



Prevention of Blindness Society
of Metropolitan Washington®

Free Eye Exam and Glasses

Estimado Padre/Tutor,

La escuela de su hijo/a se ha asociado con la Sociedad de Prevención de Ceguera de Washington Metropolitana ("POB", Prevention of Blindness Society of Metropolitan Washington) para evaluar la visión de su hijo/a y ofrecerle un examen de la vista y lentes gratuitos (de ser necesarios) **SIN COSTO ALGUNO**.

Complete este formulario y FIRME ABAJO para que su hijo/a pueda recibir los servicios.

- Nombre y Apellido del Estudiante: _____
- Fecha de Nacimiento del Estudiante (MM/DD/AAAA): _____ / _____ / _____
- Código Postal del Estudiante: _____
- ID de Medicaid (de aplicar): _____
- Nombre de Padre/Tutor: _____
- Teléfono del Padre/Tutor: _____

Doy mi permiso para que mi hijo/a reciba el chequeo de la vista. De no pasar el examen, doy mi permiso para 1) un examen de la vista completo justo después/o durante el día del chequeo por un oftalmólogo u optometrista y/o 2) referirle a un oftalmólogo u optometrista para una mejor examinación/cuidado. (El examen de la vista completo incluye el uso de gotas para los ojos que agrandan las pupilas por un corto tiempo para que el interior de la parte trasera del ojo pueda ser examinado. Las gotas causan visión borrosa y sensibilidad a la luz por algunas horas. No lastiman los ojos). Si el examen de la vista indica que no son necesarios los lentes ni atención inmediata, los lentes se ordenarán con un oculista autorizado después del chequeo.

Por la presente, acepto indemnizar y eximo de toda responsabilidad a la Sociedad de Prevención de Ceguera de Washington Metropolitana ("POB"), Sistema de Salud Infantil Nacional (Children's National Health System), y sus oficinas, empleados, voluntarios o agentes de cualquier y toda responsabilidad de daños, pérdidas, o lesiones, ya sea a personas o propiedades, las cuales el menor mencionado anteriormente pueda sostener durante su participación en, o de lo contrario que pudieran surgir de o que se relacionen con el programa de chequeo de la vista. Además, certifico que tengo custodia legal del menor nombrado a causa de ser el padre o tutor legal del menor por una orden de la corte.

Doy permiso para que se haga uso de la foto, nombre, imagen o semejanza de mi hijo/a para uso editorial, promocional, publicitario, comercial, o de cualquier otra índole en representación de POB, y en cualquier y todo medio de comunicación actualmente conocido o inventado en un futuro, incluyendo, mas no limitado a, impresiones, televisión, medios electrónicos, o en Internet, sin mayor limitación, restricción, compensación, notificación, revisión o aprobación. Al firmar este acuerdo, estoy liberando a POB de cualquier requisito legal y entiendo que dejo a discreción de la administración de POB la decisión del uso de dicho material.

Recibir servicios de la vista por parte de POB constituirá una examinación de la vista rutinaria y, de ser necesario, el ajuste de lentes, los cuales podrían ser cobrados a los beneficios del Medicaid de su hijo/a, de aplicar. POB es apto para recibir reembolso Medicaid por ciertos servicios de la salud que hayan sido ofrecidos a su hijo/a si estos cumplen con los requisitos de Medicaid.

Al firmar, le otorgo voluntariamente mi consentimiento a POB para compartir el nombre, Código postal, fecha de nacimiento, número de Medicaid, y la fecha de los servicios ofrecidos de mi hijo/a con representantes de Medicaid. De igual manera, autorizo el acceso a esta información a representantes de Medicaid con el propósito de determinar la elegibilidad y/o completar solicitudes de auditoría. Entiendo y estoy de acuerdo con que POB tiene acceso a los beneficios Medicaid de mi hijo/a para pagar por estos servicios.

Se le otorgará un examen de la vista y lentes GRATIS a tu estudiante, aun si este no cuenta con Medicaid y/o si el Medicaid no se puede cobrar.

- **CONSENTIMIENTO PARA EL REEMBOLSO DE MEDICAID** (por favor, marque la caja apropiada debajo)
 - ☐ Doy consentimiento para cobrar a Medicaid los servicios reembolsables
 - ☐ No doy consentimiento para cobrar a Medicaid los servicios reembolsables

SI SU HIJO/A USA LENTES, POR FAVOR, QUE LOS TRAIGA EL DÍA DEL EXAMEN.

➤ Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____