



EYE THRIVE

EXAMEN de Ojos GRATUITO y LENTES para sus niños!

Eye Thrive se enorgullece de operar una Clínica de Visión Móvil que proporciona exámenes oculares y anteojos recetados a niños en toda nuestra comunidad sin costo alguno.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Apellido del niño _____

Género: Hombre Otro Origen étnico: Afroamericanos Caucásico Múltiples Razas Otro _____
Mujer Preferir no decir Asiático Hispano Nativo Americano

Escuela del niño: _____ Distrito: _____

¿Su hijo está inscrito en Medicaid? (círculo uno) NO SI
En caso afirmativo, la identificación de Medicaid de mi hijo es: _____

¿Su hijo está inscrito en almuerzo gratuito o reducido? (círculo uno) NO SI

Teléfono celular de los padres: _____ Correo electrónico: _____

Dirección de la calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Su firma a continuación autoriza a nuestro optometrista y personal con licencia a realizar un examen ocular (con gotas si es necesario) y prescribir y dispensar gafas (si es necesario). También está autorizando la divulgación completa de los resultados del examen ocular de su hijo. Esta información puede ser compartida con las siguientes personas: usted mismo, la enfermera de la escuela de su hijo y cualquier especialista al que podamos referir a su hijo para el seguimiento y la continuidad de la atención. También está dando permiso para verificar la elegibilidad de Medicaid y, si corresponde, facturar a Medicaid solo para el examen ocular.

Entiendo que, debido a que un examen ocular implica una proximidad física cercana, puede haber un riesgo elevado de transmisión de la enfermedad, incluyendo COVID-19. Al firmar este formulario, reconozco que soy consciente de los riesgos involucrados en que mi hijo reciba tratamiento en este momento, acepto voluntariamente asumir esos riesgos, y libero y exiointenso a la practicante/organización de cualquier reclamo relacionado con el mismo.

FIRMA de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del Padre/Guardián: _____ Relación con el paciente: _____

Su firma a continuación permite que su hijo sea fotografiado o filmado únicamente para la promoción de Eye Thrive y nuestras organizaciones asociadas, incluidas VSP Global y sus empresas.

FIRMA de Padre/Guardián: _____

Historial de salud:

¿Su hijo ha recibido alguna vez un examen ocular?	Sí	No	En caso afirmativo, ¿fue de Eye Thrive?	Sí	No
¿Alguna vez le han recetado anteojos a su hijo?	Sí	No	En caso afirmativo, ¿hace cuánto?	_____	
¿Su hijo usa anteojos ahora?	Sí	No			
¿Su hijo se queja de visión borrosa?	Sí	No			
¿Su hijo alguna vez se lesionó o tuvo cirugías en sus ojos?	Sí	No			
¿Su hijo tiene diabetes?	Sí	No			

Enumere todos los medicamentos que su hijo esté tomando actualmente. _____

Enumere cualquier alergia a los alimentos o medicamentos que su hijo tenga. _____

Enumere cualquier condición médica que su hijo haya sido diagnosticado con. _____

Enumere los antecedentes familiares de enfermedad ocular. _____