

Friends for Sight Clínica de Visión

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO Y FIRMADO PARA QUE SU HIJO/A PUEDA SER ATENDIDO/A EN LA CLÍNICA.

FECHA _____

Información del estudiante que debe ser completada por el padre, madre o tutor.				
Nombre de Pila		Apellido		Fecha de nacimiento mm/dd/aaaa
Dirección de Calle	Apto/Unidad	Ciudad	Estado	Código Postal
Escuela				

Información Demográfica		
¿Cuál es su raza? <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico		
¿Cuál es su etnia? <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Auto-identificado/a _____		
Idiomas hablados en casa	¿Necesita interpretación?	¿Hay alguna otra necesidad que debamos saber?
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Información del padre/madre o tutor			
Nombre de Pila		Apellido	Relación con el Estudiante
Número de Teléfono	Correo Electrónico	Mejor forma de comunicarse con usted	

Historial de Salud del Estudiante	
¿El estudiante tiene problemas crónicos de salud, incluyendo problemas cardíacos o pulmonares? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, por favor describa:	
¿El estudiante o algún miembro de su familia inmediata (padre, abuelo, hermano) tienen ENFERMEDADES DE LOS OJOS? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿cuál es la relación?	¿Cuál es la enfermedad o condición?
¿El estudiante ha tenido un examen de la vista en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿El estudiante alguna vez ha usado lentes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Tiene alguna alergia conocida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, por favor enumere.	Medicación Actual
Por favor describa cualquier problema o síntoma conocido con la visión o la SALUD DE LOS OJOS del estudiante.	

¿El estudiante está en el programa de almuerzo gratis o reducido de la escuela o es elegible para el mismo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Tiene seguro? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Proveedor de Seguro <small>(Medicaid, CHIP, etc.)</small>	Nombre del Titular de la Póliza <small>Nombre completo (primer nombre, segundo nombre y apellido)</small>	Fecha de nacimiento <small>mm/dd/aaaa</small>	Número de identificación del seguro

Certifico que toda la información anterior es verdadera y completa según mi leal saber y entender y cualquier representación falsa puede resultar en la terminación y suspensión automática de futuras solicitudes. Doy permiso para que la información contenida aquí sea recopilada con fines estadísticos y entiendo que la información del paciente se mantendrá en la más estricta confidencialidad y no se compartirá con otras entidades a menos que yo dé permiso por escrito. Por la presente, libero, renuncio y descargo a la organización, los oficiales, directores, empleados, representantes, voluntarios, agentes, afiliados y/o asignados del optometrista(s) y oftalmólogo(s) independiente(s) que realizan el examen de los ojos, de cualquier responsabilidad resultante o derivada de este servicio. Entiendo y doy permiso para que se utilicen gotas para los ojos (si es necesario) durante el examen que permiten al médico ver dentro del ojo. Estas gotas no dañarán el ojo/la vista. La pupila será más grande de lo normal pero volverá a su tamaño normal en unas pocas horas hasta un día. Durante este período, el paciente puede experimentar sensibilidad a la luz y visión borrosa/dificultad para leer. Doy mi permiso para que mi hijo reciba un examen de los ojos en la Clínica de Visión Parkview, Liberty CLC, o Glendale-Mountainview CLC.

Nombre Impreso del Padre / Tutor

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Me gustaría que el consejero / defensor de la escuela sea informado sobre los planes de tratamiento para coordinar la atención de

Al marcar esta casilla, doy mi consentimiento para que mi hijo/a aparezca en fotografías o videos mientras participa en la clínica para fines de comunicación interna o publicidad y promoción. _____ (inicie aquí)