

# Visión de los Niños para la Vida

## Hoja Informativa para los Padres



### Lo que cada padre debe saber sobre la visión:

- 1) Los problemas de la visión que no se corrigen pueden reducir la habilidad del estudiante para aprender a leer, concentrarse y procesar información
- 2) Una visión saludable es una parte fundamental para el buen aprendizaje en la escuela
- 3) El 80% de todo el aprendizaje durante los primeros 12 años de su hijo(a) se obtiene a través de la visión (Fuente: Diario de Comportamiento de Optometría)
- 4) Se estima que el 25% de los niños en edad escolar tienen problemas de la visión

(Fuente: Asociación Americana de Optometría)



### Nosotros podemos ayudar:



- Su hijo(a) puede obtener **GRATIS** anteojos a través de clínicas de la visión patrocinadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Houston y otras organizaciones que participan en colaboración para una Visión de los Niños para la Vida.
- En una clínica de visión, un médico examinará los ojos de su hijo(a) y recetará anteojos si lo es necesario.
- Su hijo(a) elegirá sus propios marcos después del examen de los ojos si necesitará usar anteojos.
- Los anteojos serán entregados a la escuela dentro de 6 semanas de la clínica de la visión



### Actué ahora para que se le corrija el problema de la visión de su hijo(a):

- Llené las tres páginas de consentimiento aquí incluido y firmé el formulario
- Devuelva el formulario completo a la escuela de su hijo(a) antes de



## Formulario de información del Estudiante

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Dirección del estudiante /Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Número de contacto del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Cumpleaños del estudiante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Niño  Niña

## Historial de Salud

Con el fin de facilitar el examen de la vista, por favor, complete este breve historial de la salud del niño(a) mencionado.

Mi hijo(a) esta tomando (lista de medicamentos): \_\_\_\_\_

Mi hijo(a) es alérgico a: \_\_\_\_\_

Mi hijo(a) tiene (marqué todo lo que aplique): Cirugía del corazón o soplo \_\_\_\_

Asma \_\_ Alta Presión Arterial \_\_ Epilepsia \_\_ Diabetes \_\_ Otro (por favor describa)

Marqué cualquiera de las siguientes condiciones que su hijo(a) actualmente tiene ó a tenido en el pasado:

Enfermedad en los ojos \_\_ Ojos visco \_\_ Cirugía en los ojos \_\_ Visión doble \_\_ Defectos de color en la visión  
\_\_ Ojo perezoso \_\_ Glaucoma \_\_ Terapia para la vista \_\_ Relámpagos de luz \_\_ Cataratas \_\_ Usa  
anteojos \_\_ Tratamientos de Rayos Laser \_\_ Lentes de contactos \_\_ Usa medicamento para los ojos \_\_

Haga una lista de los problemas conocidos que su niño(a) ha tenido con respecto a su visión/ ó salud de sus ojos: \_\_\_\_\_

### Información de Facturación:

Su hijo tiene Medicaid o CHIP (por favor marque la respuesta correcta): Sí No

Sí, por favor de escribir el número Medicaid o CHIP abajo para que podemos facturar por los servicios proveídos.

Número de identificación de Medicaid: \_\_\_\_\_

Número de identificación CHIP: \_\_\_\_\_

## Formulario de Consentimiento de los Padres para Servicios de Visión

Día de la Clínica: \_\_\_\_\_ Ubicación de la Clínica: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ Padre/Tutor de \_\_\_\_\_ (nombre del niño(a)  
(Nombre impreso) doy permiso para que mi hijo(a) reciba un examen de la vista y anteojos, si es necesario, en la anterior fecha y hora en la ubicación anterior. También concedo el permiso para que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Houston acceda y recibirá registros escolares o del distrito en cuanto a asistencia, comportamiento y desempeño académico con el propósito de investigar y evaluar la eficacia de este programa. Entiendo que estos registros se mantendrán confidenciales. Descargo de responsabilidad: Yo libero de cualquier responsabilidad asociada con este evento a los oficiales, directores, empleados, agentes, afiliados y/o cesionarios de los siguientes grupos: optometrista(s) que realizan el examen de la vista; la Agencia copatrocinadoras, Asociación de Vision del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Houston .

### Renuncia de Examen de Fondo de Ojo Dilatado:

*El Consejo de estado de Optometría puede requerir un examen de fondo de ojo dilatado como parte de una examinación ocular realizada por un optometrista con licencia. Un examen de fondo de ojo dilatado es una examinación completa de la retina periférica. Durante este examen se usan gotas para los ojos que ayudan con la dilatación. Este procedimiento se utiliza para diagnosticar anomalías de la retina como desprendimientos, lágrimas, tumores, infecciones, hemorragias y anomalías genéticas. Las gotas de dilatación dejarán las pupilas dilatadas durante aproximadamente cuatro horas. Durante este período el paciente puede experimentar visión borrosa y sensibilidad a la luz. Lectura puede ser difícil durante este período de tiempo.*

Yo doy \_\_\_\_\_ No doy \_\_\_\_\_ mi permiso para que el Optometrista realice un examen de fondo de ojo dilatado durante la Clínica de la Visión.

---

### Permiso para fotografiar su hijo(a):

*Este evento puede ser fotografiado o filmado por la Asociación de Visión para la comunicación interna para futuro uso en publicaciones, cintas de vídeo u otras presentaciones educativas. Cuando se utilizan estas imágenes o fotografías de esta manera, los antecedentes de su hijo y otros resultados de la prueba pueden también utilizarse para describir la salud y la condición de los ojos del niño(a). En ningún momento, sin embargo, el nombre de su hijo se hará público. No se utilizará material de archivo de fotografías para publicidad, aprobación de producto gafas o uso comercial. El evento también puede ser fotografiado por los medios de comunicación para informar a la comunidad sobre los esfuerzos para mejorar la salud pública del área de Houston.*

Si \_\_\_ No \_\_\_ doy permiso para que mi hijo(a) sea filmado o fotografiado y entiendo que mi decisión no afectará si mi niño recibe un examen de los ojos o anteojos en esta clínica.

---

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA DE HOY \_\_\_\_\_