



AUTORIZACIÓN Y DESCARGO SERVICIOS MÓVILES PARA LA VISTA

Estimado padre de familia/tutor legal:

Vision to Learn es una entidad sin fin de lucro que ofrece exámenes de la vista y lentes para niños sin costo alguno, y que traerá su clínica móvil a esta escuela para ofrecer exámenes de la vista y lentes a los niños que los necesiten. Si desea permitir que su hijo(a) participe en el programa de Vision to Learn, favor de llenar y firmar este formulario, y entregarlo a en la oficina de la escuela.

La participación de su hijo(a) en el programa es gratuita.

FAVOR ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE:

<u>OBLIGATORIO:</u>			
Nombre de su niño(a):		Apellido de su niño(a):	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Fecha de nacimiento de su niño(a):	Mes	Día	Año
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del Padre/Tutor:		Apellido del Padre/Tutor:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Sexo (favor de seleccionar uno):			
<input type="checkbox"/> MASCULINO		<input type="checkbox"/> FEMENINO	

CONTACTO:

Domicilio:	Unidad/apto:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número telefónico:		Número telefónico para emergencias:	Correo- Electrónico:	

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA:

Nombre de la Escuela:	Nombre del maestro:
Grado:	Salón:

OPCIONAL:

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA:

El/la niño(a) tiene Medi-Cal

Entidad de salud (marcar una):	<input type="checkbox"/> L.A. CARE <input type="checkbox"/> HEALTHNET	Núm. de ID:
--------------------------------	---	-------------

El/la menor tiene un seguro particular

Entidad de salud:	Núm. de ID:
-------------------	-------------

El/la niño(a) no tiene seguro

Al firmar y aceptar este formulario, si mi hijo(a) no aprueba el examen de la vista, otorgo autorización para que mi hijo(a) reciba servicios mediante la Clínica de la Vista Móvil de Vision to Learn. Reconozco mi derecho a rechazar cualquiera de los servicios que proporciona Vision to Learn pero elijo voluntariamente que mi hijo(a) reciba servicios de la vista. Entiendo asimismo que al recibir servicios para la vista por parte de la clínica móvil de Vision to Learn no se descalifica mi acceso a servicios para la vista por medio de mi seguro. Me comprometo a renunciar a cualquier reclamo en contra de la escuela en la que mi hijo(a) participe, el cual surja a resultado de la participación de mi hijo(a) en el programa Vision to Learn. Mediante mi firma a continuación hago constar que leí y comprendo el presente formulario de Consentimiento y Descargo y estoy de acuerdo con sus disposiciones.

Sí, Autorizo que Vision to Learn realice un examen de la vista a mi hijo(a).

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

No, **NO AUTORIZO** que Vision to Learn realice un examen de la vista a mi hijo(a).

11611 San Vicente Blvd. Suite 500, Los Angeles, CA 90049 (800) 485-9196 Fax: (213) 402-5261 VisionToLearn.org