

Parents: VISION EXAMS and GLASSES for your child at NO COST TO YOU, if your child qualifies!

According to a vision screening, your child may have trouble seeing and needs to see an eye doctor!

If your child qualifies, your child will be examined by an optometrist/ophthalmologist or resident under supervision of an optometrist/ophthalmologist, and glasses provided by the Essilor Vision Foundation when they visit our facility/school during one of our scheduled clinics.

Qualification Guidelines:

- Child must **NOT** have Medical Insurance that covers a vision exam and/or glasses
- Child may have Medicaid or CHIP
- Child **MUST** participate in the free/reduced lunch program at school

Eye drops may be used during the exam to enlarge the pupil allowing the doctor to see the inside part of the eye. These drops will not harm the eye or eyesight. Though the pupil will be larger than normal, it will return to its normal size within a few hours up to a full day.

I give permission to share all of my child's vision exam results to Essilor Vision Foundation, Alcon Foundation and its partners for the purpose of giving prescription glasses. Academic and behavioral performance measurements of my child may also be shared and used for research purposes to determine the effectiveness of this treatment. This information may be shared with the following: My child's school nurse, Essilor Vision Foundation, Alcon Foundation, its partners or researchers. I understand if I did not choose to share my child's legally protected health information, I may file a formal complaint with the U.S. Department of Health and Human Services.

I further give permission to Essilor Vision Foundation and its partners to publish and use photos or video of my child's participation in a vision exam, eyewear fitting, eyewear dispensing or related activities, which may be used, nationally and internationally, in any media, including social media (but child will not be identified without additional permission from you) without compensation indefinitely.

Student Information

First Name	MI	Last Name	Date of Birth ____/____/____
School Name		School Address	

Permission to examine my child's vision (Please check one): YES NO

Permission to photograph my child (Please check one): YES NO

Parent/Guardian Signature: _____ Date: ____/____/____

Parent/Guardian Printed Name: _____

FOR SCHOOL NURSE OR ACADEMIC PROGRAM ADMINISTRATOR /SCREENER USE ONLY (Required)

Right Eye Acuity	Left Eye Acuity		
School Name		School Phone #	
School Address			
City	State	Zip Code	

Nurse Name: _____

Nurse Signature: _____



Padres – EXAMENES DE VISTA Y LENTES A NO COSTO PARA SU HIJO / HIJA

Según nuestro análisis de la vista, su niño puede tener dificultad para ver bien y necesita visitar un oculista

Su niño puede calificar para recibir un examen de vista y lentes A NO COSTO por parte de Essilor Vision Foundation. Un oculista o residente bajo supervisión de un doctor hace el examen cuando visitan nuestra escuela durante una de nuestras clínicas si llenan los requisitos descritos.

Qualification Guidelines:

- El niño no debe tener seguro médico que cubre un examen de la vista y lentes
- El niño puede tener Medicaid o CHIP
- El niño debe participar en el programa de almuerzo gratis o reducido en la escuela

Hay la posibilidad que el doctor necesite utilizar gotas de ojos durante el examen para dilatar la pupila y poder así ver la parte interior del ojo. Estas gotas no dañarán el ojo o la vista. Aunque la pupila será más grande de lo normal, volverá a su tamaño normal en unas horas o hay veces se puede tomar todo el día.

Yo doy permiso para compartir los resultados de exámenes de visión de mi hijo / a Essilor Vision Foundation, Fundación Alcon y sus socios con el fin de dar lentes graduadas. Mediciones de rendimiento académico y de comportamiento de mi hijo también pueden ser compartidas y usadas para propósitos de investigación para determinar la eficacia de este tratamiento. Esta información puede ser compartida con los siguientes: la enfermera de la escuela de mi hijo, Essilor Vision Foundation, Fundación de Alcon, sus socios o investigadores. Entiendo que si yo no elegí compartir información de salud protegida legalmente de mi hijo, puedo presentar una queja formal con el Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos.

Además autorizo a Essilor Vision Foundation y sus socios para publicar y utilizar fotos o video de la participación de mi hijo en un examen de la vista, montaje de gafas, gafas de dispensación o relacionados con actividades conexas, que podrán ser utilizados, a nivel nacional e internacional, en cualquier medio, incluyendo medios de comunicación social (pero su hijo no será identificado sin permiso adicional) sin compensación indefinidamente.

Informacion del Estudiante

Nombre(s)		Nombre Apellido(s)	fecha de nacimiento ____/____/____
Nombre de la escuela	dirección de la escuela		

Permiso para examinar la visión de mi hijo (por favor marque uno): SI NO

Permiso para fotografiar a mi hijo (por favor marque uno): SI NO

Firma de Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: ____/____/____

Padre/Tutor Legal Nombre Impreso: _____

FOR SCHOOL NURSE OR ACADEMIC PROGRAM ADMINISTRATOR /SCREENER USE ONLY (Required)

Right Eye Acuity	Left Eye Acuity	
School Name	School Phone #	
School Address		
City	State	Zip Code

Nurse Name: _____

Nurse Signature: _____

