



Estimado Padre/Tutor,

Envision EyeCare for All - Programa de Servicios de Visión Móvil

El programa de servicios de visión móvil de Envision EyeCare for All vendrá a su escuela. ¡La clínica móvil de Envision EyeCare for All está llegando a su escuela! Tendremos la oportunidad de hacerle un examen de los ojos a su hijo en la escuela. Si es necesario, también pediremos lentes para su hijo. Los lentes se entregarán en la escuela aproximadamente 4 semanas después del examen. Si su hijo tiene seguro médico estatal (Medicaid/Oregon Health Plan), es posible que el seguro sea cobrado. Si su hijo no tiene seguro, el examen y los lentes serán gratuitos gracias a fondos de becas o recursos de la comunidad. **De cualquier manera, su familia no tendrá que pagar por el examen o los lentes.** Su hijo recibirá un examen completo realizado por uno de nuestros optometristas licenciados.

Para darle el mejor cuidado a su hijo, usamos gotas para dilatar los ojos durante el examen. La dilatación es la mejor forma de revisar la salud de los ojos y es útil para dar la receta más exacta de lentes para niños. Las gotas pueden causar un leve ardor por unos segundos cuando se aplican. Las pupilas se mantendrán grandes y su hijo podría ser más sensible a las luces brillantes por hasta seis horas. Es normal que las gotas causen visión borrosa, especialmente al ver de cerca, pero esto desaparecerá en 24 horas.

Un resumen de los resultados del examen y una copia de la receta para los lentes se entregarán el mismo día.

Si tiene alguna pregunta sobre el examen, la dilatación o alguna preocupación sobre su hijo, puede contactar a Envision EyeCare for All al 541-645-8400. Toda la programación se hace en línea a través de nuestro sitio web.

Atentamente,

Rebecca Chown, OD, FAAO
Directora del programa



Información del niño:

Nombre del niño: _____	Apellido: _____		
Fecha de nacimiento: _____	Sexo (legal) _____	Pronombres: _____	
Número de teléfono: (____) _____	Correo electrónico: _____		
Domicilio: _____			
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____	<input type="checkbox"/> Mailing Address not available
Alergias: _____		Condiciones médicas: _____	

Información del seguro médico del niño:

Proveedor de seguros (solo Medicaid): _____	
No. de póliza: _____	No. de grupo _____
Nombre del suscriptor: _____	Apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____	<input type="checkbox"/> Mi hijo no tiene seguro o tiene seguro privado

Autorizo a los doctores de Envision EyeCare for All a hacerle un examen de los ojos a mi hijo, incluyendo la dilatación. Si es necesario, autorizo que se pidan lentes.

Nombre del padre/madre/tutor: _____	Apellido: _____
Firma del padre/madre/tutor: _____	Fecha: _____
Número de teléfono (para emergencias): _____	

Aviso de Prácticas de Privacidad: Envision EyeCare for All respeta su privacidad y solo usa o comparte su información médica cuando es necesario, apropiado, requerido por la ley o con su permiso. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad describe los posibles usos y comparticiones de su información de salud y nuestras clínicas de salud, y explica sus derechos de privacidad médica. Puede acceder a nuestro aviso de prácticas de privacidad en el siguiente sitio web: eec4a.org.

Reconozco que recibí el Aviso de Prácticas de Privacidad de Envision EyeCare for All.

Firma del padre/madre/tutor:: _____	Fecha: _____
-------------------------------------	--------------