



Oficina de Salud y Bienestar Estudiantil

125 South Clark Street, 9º Piso- Adams • Chicago, Illinois 60603

Teléfono: 773-553-1873 • Fax: 773-553-1883

Estimado Padre/Tutor legal,

Una buena visión es vital para el aprendizaje del estudiante. ¡Tenemos el placer de anunciarle que el Programa de Visión de CPS servirá a su escuela durante este año escolar! CPS les ofrece acceso a los estudiantes a exámenes de la vista para que puedan ser exitosos en la escuela.

El Programa de Visión ofrece exámenes de la vista y anteojos **SIN COSTO** para el estudiante. Se le cobrará al seguro de salud, si está disponible. Si el estudiante no tiene seguro, los exámenes de la vista y los anteojos son provistos sin costo para la familia.

Por favor lea la siguiente información para ver si los servicios ofrecidos beneficiarán a su niño. Señale cualquiera de las cajas siguientes que aplican, y firme el formulario de consentimiento adjunto para que su estudiante(s) pueda recibir este valioso servicio:

- Mi niño está comenzando Kindergarten
- Mi niño está ingresando a una escuela de Illinois por primera vez, en cualquier nivel de grado
- Mi niño no aprobó el examen de la vista
- Mi niño tiene un IEP
- El maestro de mi niño recomendó que se le examine la vista
- Mi niño experiencia cualquiera de lo siguiente:
 - Estrabismo
 - Inclina la cabeza
 - Se sienta demasiado cerca del televisor
 - Pierde la secuencia al leer
 - Se refriega los ojos
 - Lagrimeo excesivo o dolores de cabeza

Para que su(s) niño(s) pueda(n) participar:

1. Lea el formulario de consentimiento adjunto.
2. **Firme en las dos líneas.**
3. Llene la última página con la historia médica del niño.
4. Devuelva el formulario a la escuela del niño **lo más pronto posible** – El niño no podrá participar sin el formulario de consentimiento firmado.

Después del examen de la vista, si el niño necesita anteojos, un oculista lo ayudará a escoger el armazón y estarán listos en un plazo de 6 a 10 semanas.

Si tiene preguntas, por favor contacte a Katheryn Stafford-Hudson por el 773-535-8675, o por correo electrónico a kgstafford-h@cps.edu

Atentamente,

Stephanie A. Whyte MD, MBA
Directora de la Oficina de Salud



**Servicios de la Vista
Formulario de consentimiento, dispensa de responsabilidad y autorización**

En letra de imprenta: _____ Correo electrónico del padre _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento del estudiante _____ Masculino Femenino

Nombre de la escuela: _____ N.º de identificación del estudiante _____ Grado: _____ N.º de salón _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Dirección del domicilio: _____ Teléfono: _____

de Medicaid/ALLKids _____ Raza-Etnia _____

Otro seguro: _____ Identificación de grupo _____ N.º de identificación _____ Nombre del titular de la tarjeta: _____ Fecha Nac. _____

Como el padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, comprendo que mi hijo no se sometió a la prueba de evaluación de la vista que se realizó en la escuela, o se recomendó que se le realizara un examen de la vista completo a cargo de un profesional para determinar si necesita anteojos con receta médica u otro tratamiento.

Comprendo que como parte de este examen de la vista, se usarán agentes farmacéuticos (gotas oftálmicas) 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 salud ocular. Además, comprendo que los efectos temporales de estas gotas oftálmicas pueden incluir la visión borrosa y sensibilidad a la luz, lo que podría restringir la movilidad de mi hijo haciendo inseguro que viaje sin asistencia o que opere un vehículo durante el resto del día. Comprendo además que este examen de la vista lo puede realizar un optometrista; un oftalmólogo; un especialista calificado; o un internista, un residente o un especialista clínico o técnico estudiante bajo la supervisión de un optometrista, oftalmólogo u otro especialista calificado y otorgo mi consentimiento para que mi hijo reciba el examen y/o tratamiento mencionados anteriormente. Otorgo mi consentimiento para todos los siguientes servicios, a menos que las casillas a continuación estén marcadas con “no”.

Entiendo además que ni la escuela o la Junta de Educación de Chicago (Junta) supervisan o controlan cualquier servicio (como el examen de la vista), o materiales (como anteojos) que puedan ser proporcionados a mi niño, y que la Junta y la escuela no serán responsables de la calidad de dichos servicios o materiales.

En consideración de los servicios y materiales que recibirá mi niño, por la presente accedo a indemnizar, liberar de toda responsabilidad y defender a la Ciudad de Chicago, a sus departamentos, empleados, oficiales, contratistas, voluntarios, agentes y representantes, y a la Junta y sus miembros, síndicos, agentes, oficiales, contratistas, voluntarios, representantes y empleados, por cualquier responsabilidad que pueda surgir conmigo o mi niño por cualquiera y todos los reclamos, pérdidas, lesiones, daños a mí o a mi niño, tanto conocidos como desconocidos, previstos o imprevistos, surgidos en conexión con los servicios y materiales recibidos por mi niño, sean o no dichos reclamos, pérdidas, lesiones, daños o responsabilidades resultado en tu totalidad o en parte de la negligencia de la Ciudad de Chicago, de sus departamentos, empleados, oficiales, contratistas, voluntarios, agentes o representantes, o de la negligencia de la Junta, sus miembros, síndicos, empleados, oficiales, contratistas, voluntarios agentes o representantes. Estoy de acuerdo además en liberar de toda responsabilidad a los Proveedores y Co-auspiciantes, a sus empleados, oficiales, voluntarios, agentes y representantes de cualquiera y todos los reclamos, demandas, acciones, quejas, 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 anteojos o cualquier otro material proporcionado por ellos bajo el Programa, a menos que se atribuya a su negligencia premeditada o descuidada. En el caso de que una de las estipulaciones de este formulario no sea aplicable, esta estipulación será eliminada y el resto del formulario permanecerá en efecto.

Comprendo que el Proveedor facturará al Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica (HFS) de Illinois o a cualquier otro seguro aplicable actualmente por servicios y/o materiales reembolsables.

Comprendo que pueden seleccionar a mi hijo para ser fotografiado, grabado en video o audio, o entrevistado como parte de los documentos promocionales para el Programa de la Vista. Otorgo mi consentimiento para que la Junta o el Proveedor o CDPH utilicen fotografía, voz o semejanza de mi hijo, pero no el uso del apellido de mi hijo. Comprendo que no existe una remuneración, dinero ni reembolso por la participación de mi hijo.

Si usted **NO** quiere que su hijo reciba alguno de los siguientes servicios, marque la casilla apropiada. Tenga en cuenta que estos servicios se prestarán a menos que se indique lo contrario.

- En este momento **YO NO** otorgo mi consentimiento para que se dilaten los ojos de mi hijo
- En este momento **YO NO** otorgo mi consentimiento para que se fotografíe ni entreviste a mi hijo
- En este momento **YO NO** otorgo mi consentimiento para que encuesten a mi hijo para determinar si los anteojos, si se recetan, son de ayuda

Con mi firma a continuación, comprendo que otorgo mi autorización al Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Chicago (CDPH) y a la Junta de Educación de la Ciudad de Chicago (Junta) para que divulguen y proporcionen información con relación a los datos anteriores de la prueba de detección de la vista en el registro educativo de mi hijo, a los Proveedores con el propósito de garantizar que los Proveedores puedan prestar los servicios de forma efectiva. Autorizo a los Proveedores para que divulguen y proporcionen los informes de la escuela de mi hijo, incluyendo informes escritos o verbales con relación a los resultados de cualquier examen de la vista, para que puedan incluirse en el registro educativo de mi hijo. También, autorizo a CDPH a que divulgue a la Junta, la información de mi hijo, la fecha y tipo de servicios de la vista que se proporcionan, si se le recomendaron servicios de seguimiento y otra información que el Estado de Illinois solicite que la Junta informe. Comprendo que dichos registros estarán sujetos a derechos de privacidad que permite la ley federal y estatal. Además, autorizo a los Proveedores a que divulguen la información del examen de la vista y la información de la facturación al Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica (HFS) de Illinois, para facturar el seguro. CDPH y los Proveedores no pueden condicionar el tratamiento, pago ni elegibilidad para los beneficios en esta autorización o mi rechazo para firmar dicha autorización.

Esta autorización es válida por un año. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar un aviso por escrito a CDPH, a la escuela de mi hijo o a la Oficina de la Junta de Salud y Bienestar Estudiantil. Revocar esta autorización no tendrá efecto alguno sobre ninguna información que se use o divulgue antes de la revocación. La información que se divulgue de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una divulgación posterior por el destinatario.

Firma del Padre/Tutor _____	Fecha _____
-----------------------------	-------------

Por este medio otorgo mi consentimiento para que un Proveedor examine a este menor para realizarle un examen de la vista y recetarle anteojos, si estos se recetan durante el examen de la vista. Este consentimiento no autoriza ningún tratamiento ni servicios más allá de lo establecido. Comprendo que mi consentimiento será válido por un año a partir de la fecha de la firma.

Firma del Padre/Tutor _____	Fecha _____
-----------------------------	-------------

****Por favor firme y ponga la fecha en las dos líneas de firma. Complete la historia médica en el reverso de este formulario.****



Formulario de historial médico del estudiante

Por favor en imprenta:

Nombre del estudiante: _____ Nombre de la escuela: _____

Fecha del último examen de la vista del estudiante: _____ ¿Usa el niño anteojos o lentes de contacto? Sí No

¿Cómo se enteró del examen de la vista? (Marque todos los que aplican)

Personal de la escuela Carta sobre evaluación de la vista que el niño no aprobó Amigo Otro

¿Tiene su hijo alguna de estas condiciones: (Marque todos los que aplican)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas de conducta | <input type="checkbox"/> Déficit de atención | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos | <input type="checkbox"/> Problemas endócrinos | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Músculo-esqueléticos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental | <input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales | <input type="checkbox"/> Problema genitourinario |
| <input type="checkbox"/> Problemas auditivos/oídos | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Otras condiciones | _____ |

¿Toma el niño algún medicamento? No Sí

Escriba los medicamentos: _____

¿Tiene alergias? No Sí

Escriba las alergias: _____

¿Usa su niño gotas para ojos? No Sí

Escriba el tipo de gotas _____

¿Se le ha practicado cirugía ocular? No Sí

En caso afirmativo, explique por favor: _____

¿Ha tenido algo de lo siguiente?

- | | | | | | |
|-----------------------------|---|--------------------|---|------------------------------|---|
| Terapia de la vista | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Lesión ocular | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Problema finalizar trabajos | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Parche en el ojo | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Infección ocular | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Falta de confianza | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Cirugía del ojo | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Irritación/Ardor | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Dificultad para estar quieto | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Dolor en los ojos | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Secreción ocular | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Evita leer/escribir | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Dificultad seguimiento | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Lagrimeo/Lloroso | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Dificultad para estar atento | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Ojo desviado/perezoso | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Sensibilidad a luz | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Lee por debajo del grado | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Visión borrosa/Doble | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Enrojecimiento | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Mala escritura | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Pierde la secuencia al leer | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Párpados caídos | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Se frustra fácilmente | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Otros _____ | | | | | |

¿Tiene su hijo un IEP (Plan de Educación Individualizada)? No Sí

El desempeño del niño es: superior al nivel de grado en nivel de grado por debajo del nivel de grado

Si está por debajo del nivel de grado, por favor seleccione la clases (Marque todo lo que aplica)

Lectura Escritura Matemáticas Estudios sociales Otro _____

¿Está recibiendo el niño alguno de los **servicios** señalados abajo? (Marque todo lo que aplique)

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

Escriba los pasatiempos o intereses especiales de su niño: _____

¿Hay algo más que desee que sepamos sobre su hijo? _____

¿Algún familiar inmediato de su hijo tiene alguno de los siguientes? (Marque todos los que se aplican y la relación con el niño)

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Usa anteojos | <input type="checkbox"/> Ojo desviado | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas cardiovasculares |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Ceguera | <input type="checkbox"/> Problemas músculo-esqueléticos | <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos |
| <input type="checkbox"/> Ojo perezoso | <input type="checkbox"/> Degeneración macular | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | | | |