Nombre del niño(a): _____

Número de identificación
del estudiante: _____

Estimado(a) padre/madre o tutor:

¡Durante este año escolar, Vision for Baltimore visitará su escuela!

Vision for Baltimore, una asociación de toda la ciudad, ofrecerá revisión de la vista, exámenes oculares y, si es necesario, anteojos para su hijo(a). Uno de cada cuatro niños puede tener dificultades para ver con claridad en la escuela y esto puede afectar su aprendizaje. Las revisiones de la vista y los exámenes oculares ayudan a identificar a los niños que pueden necesitar anteojos o tratamiento para otros problemas oculares. A partir de este año y el próximo, Vision for Baltimore prestará servicios a todas las escuelas públicas de la ciudad de Baltimore, desde Pre-K hasta el grado 12.

El programa funciona de la siguiente manera:

Revisión de la vista: Cuando la escuela de su hijo(a) sea visitada, el Departamento de Salud de la Ciudad de Baltimore (BCHD) o la organización sin fines de lucro Vision To Learn examinará la vista de su hijo(a) sin costo alguno para usted. Le informarán los resultados de la revisión, incluso si su hijo(a) pasó la prueba o no. Si su hijo(a) no pasa la prueba de detección, se recomienda un examen ocular para revisar su visión.

Examen ocular: La clínica móvil de oftalmología Vision To Learn visitará la escuela de su hijo(a) para realizar exámenes oculares de rutina a los estudiantes que sean elegibles para nuestro programa, sin costo de bolsillo. El examen ocular lo realiza un optometrista independiente con licencia. No se usan gotas para los ojos. Si su hijo(a) necesita anteojos, tendrá la oportunidad de elegir entre una variedad de marcos Warby Parker y se pedirán los anteojos. Le informarán los resultados del examen ocular de su hijo(a), incluyendo si necesita anteojos o un referido para recibir atención de seguimiento.

Anteojos: Aproximadamente 4 semanas después del examen ocular, Vision To Learn regresará a la escuela de su hijo(a) para distribuir los anteojos, personalizados con su receta y ajustados por un óptico capacitado. No hay ningún costo de bolsillo para usted. El año pasado, más de 3,000 estudiantes recibieron anteojos a través de Vision for Baltimore.

Monitoreo: El personal escolar y el personal de Vision for Baltimore trabajarán juntos para alentar a los estudiantes a usar sus anteojos y hacer un seguimiento de su resultado. Si un estudiante rompe o pierde sus anteojos, Vision for Baltimore puede ayudarlo con las reparaciones y remplazos.

Costos: No se le cobrará por la revisión de la vista, el examen ocular ni los anteojos. Todos los estudiantes pueden participar en el programa, independientemente del estado de su seguro. Si su hijo(a) está inscrito en Medicaid, el examen ocular de rutina se le puede cobrar a Medicaid. Vision for Baltimore es un programa sin fines de lucro, y cobrar a Medicaid ayuda a que más niños se hagan el examen ocular. Es posible que reciba un aviso llamado Explicación de beneficios (EOB) de su compañía de seguros con información sobre los servicios cobrados y los pagos que se han aprobado, pero no recibirá ninguna factura por los servicios o los anteojos.

Revise la información que aparece a continuación y decida si desea que su hijo(a) reciba un examen ocular y anteojos (si los necesita) por parte del programa Vision for Baltimore, si es elegible. Incluso si dice que no, complete la información de su hijo(a) en el recuadro que se encuentra a continuación, marque el recuadro "No" y devuelva este formulario a la escuela para nuestro registro.

Si tiene preguntas y desea hablar con alguien sobre el programa antes de decidir participar, llame a Vision for Baltimore al 410-616-2344 o envíe un correo electrónico a v4b@bcps.k12.md.us.

Nombre del niño(a) (letra de molde)_____

Apellido del niño(a) (letra de molde)_____

Nombre de la escuela _____

Fecha de nacimiento____/ ____/ ____ **Grado** ____ **Género** ☐ Masculino ☐ Femenino
(mes) (día) (año)

Nombre y apellido del padre/madre o tutor (letra de molde) _____

Teléfono_____**Correo electrónico** _____

Dirección_____**Código postal** _____

Marque UN recuadro (SÍ o NO) a continuación con respecto a la participación de su hijo en el programa Visión for Baltimore.

☐ SÍ, QUIERO que mi hijo(a) reciba un examen ocular y anteojos (si los necesita) si no pasa la revisión de la vista a través del programa.

☐ NO, NO QUIERO que mi hijo(a) reciba un examen ocular ni anteojos (si los necesita) si no pasa la revisión de la vista, pero entiendo que el BCHD examinará los grados mandatorios (si asiste a una escuela elemental o intermedia).

Al marcar el recuadro SÍ en este formulario, acepto que si mi hijo(a) no pasa la revisión de la vista o es elegible para el programa, puede recibir un examen ocular y anteojos, si es necesario, a través de un optometrista independiente del equipo de la clínica móvil de oftalmología operada por Vision To Learn. Doy mi consentimiento para que Vision To Learn acceda al número de identificación de Medicaid de mi hijo(a) y cobre a Medicaid por esos servicios, si corresponde.

También doy consentimiento a Vision To Learn a recibir información personal por parte de Baltimore City Public Schools, incluyendo el numero de mi estudiante, fecha de nacimiento, información de contacto y nombre del padre o guardián, para facilitar los servicios del programa.

Acepto que renuncio a todas las demandas contra la Junta de Comisionados Escolares de la Ciudad de Baltimore (Junta), las Escuelas Públicas de la Ciudad de Baltimore (Sistema Escolar), Vision To Learn y Baltimore City Health Department (BCHD) y sus respectivos empleados y voluntarios que puedan surgir de la participación de mi hijo(a) en el programa. Doy permiso para que los empleados o voluntarios del Sistema Escolar lleven a los estudiantes a la clínica móvil de oftalmología para recibir servicios en el recinto escolar durante el horario escolar. Además, libero y eximo a la Junta, el Sistema Escolar, Vision To Learn, BCHD, y sus respectivos empleados y voluntarios de cualquier acción y responsabilidad que pueda tener contra la Junta, el Sistema Escolar, Vision To Learn y BCHD y sus respectivos empleados y voluntarios en relación con el programa Vision for Baltimore.

Mediante mi firma, demuestro que he leído y entiendo los términos de este formulario de consentimiento y exención de Vision for Baltimore y acepto sus condiciones.

Nombre y apellido del padre/madre o tutor: (letra de molde) _____

Firma del padre/madre o tutor: _____ **Fecha:** _____