERIOR AL NIVEL DE GRADO, POR FAVOR SELECCIONE LAS CLASES (Marque todas las que aplican) Lectura Escritura Matemáticas Estudios Sociales Otro _____

¿ESTÁ RECIBIENDO SU HIJO ALGUNO DE LOS SERVICIOS MENCIONADOS ABAJO? (Marque todos los que aplican)

Educación especial Tutoría Terapia del lenguaje Terapia ocupacional (OT) Terapia física (PT)

ESCRIBA LOS PASATIEMPOS O LOS INTERESES ESPECIALES DE SU NIÑO:

¿HAY ALGO MÁS QUE DESEE QUE SEPAMOS SOBRE SU HIJO?
