



# FORMULARIO DE PERMISO PARA SIGHTFEST

## ATENCIÓN PADRES!

De acuerdo con un examen de vista, su niño puede tener problemas para ver con claridad y debe ver a un oftalmólogo.

### SI:

- ✓ Su hijo/a **NO** bebe tener seguro médico (incluyendo Medicaid) que cubre un examen de la vista y lentes.
- ✓ Su hijo/a es elegible para el programa de almuerzo gratis o a precio reducido.

### ENTONCES:

- ✓ Por favor, llene este formulario y devuélvalo a la escuela **el 18 de DICIEMBRE.**

El **26 de ENERO, 2024** la escuela de su hijo lo transportará a las **Oficina del Distrito Escolar de la Ciudad de Murray (5102 S Commerce Dr.)** y recibirá un examen de vista **GRATIS.**

Volverán a la escuela antes de que termine el día. Se transportarán los lentes recetados a los estudiantes para que se los despachen o se los entregarán en la escuela en 4-6 semanas.

FOR NURSE/PROGRAM ADMINISTRATOR/SCREENER ONLY (REQUIRED)

Visual Acuity Right: \_\_\_\_\_  
 Left: \_\_\_\_\_  
 Both: \_\_\_\_\_

Date Tested \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nurse/Administrator Name: \_\_\_\_\_

Si usted tiene alguna pregunta póngase en contacto conmigo Friends for Sight en (801) 524-2020

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_  
 Primero Inicial Apellido

Dirección \_\_\_\_\_

Nombre de Escuela \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Genero v / h

### HISTORIAL DE SALUD:

Tiene su hijo o algún miembro de su familia inmediata (padres, abuelos y hermanos) cualquiera de los siguientes:

PROBLEMAS DE LOS OJOS Si  ¿Relación? \_\_\_\_\_ No   
 Indique: \_\_\_\_\_

¿Conoce de alguna ALERGIA presente en su hijo/a? Si  , por favor indique: \_\_\_\_\_ No

¿Está su hijo actualmente tomando algún MEDICAMENTO? Si  , por favor indique: \_\_\_\_\_ No

¿Alguna vez su hijo/a usado lentes? Si  No

¿Tiene su hijo/a seguro? Si  , Aseguradora: \_\_\_\_\_ No

\*Si tiene aceguranza qual es una razon per no cubrebría (i.e.beneticios exhaustos, no transportacion, etc): \_\_\_\_\_

Por favor indique cualquier problema o síntomas conocidos que su hijo/a tiene con su visión, salud de los ojos, o lesiones de los ojos: \_\_\_\_\_

### Yo doy mi permiso para que mi hijo/a pueda recibir un examen de vista gratis y lentes en SIGHTFEST.

Doy mi permiso para que mi hijo sea transportado por el distrito escolar en un autobús / vehículo de motor hacia y desde el evento SIGHTFEST y la dispensación de gafas. Entiendo que se espera que mi hijo cumpla con todas las leyes aplicables con respecto a la conducción de un vehículo motorizado y que siga las instrucciones proporcionadas por el conductor y / u otros voluntarios adultos.

Gotas para los ojos podrían ser usadas durante el examen para alargar las pupilas para que el doctor pueda ver adentro del ojo. Estas gotas no van a dañar su visión o su ojo. La pupila va a estar más grande que lo normal por un tiempo y volverá a su tamaño normal entre unas horas hasta un día. Durante este periodo, el paciente va a sentir sensibilidad a la luz y dificultad a leer o visión borrosa.

Yo libero y descargo de cualquier y todas las, demandas, daños, reclamaciones, pérdidas o responsabilidades que surjan de este evento o cualquier uso concedida a las organizaciones, funcionarios, directores, empleados, representantes, voluntarios, agentes, afiliados y/o cesionarios de los siguientes grupos: el/los optometrista(s) independiente(s) y oftalmólogo(s) que realizan el examen de la vista; cualquier agencia copatrocinando y Friends for Sight.

Doy mi consentimiento para que este evento puede ser fotografiado o filmado para su uso en las comunicaciones internas y para la publicidad, la promoción y la publicidad relativa a SIGHTFEST y sus patrocinadores.

\_\_\_\_\_  
 Firma de Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Nombre Imprimido de Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
 Teléfono (necesario)