

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_  
Número de identificación del estudiante: \_\_\_\_\_



VISION  
FOR  
BALTIMORE

**Estimado padre/tutor:**

**Le solicitamos que entregue este formulario a la escuela hasta el 17 de septiembre de 2019 inclusive. Todos los estudiantes que entreguen el formulario participarán en un sorteo escolar para recibir tarjetas de regalo de Target, Walmart y Amazon.**

¡Vision for Baltimore visitará su escuela durante el año escolar 2019-2020!

Vision for Baltimore, una sociedad que abarca toda la ciudad, ofrecerá exámenes de la vista, exámenes oculares y gafas para su hijo/a. Uno de cada cuatro niños tiene dificultades para ver con claridad en la escuela, y esto puede afectar su aprendizaje. Los exámenes de la vista y los oculares ayudan a detectar a los niños que pueden necesitar gafas o tratamiento para otros problemas oculares.

**Así es cómo funciona el programa:**

**Examen de la vista:** la vista de su hijo/a será evaluada por el Departamento de Salud de la Ciudad de Baltimore (BCHD, por sus siglas en inglés) durante el año escolar. Se le informarán los resultados del examen, incluso si su hijo/a lo superó o no. Si no supera el examen, se le recomendará la realización de un examen ocular para evaluar la vista.

**Examen ocular:** la clínica de la visión móvil de Vision To Learn visitará la escuela de su hijo/a para realizar exámenes oculares a los estudiantes que no superen el examen de la vista. El examen ocular es efectuado por un optometrista autorizado. No se usan gotas oculares. Si el optometrista descubre que su hijo/a necesita gafas, él o ella podrá elegir entre una variedad de marcos Warby Parker y se le recetarán gafas. Se le informarán los resultados del examen ocular de su hijo/a, incluso si necesita gafas o una derivación para recibir atención de seguimiento.

**Gafas:** aproximadamente, cuatro semanas después del examen ocular, Vision To Learn regresará a la escuela de su hijo/a para distribuir las gafas, adaptadas de acuerdo con las recetas y ajustadas por un óptico calificado. El año pasado, más de 2 000 estudiantes recibieron gafas a través de Vision for Baltimore.

**Seguimiento:** el personal de la escuela y el de Vision for Baltimore trabajarán de manera conjunta para animar a los estudiantes a usar sus gafas y supervisar sus resultados satisfactorios. Si un estudiante rompe o pierde sus gafas, Vision for Baltimore puede ayudar a repararlas o reemplazarlas.

**Costos:** no se le cobrará nada por el examen o las gafas. Todos los estudiantes pueden participar en el programa, independientemente del estado de su seguro. Si su hijo/a está inscrito/a en Medicaid, entonces Medicaid recibirá la factura del examen ocular. Vision for Baltimore es un programa sin fines de lucro y facturar a Medicaid ayuda a que más niños se realicen los exámenes oculares. Usted podría recibir una notificación llamada Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de parte de su compañía aseguradora con información sobre los servicios facturados y los pagos que han sido aprobados, pero no recibirá ninguna factura por los servicios o las gafas.

Le pedimos que revise la información a continuación y decida si desea que su hijo/a se realice un examen ocular y reciba gafas (en caso de ser necesarias) del programa Vision for Baltimore si no pasa el examen de la vista. Aunque responda que no, complete la información de su hijo en el cuadro que aparece a continuación, marque "No" y entregue este formulario a la escuela para que lo archivemos en nuestro registro.

Le solicitamos que entregue este formulario a la escuela hasta el **17 de septiembre de 2019 inclusive**. **Todos los estudiantes que entreguen el formulario participarán en un sorteo escolar para recibir tarjetas de regalo de Target, Walmart y Amazon.**

**Si tiene preguntas y desea hablar con alguien sobre el programa antes de decidir participar, llame a Vision for Baltimore al 410-545-0140 o envíe un correo electrónico a [visionforbaltimore@baltimorecity.gov](mailto:visionforbaltimore@baltimorecity.gov).**

**Nombre del niño/a** (en letra imprenta) \_\_\_\_\_

**Apellido del niño/a** (en letra imprenta) \_\_\_\_\_

**Nombre de la escuela** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      **Grado** \_\_\_      **Género**     Masculino     Femenino  
(mes) (día)(año)

**Nombre y apellido del padre/tutor** (en letra imprenta) \_\_\_\_\_

**Teléfono** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico** \_\_\_\_\_

**Marque UNA casilla (SÍ o NO) a continuación sobre la participación de su hijo/a en el programa Vision for Baltimore.**

**SÍ, DESEO** que mi hijo/a se realice un examen ocular y reciba gafas (en caso de ser necesarias), si no pasa el examen de la vista.

**NO, NO DESEO** que mi hijo/a se realice ningún examen ocular ni reciba gafas (en caso de ser necesarias), si no pasa el examen de la vista, pero entiendo que será examinado/a por el BCHD.

Al marcar la opción SÍ en este formulario, acepto que, si mi hijo/a no pasa el examen de la vista de la escuela, pueda realizarse un examen ocular y recibir gafas, en caso de ser necesarias, a través de la clínica de la visión móvil de Vision To Learn. Doy mi consentimiento para que Vision To Learn acceda al número de identificación de Medicaid de mi hijo/a y facture dichos servicios a Medicaid, si corresponde.

Acepto renunciar a todas las reclamaciones en contra de las Escuelas Públicas de la Ciudad de Baltimore que puedan surgir a causa de la participación de mi hijo/a en el programa. Otorgo permiso para que los empleados o voluntarios de las Escuelas Públicas de la Ciudad de Baltimore lleven a los estudiantes a la clínica de la visión móvil a fin de que reciban los servicios durante el horario escolar en la escuela.

Mi firma demuestra que he leído y entendido los términos del presente Formulario de Consentimiento y Exención de Responsabilidad de Vision for Baltimore y acepto sus condiciones.

**Nombre y apellido del padre/tutor: (en letra imprenta)** \_\_\_\_\_

**Firma del padre/tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_