



**Office of Student Health and Wellness**

125 South Clark Street, Suite 900 •

Chicago, Illinois 60603

Teléfono: 773-553-1886 • Fax: 773-553-1883

18 de marzo de 2013

Estimado padre/madre/tutor:

Su hijo/a tiene la oportunidad de participar en el Vision Program de las Escuelas públicas de Chicago (CPS, por sus siglas en inglés) que les proporciona a los estudiantes exámenes de la vista y anteojos (si los necesita), sin costo para el estudiante o la familia. Debido a que una buena vista es importante para el éxito escolar, CPS les proporciona estos servicios a los estudiantes. Les recomiendo aprovechar las ventajas de este programa.

- Los exámenes de la vista son obligatorios para los estudiantes:
  - que ingresan a kindergarten
  - que ingresan por primera vez a una escuela de Illinois en cualquier nivel de grado
- Los exámenes de la vista se recomiendan para los estudiantes que:
  - no pasan la revisión de la vista
  - requieren un Individualized Education Program (IEP) (Programa de educación individualizada)
  - el maestro lo sugiere basado en la observación en el aula
  - entrecierran los ojos, inclinan la cabeza, se sientan demasiado cerca de la televisión o pierden el hilo de la lectura, se frotan los ojos, tienen lagrimeo excesivo o dolores de cabeza

Su hijo/a recibirá los servicios de la siguiente manera:

- ☐ Princeton Vision Clinic: los estudiantes viajarán en bus con la supervisión de un adulto asignado por la escuela a la clínica ubicada en la Escuela Primaria Princeton (5125 S. Princeton).

**O**

- ☐ Servicios de la vista basados en la escuela: el médico llegará a su escuela para proporcionar un examen completo de la vista. Después del examen de la vista, si su hijo necesita anteojos, ellos elegirán una montura, los anteojos se ordenarán y enviarán a la escuela en un plazo de 6 a 10 semanas. Se facturará al seguro médico si está disponible. Si el estudiante no tiene seguro, los exámenes de la vista se proporcionan sin costo para la familia.

**Usted DEBE leer y completar ambos lados del consentimiento adjunto y devolverlo a la escuela de su hijo/a de inmediato para permitir que su hijo/a participe.** Su hijo/a no podrá participar si el formulario de consentimiento adjunto no se devuelve firmado a la escuela.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese a la escuela de su hijo o con Katheryn Stafford-Hudson llamando al 773-535-8675 o [kgstafford-h@cps.edu](mailto:kgstafford-h@cps.edu).

Atentamente,

Stephanie A. Whyte MD, MBA  
Oficial Ejecutivo de Salud

*Educar • Inspirar • Transformar*

**Formulario de autorización y consentimiento  
para servicios de la vista**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del estudiante \_\_\_\_\_ ☐ Masculino ☐ Femenino  
Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ N.º de identificación del estudiante \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ N.º de salón \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Dirección del domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Raza/Etnia \_\_\_\_\_ N.º de 9 dígitos del destinatario de Medicaid/ALLKids \_\_\_\_\_  
Otro seguro: \_\_\_\_\_ Identificación de grupo \_\_\_\_\_ N.º de identificación \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_

Como el padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, comprendo que mi hijo no se sometió a la prueba de evaluación de la vista que se realizó en la escuela o un profesional del cuidado de la vista (Proveedor) recomendó que se le realizara un examen de la vista completo para determinar si necesita anteojos con receta médica u otro tratamiento.

Comprendo que como parte de este examen de la vista, se usarán agentes farmacéuticos (gotas oftálmicas) con el fin de dilatar los ojos de mi hijo. Estas gotas son una parte importante de un examen de la vista para permitir que el Proveedor realice un examen completo de la salud ocular. Además, comprendo que los efectos temporales de estas gotas oftálmicas pueden incluir la visión borrosa y sensibilidad a la luz, lo que podría restringir la movilidad de mi hijo haciendo inseguro que viaje sin asistencia o que opere un vehículo durante el resto del día. Comprendo además que este examen de la vista lo puede realizar un optometrista; un oftalmólogo; un especialista calificado; o un internista, un residente o un especialista clínico o técnico estudiante bajo la supervisión de un optometrista, oftalmólogo u otro especialista calificado y otorgo mi consentimiento para que mi hijo reciba el examen y/o tratamiento mencionados anteriormente. Otorgo mi consentimiento para todos los siguientes servicios, a menos que las casillas a continuación estén marcadas con "no".

Asimismo, comprendo que ni la escuela ni la Junta de Educación de la ciudad de Chicago (Junta) supervisan ni inspeccionan ningún servicio (como un examen de la vista) o materiales (como anteojos) que se le puedan suministrar a mi hijo y que la Junta y la escuela no tendrán responsabilidad alguna por la calidad de ninguno de dichos servicios o materiales.

Comprendo que el Proveedor facturará al Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica (HFS) de Illinois o a cualquier otro seguro aplicable actualmente por servicios y/o materiales reembolsables.

Comprendo que pueden seleccionar a mi hijo para ser fotografiado o entrevistado como parte de los documentos promocionales para el Programa de la Vista. Otorgo mi consentimiento para que la Junta o el Proveedor o CDPH utilicen la fotografía, voz o semejanza de mi hijo, pero no el uso del apellido de mi hijo. Comprendo que no existe una remuneración, dinero ni reembolso por la participación de mi hijo.

Por este medio otorgo mi consentimiento para que un Proveedor examine a este menor para realizarle un examen de la vista y recetarle anteojos, si estos se recetan durante el examen de la vista. Este consentimiento no autoriza ningún tratamiento ni servicios más allá de lo establecido. Comprendo que mi consentimiento será válido por un año a partir de la fecha de la firma.

Si usted NO quiere que su hijo reciba los siguientes servicios, marque la casilla apropiada. Tenga en cuenta que estos servicios se prestarán a menos que se indique lo contrario.

- ☐ En este momento YO NO otorgo mi consentimiento para que se dilaten los ojos de mi hijo  
☐ En este momento YO NO otorgo mi consentimiento para que se fotografíe ni entreviste a mi hijo  
☐ En este momento YO NO otorgo mi consentimiento para que se examine a mi hijo para determinar si los anteojos, si se recetan, son de ayuda

Firme y escriba la fecha para otorgar su consentimiento para los servicios y complete el historial médico en el reverso de este formulario.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Con mi firma a continuación, comprendo que otorgo mi autorización al Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Chicago (CDPH) y a la Junta de Educación de la Ciudad de Chicago (Junta) para que divulguen y proporcionen información con relación a los datos anteriores de la prueba de detección de la vista en el registro educativo de mi hijo, a los Proveedores con el propósito de garantizar que los Proveedores puedan prestar los servicios de forma efectiva. Autorizo a los Proveedores para que divulguen y proporcionen los informes de la escuela de mi hijo, incluyendo informes escritos o verbales con relación a los resultados de cualquier examen de la vista, para que puedan incluirse en el registro educativo de mi hijo. También, autorizo a CDPH a que divulgue a la Junta, la información de mi hijo, la fecha y tipo de servicios de la vista que se proporcionan, si se le recomendaron servicios de seguimiento y otra información que el Estado de Illinois solicite que la Junta informe. Comprendo que dichos registros estarán sujetos a derechos de privacidad que permite la ley federal y estatal. Además, autorizo a los Proveedores a que divulguen la información del examen de la vista y la información de la facturación al Departamento de Servicios Familiares y Atención Médica (HFS) de Illinois, para facturar el seguro. CDPH y los Proveedores no pueden condicionar el tratamiento, pago ni elegibilidad para los beneficios en esta autorización o mi rechazo para firmar dicha autorización.

Esta autorización es válida por un año. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar un aviso por escrito a CDPH, a la escuela de mi hijo o a la Oficina de la Junta de Salud y Bienestar Estudiantil. Revocar esta autorización no tendrá efecto alguno sobre ninguna información que se use o divulgue antes de la revocación. La información que se divulgue de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una divulgación posterior por el destinatario.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Formulario del historial médico del estudiante

Fecha del último examen de la vista del estudiante: \_\_\_\_\_ Usa actualmente su hijo anteojos o lentes de contacto: ☐ Sí ☐ No

¿Cómo se enteró del Programa de la Vista? (marque todos los que aplican)

☐ Personal de la escuela ☐ Carta sobre la prueba de evaluación de la vista a la que no se sometió ☐ Amigo ☐ Otros

¿Su hijo o un miembro de la familia inmediato tiene alguno de los siguientes? (marque todos los que aplican)

Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	_____
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	_____
Alergias (enumere)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	_____

¿Está su hijo tomando algún medicamento? ☐ Sí ☐ No enumere los medicamentos \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguno de los siguientes?

Terapia de la vista	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lesión ocular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lagrimo/ojos llorosos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Un parche sobre el ojo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infección del ojo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Párpados caídos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cirugía del ojo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Irritación/ardor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enrojecimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor en los ojos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Secreción del ojo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dificultad para seguir objetos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Visión borrosa/doble	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Ojo desviado/perezoso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Mala escritura	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Otro _____					

¿Tiene su hijo un Programa Educativo Individual (IEP)? ☐ Sí ☐ No

El desempeño del niño es: ☐ superior al nivel del grado ☐ en el nivel del grado ☐ por debajo del nivel del grado

¿Está el niño actualmente recibiendo alguno de los siguientes **servicios**? (marque todos los que aplican)

☐ Educación especial ☐ Tutorías ☐ Terapia del habla ☐ Terapia ocupacional (OT) ☐ Terapia física (PT)

Su hijo tiene alguno de los siguientes: (marque todos los que aplican)

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Problemas endocrinos	<input type="checkbox"/> Problemas para terminar el trabajo
<input type="checkbox"/> Dificultad para prestar atención	<input type="checkbox"/> Problemas conductuales	<input type="checkbox"/> Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca
<input type="checkbox"/> Problemas musculoesqueléticos	<input type="checkbox"/> Se frustra fácilmente	<input type="checkbox"/> Evita leer/escribir	
<input type="checkbox"/> Trastorno de déficit de atención	<input type="checkbox"/> Enfermedad de salud mental	<input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales	
<input type="checkbox"/> Dificultad para permanecer quieto	<input type="checkbox"/> Pierde la secuencia al leer	<input type="checkbox"/> Problema auditivo/del oído	<input type="checkbox"/> Falta de confianza
<input type="checkbox"/> Lee por debajo del nivel del grado	<input type="checkbox"/> Problemas genitourinarios		

¿Hay algo más que desee que sepamos sobre su hijo?

---

---

---

¿Algún familiar inmediato de su hijo tiene alguno de los siguientes? (marque todos los que aplican)

<input type="checkbox"/> Usa anteojos	<input type="checkbox"/> Ojo desviado	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Degeneración macular
<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/> Problemas musculoesqueléticos	
<input type="checkbox"/> Ojo perezoso	<input type="checkbox"/> Ceguera	<input type="checkbox"/> Enfermedad de salud mental		