



QUEENSCARE

Mobile Vision Program Permission Form

The QueensCare Mobile Vision Program provides services to improve and help your child achieve good vision. QueensCare’s mission is to provide, directly and with others, accessible healthcare for uninsured and low-income individuals and families residing in Los Angeles County. With your permission, your child will be checked by an optometrist for a glasses prescription. If a prescription is determined, your child will receive a **free** pair of glasses.

WE WILL NOT BILL YOUR INSURANCE

In order for your child to be checked by the optometrist, please complete this Permission Form and return it to the school nurse as soon as possible.

Child’s Name _____ Grade _____

School Name _____ School Address _____

Daytime Phone # _____ Cell Phone# _____

Child’s Date of Birth _____ Age _____ Gender: Male Female

Ethnicity: Hispanic/Latino Non-Hispanic/Latino Decline to identify

Race: Black/African American White Asian/Pacific Islander American Indian/Alaska
 Other Decline to identify

Is this your child’s first eye exam? Yes No Unsure

Is this your child’s first eye glasses? Yes No Unsure

I, the undersigned parent or guardian of the above named child, do hereby give permission for my child to be examined by the QueensCare optometrist and allow the exchange of information between the QueensCare provider and the school nurse. I agree to release and to hold harmless QueensCare employees, agents, or representatives from any and all liability related to the detection and treatment of any vision problems. I understand this does not take the place of a routine comprehensive eye exam. Furthermore, by signing this form, I acknowledge receipt of QueensCare’s “Notice of Privacy Practices”. Our “Notice of Privacy Practices” provides information about how we may use and disclose your child’s medical information. We encourage you to read it in full.

Parent/Legal Guardian Printed Name

Parent/Legal Guardian Signature

Date

No, I do not wish for my child to participate in this program.

PLEASE RETURN THIS FORM TO THE SCHOOL NURSE AS SOON AS POSSIBLE.



QUEENSCARE

Formulario de Consentimiento para de Visión Móvil de QueensCare

El Programa de Visión Móvil de QueensCare brinda servicios para mejorar y ayudar a su hijo/a a alcanzar una buena visión. QueensCare es una organización sin fines de lucro que proporciona cuidados de salud accesibles para los residentes de Los Ángeles que son de bajos ingresos y que no tienen seguro médico.

Con su permiso, un optometrista revisará a su hijo/a para obtener una receta de lentes. Si se determina una receta, su hijo/a recibirá un par de anteojos **gratis**.

NO SE COBRA A SU SEGURO

Para que el optometrista pueda revisar a su hijo/a, complete este formulario de permiso y devuélvalo a la enfermera de la escuela lo antes posible.

Nombre del niño/a _____ Grado _____

Nombre de la escuela _____ Dirección de escuela _____

No. de teléfono durante el día _____ No. de Celular _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Género: Masculino Femenino

Origen étnico: Hispano/Latino No-Hispano/Latino Me niego a revelar el origen étnico

Raza: Negro Americano/Afroamericano Anglosajón Asiático/Nativo de Polinesia
 Indio Americano/Alaskeño Otro Me niego a revelar la raza

¿Es este el primer examen de la vista de su hijo/a? Sí No No estoy seguro

¿Es este los primeros anteojos de su hijo/a? Sí No No estoy seguro

Yo, abajo firmante y padre o tutor del niño/a mencionado arriba, doy mi consentimiento para que mi hijo/a sea examinado/a por el optometrista de QueensCare y permito el intercambio de información entre el proveedor de QueensCare y enfermera de la escuela. Estoy de acuerdo de liberar y mantener indemne a los empleados, agentes o representantes de QueensCare de cualquier y toda responsabilidad relacionada con la detección y tratamiento de problemas de visión. Entiendo que este examen limitado no reemplaza un examen comprensivo de la vista. Además, al firmar este formulario, yo tengo el conocimiento de haber recibido el "Aviso de Prácticas de Privacidad" de QueensCare. Nuestro "Aviso de Prácticas de Privacidad" brinda información acerca de cómo podríamos usar y divulgar la información de salud de su niño. Le recomendamos que lo lea en su totalidad.

Nombre en letra de molde de
Padre/Tutor

Firma de Padre/Tutor

Fecha

No, yo no deseo que mi hijo/hija participe en este programa.

**POR FAVOR, DEVUELVA ESTE FORMULARIO
A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA LO ANTES POSIBLE**