Formulario de consentimiento, relevo de responsabilidad y autorización para los servicios de la vista

Chicago Public Schools

Padres: Si desean que su estudiante reciba un examen de la vista, por favor, firme y devuelva a la escuela el consentimiento para los servicios de la vista lo antes posible.

Por favor escriba en letra de molde:

APELLIDO(S)		**NOMBRE**		**SEGUNDO NOMBRE**
SEXO (Escriba M / F / X / N)	**FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE**		**NOMBRE DE LA ESCUELA**	
# DE ID DEL ESTUDIANTE		**GRADO**		**# DE AULA**
NOMBRE DEL PADRE / MADRE / TUTOR			**CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE**	
TELÉFONO	**DIRECCIÓN DE DOMICILIO** (incluya el número de unidad si corresponde)		**CIUDAD**	**ESTADO** **CÓDIGO POSTAL**
# DE MEDICAID/TARJETA MÉDICA # DE BENEFICIARIO DE ALLKIDS		**RAZA**		**FECHA DE NACIMIENTO**
SEGURO PRIVADO DE LA VISTA	**NOMBRE DEL TITULAR DE LA TARJETA**	**FECHA DE NACIMIENTO**	**# DE GRUPO**	**# DE IDENTIFICACIÓN**
SEGURO MÉDICO DE LA VISTA	**NOMBRE DEL TITULAR DE LA TARJETA**	**FECHA DE NACIMIENTO**	**# DE GRUPO**	**# DE IDENTIFICACIÓN**

Como padre o tutor legal del estudiante que se menciona anteriormente, entiendo que este recibirá un examen completo de la vista para determinar si necesita usar lentes o recibir otro tratamiento por parte de un profesional de la vista (un proveedor).

Además, entiendo que este examen de la vista lo puede realizar un optometrista, un oftalmólogo, un especialista calificado; o un pasante, un residente o un clínico o técnico en prácticas, bajo la supervisión de un optometrista, oftalmólogo u otro especialista calificado. Doy mi consentimiento para que mi estudiante reciba un examen o un tratamiento de la vista.

También entiendo que ni la escuela ni la Junta de Educación de Chicago (la Junta) supervisan o controlan cualquier servicio (como el examen de la vista) o materiales (como los lentes) que se podrían proveer a mi estudiante, y que ni la Junta ni la escuela serán responsables por la calidad de dichos servicios o materiales.

Teniendo en cuenta los servicios y los materiales que recibirá mi estudiante, por la presente acepto indemnizar, liberar de toda responsabilidad y defender a la cuidad de Chicago (City of Chicago), a sus departamentos, empleados, oficiales, contratistas, voluntarios, agentes y representantes; y a la Junta y a sus miembros, síndicos, agentes, oficiales, contratistas, voluntarios, representantes y empleados, por cualquier responsabilidad que me corresponda o que le corresponda a mi estudiante. También realizaré esto por todos los reclamos, las pérdidas, las lesiones, los daños que me ocurran a mí o a mi estudiante, tanto conocidos como desconocidos, previstos o imprevistos, surgidos en conexión con los servicios y los materiales recibidos por mi estudiante, sean o no dichos reclamos, pérdidas, lesiones, daños o responsabilidades que se deriven en su totalidad o en parte de la negligencia de la ciudad de Chicago, de sus departamentos, empleados, oficiales, contratistas, voluntarios, agentes o representantes, o de la negligencia de la Junta, de sus miembros, síndicos, empleados, oficiales, contratistas, voluntarios agentes o representantes. Además, acepto liberar de toda responsabilidad a los proveedores y los copatrocinadores, a sus empleados, oficiales, voluntarios, agentes y representantes de todos los reclamos, las demandas, las acciones, las quejas, los juicios u otras formas de responsabilidad que puedan surgir, con motivo de o causado por cualquier desempeño de servicios ofrecidos por dichos proveedores, o por la calidad de los lentes o cualquier otro material provisto por ellos bajo el Programa, a menos que se atribuya a su negligencia premeditada o descuidada. En el caso de que una de las condiciones de este formulario no sea aplicable, se eliminará esta condición y el resto del formulario permanecerá en efecto.

Entiendo que el proveedor facturará al Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois (HFS, por sus siglas en inglés), o a cualquier otro seguro privado que sea actualmente aplicable para los servicios o materiales reembolsables.

Si usted NO desea que su estudiante reciba alguno de los siguientes servicios, marque la casilla apropiada.

Entiendo que como parte de este examen de la vista, se usarán agentes farmacéuticos (gotas ópticas) con el fin de dilatar los ojos de mi estudiante. Estas gotas son una parte importante de un examen de la vista para permitir que el proveedor realice un examen completo de la vista. Además, entiendo que los efectos temporales de estas gotas ópticas pueden incluir la visión borrosa y la sensibilidad a la luz, lo que podría restringir la movilidad de mi estudiante, creando así inseguridad cuando camine sin asistencia o cuando conduzca durante el resto del día.

☐ **Actualmente, NO doy mi consentimiento para que el médico dilate los ojos de mi estudiante.**

Entiendo que al rechazar la dilatación, puedo limitar la capacidad del médico para detectar y tratar ciertas condiciones.

Tenga en cuenta que se realizarán los servicios a menos que se indique lo contrario.

Entiendo que pueden fotografiar, grabar en vídeo o en audio o entrevistar a mi estudiante y usar estos medios electrónicos para promocionar el Programa de la Vista. Doy mi consentimiento para que la Junta o el proveedor o el Departamento de Salud Pública de Chicago (CDPH) utilice las fotografías, la voz o la imagen de mi estudiante, pero que no usen el apellido de mi estudiante. Entiendo que no recibiré ninguna compensación, dinero ni reembolso por la participación de mi estudiante.

☐ **Actualmente, NO doy mi consentimiento para que fotografíen o entrevisten a mi estudiante.**

Al firmar abajo, entiendo que doy mi autorización al Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Chicago (CDPH) y a la Junta de Educación de la Ciudad de Chicago (la Junta) para que divulguen y provean a los proveedores información sobre el examen de la vista anterior que se encuentran en el registro educativo de mi estudiante. Esto tiene el fin de asegurar que los proveedores puedan proveer servicios de forma efectiva. Autorizo a que los proveedores divulguen y provean los informes de la escuela de mi estudiante, incluyendo los informes escritos o verbales de los resultados de cualquier examen de la vista, con el fin de que se incluyan en el registro educativo de mi estudiante. También, autorizo a que CDPH divulgue a la Junta la información de mi estudiante, la fecha y el tipo de servicios de la vista provistos, ya sea si se le recomendó servicios de seguimiento y otra información que el Estado de Illinois solicite de la Junta. Entiendo que dichos registros estarán sujetos a derechos de privacidad que permiten la ley federal y estatal. Además, autorizo a que los Proveedores divulguen la información del examen de la vista y la información de la facturación al Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois (HFS), con el propósito de facturar el seguro. El CDPH y los proveedores no pueden condicionar el tratamiento, el pago ni la elegibilidad para los beneficios en esta autorización o mi rechazo para firmar dicha autorización.

*****Por favor firme y escriba la fecha en las dos líneas de firma. Complete el historial médico en la segunda página de este formulario.*****

Esta autorización es válida por un año. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mandando una nota por escrito al CDPH, a la escuela de mi estudiante o a la Oficina de Salud y Bienestar Estudiantiles. El revocar esta autorización no tendrá ningún efecto sobre la información que se ha usado o divulgado antes de la revocación. La información que se divulgue de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una divulgación posterior por el destinatario.

Por la presente, doy mi consentimiento a que un proveedor haga un examen de la vista a este menor de edad, y a que le prescriba lentes durante tal examen. Este consentimiento no autoriza ningún tratamiento ni servicios más allá de lo establecido. Entiendo que mi consentimiento será válido por un año a partir de la fecha de la firma.

Este formulario debe ser firmado a mano. Una firma electrónica no es aceptable.

_____ _____

Firma del padre o tutor legal **Fecha**

_____ _____

Firma del padre o tutor legal **Fecha**

RETAIN IN A BINDER FOR 2 YEARS

Formulario de historial médico del estudiante para servicios de la vista

Chicago Public Schools

Padres: Si desean que su estudiante reciba un examen de la vista, por favor, firme y devuelva a la escuela el consentimiento para los servicios de la vista lo antes posible.

Por favor escriba en letra de molde:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE	FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN DE LA VISTA DEL ESTUDIANTE

NOMBRE DE LA ESCUELA	¿USA SU ESTUDIANTE 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 evaluación de la vista que su estudiante no aprobó ☐ Amigo ☐ Otro Añada detalles _____

¿TIENE SU ESTUDIANTE ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES? (Marque todas las que apliquen)

☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Problemas genitourinarios ☐ Enfermedad cardíaca ☐ Problemas músculoesqueléticos

☐ Trastorno de déficit de atención ☐ Problemas endocrinos ☐ Glaucoma ☐ Alta presión arterial ☐ Problemas neurológicos

☐ Problemas de conducta ☐ Problemas gastrointestinales ☐ Problemas auditivos o de oídos ☐ Enfermedad mental ☐ Otra condicion _____

¿TOMA SU ESTUDIANTE ALGÚN MEDICAMENTO? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Haga una lista de los medicamentos:

¿TIENE SU ESTUDIANTE ALERGIAS? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Haga una lista de las alergias:

¿USA SU ESTUDIANTE GOTAS ÓPTICAS? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Haga una lista de las gotas ópticas:

¿HA TENIDO SU HIJO UNA CIRUGÍA DEL OJO? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

En caso afirmativo, explique por favor:

¿HA TENIDO SU ESTUDIANTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?

☐ Terapia visual ☐ Visión borrosa/doble visión ☐ Lagrimeo ☐ Dificultad para estar quieto ☐ Se frustra fácilmente

☐ Parche de ojo ☐ Pierde su lugar cuando lee ☐ Sensibilidad a la luz ☐ Evita leer/escribir ☐ Falta de confianza

☐ Cirugía del ojo ☐ Lesión del ojo ☐ Enrojecimiento ☐ Dificultad para prestar atención ☐ Secreción del ojo

☐ Dolor en el ojo ☐ Infección del ojo ☐ Párpados caídos ☐ Tiene el nivel de lectura inferior a su grado ☐ Ojo desviado/perezoso

☐ Dificultad para enfocar la vista ☐ Irritación/ardor ☐ Dificultad para terminar su trabajo ☐ Mala escritura

☐ Otras _____

¿ALGÚN FAMILIAR INMEDIATO DE SU ESTUDIANTE TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES? (Marque todas las que aplican)

☐ Usa lentes ☐ Glaucoma ☐ Ojo perezoso ☐ Alta presión arterial

☐ Ceguera ☐ Degeneración macular ☐ Diabetes ☐ Ojo desviado

☐ Enfermedad cardíaca ☐ Problemas cardiovasculares ☐ Problemas neurológicos ☐ Enfermedad mental

☐ Problemas músculoesqueléticos

¿TIENE SU ESTUDIANTE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADO (IEP O PLAN 504)? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

EL RENDIMIENTO ACADÉMICO DE MI ESTUDIANTE ES: ☐ Superior al nivel del grado ☐ Es del nivel del grado ☐ Inferior al nivel del grado

SI ES INFERIOR AL NIVEL DE GRADO, POR FAVOR SELECCIONE LAS CLASES (Marque todas las que aplican)

☐ Lectura ☐ Matemáticas ☐ Ciencias Sociales ☐ Escritura ☐ Otra _____

¿ESTÁ RECIBIENDO SU ESTUDIANTE ALGUNO DE LOS SERVICIOS MENCIONADOS ABAJO? (Marque todos los que aplican)

☐ Educación especial ☐ Tutoría ☐ Terapia del lenguaje ☐ Terapia ocupacional (OT) ☐ Terapia física (PT)

ESCRIBA LOS PASATIEMPOS O LOS INTERESES ESPECIALES DE SU ESTUDIANTE:

¿HAY ALGO MÁS QUE DESEE QUE SEPAMOS SOBRE SU ESTUDIANTE?

RETAIN IN A BINDER FOR 2 YEARS