Dear Parent/Guardian:

Your child has failed a vision screening. It is important that your child gets a vision exam soon. Your child's ability to read and pay attention in class may be difficult if the vision problem is not corrected.

The See to Succeed program provides free vision exams and eye glasses to school children ages 6-18 years.

With a signed consent form, your child will attend a free chaperoned school field trip to a Kids Vision Clinic sponsored by the City of Houston Health Department.

Please check one box below:

☐ Yes, my child has permission to participate and receive a free eye exam and glasses if needed.

Parent or Guardian Signature _____ **Date** _____

Please continue to the next page and fill out the forms completely.

☐ No, my child will not participate.

Reason my child will not participate:

☐ I will take my child to the eye doctor.

☐ I believe my child does not need glasses.

☐ I need more information about the See to Succeed program

☐ Other_____

Parent Name: _____ Phone Number: _____

Parent Email Address: _____

Child's Name: _____School Name: _____

Please return this form to your child's school nurse.

Querido Padre/Guardián:

Su hijo/hija no paso el examen de la vista. Es muy importante que su hijo tenga un examen de la vista lo más pronto posible. Su hijo puede tener dificultad para leer y poner atención en sus clases si no se corrige este problema visual.

El Programa "See to Succeed" ofrece exámenes de visión gratuitos y anteojos (lentes) a los estudiantes de las edades escolar de 6 a 18 años.

Con el consentimiento firmado por el padre o madre el niño(a) atenderá una salida gratuita acompañado por chaparrones o guías a la clínica "Kids Vision" patrocinado por el Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Houston.

Por favor marque una casilla de abajo:

☐ Sí, mi hijo/a tiene permiso para participar y recibir un examen de la vista gratis y lentes si es necesario.

Firma del Padre/Guardián _____ **Fecha** _____

Por favor continúe a la siguiente página y llene el formulario por completo.

☐ No, mi hijo/a non participará.

La razón porque mi hijo/a no participará:

☐ Llevare a mi hijo/a a un oculista.

☐ Yo creo que no necesita anteojos (lentes).

☐ Necesito más información acerca de este programa.

☐ Otro _____

Firma del Padre o Guardián: _____ Número de teléfono _____

Email del Padre o Guardián: _____

Nombre del niño/a: _____ Nombre de la Escuela: _____

Por favor, devuelva este formulario a la enfermera de la escuela de su hijo.

Kids Vision for Life

PARENT FACT SHEET/FACTORES IMPORTANTES PARA LOS PADRES

Things every parent should know about vision:

- Vision problems that are not corrected can reduce a student's ability to read, concentrate and process information
- Healthy vision is a critical part of learning well in school
- 80% of all learning during a child's first 12 years is obtained through vision (Source: Journal of Behavior Optometry)
- It is estimated that 25% of school-aged children have vision problems
  (Source: American Optometric Association)

Información que todos los padres deben de saber sobre la vista:

- Los problemas de la vista que no son corregidos pueden reducir la habilidad de los estudiantes para leer, concentrar, y procesar información.
- Una visión saludable es una parte muy crítica en un buen proceso de aprendizaje en la escuela.
- 80% del aprendizaje de un niño en sus primeros 12 años de edad es obtenido a través de la vista (Fuente de información: Journal of Behavior Optometry)
- Se estima que el 25% de los niños en edad escolar tiene problemas de la vista
  (Fuente de información: American Optometric Association)

We can help:

- Your child can get FREE eye glasses through vision clinics sponsored by the Houston Health Department and other agencies who participate in a collaboration called Kids Vision for Life. Vouchers are also available.
- At a vision clinic, a licensed provider will check your child's vision and prescribe glasses if needed.
- Your child will choose his/her own frame after the exam if glasses are needed.
- Glasses will be delivered to the school within 6 weeks of the vision clinic.

Le podemos ayudar:

- Su hijo/hija puede recibir GRATIS anteojos/gafas a través de las clínicas de la vista, patrocinadas por el Departamento de Salud de la Ciudad de Houston y otras agencias que participan en una coalición llamada "Kids Vision for Life". Vales están también disponibles.
- En una clínica de la vista, un proveedor con licencia examinara la vista de su hijo y le recetara anteojos/gafas si es necesario.
- Su hijo/hija podrá escoger la armazón de sus anteojos/gafas después de su examen si son necesarios
- Los anteojos/gafas serán entregados en la escuela en las siguientes 6 semanas después de su examen

Act now to get your child's vision problem corrected:

- Fill out the attached parental consent form below and sign the form
- Return the completed form to your child's school by _____
- The entire process, from registration at the stated appointment time to the completion of the eye exam and eyewear, will take 2-4 hours. Please make arrangements to ensure that your child will have available any necessary medications and/or food that will be needed during this time period. Due to space limitations, parents cannot accompany the child during a Clinic.

Actué ahora para corregir los problemas de la vista de su hijo\hija:

- Si usted desea que su hijo/hija participe en este programa, por favor llene y firme la forma de consentimiento del historial de salud de su hijo/hija.
- Regrese esta forma complete a la escuela de su hijo/hija el día _____
- Todo el proceso desde el tiempo de inicio de la cita hasta el examen y la selección de los anteojos/gafas durara aproximadamente 2-4 horas. Por favor haga los arreglos necesarios para asegurarse que su hijo/hija tenga sus medicinas, y comida de ser necesario durante este tiempo. Debido al espacio limitado, los padres no podrán acompañar a sus hijos durante su visita a la clínica.

HOUSTON HEALTH DEPARTMENT

BERKELEY EYE CENTER

Walmart

SAN JACINTO COLLEGE

UNIVERSITY of HOUSTON COLLEGE of OPTOMETRY

kids vision for life

essilor

Alcon

PARENT INFORMATION SHEET-ENGLISH

The ultimate goal of "Kid Vision Partnership" is to provide eyewear for school age children that are identified by school nurses every year as needing glasses.

Replacement of Glasses
If your child needs eyewear based on the results of the eye examination provided by a licensed optometrist, a trained optician will assist your child in selecting a pair of glasses that are suitable for his/her prescription, face shape, and features. Kids ***Vision Partnership does not provide any breakage protection warranty on the glasses. Kids Vision Partnership will not replace glasses that are lost, stolen or broken.***

General Consent for Vision Services:
You must sign a consent form for your child to participate in this program. For questions about the services provided the Kids Vision Partnership, please contact the Houston Health Department at 832.393.5169.
When you sign the general consent you are giving the Houston Health Department permission to access your child's performance records regarding attendance, behavior and academic performance. These records will be used to evaluate the program's effectiveness.
When you sign the general consent you are agreeing release from any liability associated with this event the officers, directors, employees, agents, affiliates, and/or assigns of the following groups: optometrist(s) who perform the eye exam; the cosponsoring agency, Kids Vision Partnership.

Privacy Notification:
With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the City of Houston collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the city agency to correct any information that is determined to be incorrect. For further information, contact Carolyn Sebile, Privacy Officer, Houston Health Department at carolyn.sebile@houstontx.gov .

Waiver of Dilated Fundus Exam:
The state board of optometry may require a dilated fundus exam as part of an eye examination performed by a licensed optometrist. A dilated fundus exam is a thorough exam of the peripheral retina aided by the use of topical dilating eye drops. This procedure is used to diagnose abnormalities of the retina such as detachments, tears, tumors, infections, hemorrhages and genetic abnormalities. The dilating drops will leave the pupils dilated for approximately four hours. During this period the patient may experience blurry vision and light sensitivity. Reading may be difficult during this time period. Please sign in the space for consent to dilate if you give permission for your child's eyes to be dilated

Permission to Photograph Child:
This event may be photographed or filmed by Vision Partnership for internal communications for future use in publications, video tapes or other educational presentations. When these photographs/images are used in this way, your child's case history and other test results may also be used to describe the health and the condition of your child's eyes. At no time, however, will your child's name be made public. Photographs/footage will not be used for advertising, eyewear product endorsement, and/or commercial use. Photos help us raise funds to continue to support this program. Please sign in space for "Consent to Photo or Video"

HOJA DE INFORMACIÓN PARA LOS PADRES-ESPAÑOL

El objetivo final de "Kid visión Asociación" es proporcionar anteojos\gafas a los niños en edad escolar que son identificados por las enfermeras escolares cada año con necesidad de anteojos\ gafas.

Reemplazo de anteojos\gafas
Si su hijo/hija necesita anteojos\gafas en base a los resultados de los exámenes de los ojos realizados por un optometrista con licencia, un optometrista calificado le ayudará a su hijo/hija a seleccionar de un par de anteojos\ gafas que son adecuados para su necesidad, características y forma de la cara.LA ASOCIACION ***"KID VISION" no proporciona ninguna garantía de protección de la rotura en los anteojos\gafas.*** LA ASOCIACION ***"KID VISION" no reemplazará los anteojos\gafas que están perdidos, robados o rotos.***

Consentimiento general para servicios de la vista:
Usted debe firmar un formulario de consentimiento de la Asociación "Kid visión" para que su hijo/hija pueda participar en este programa. Si tiene preguntas sobre los servicios que presta la Asociación, póngase en contacto con el Departamento de salud de Houston al 832-393-5169.

Al firmar el consentimiento general usted, esta dando el permiso al Departamento de salud de Houston para tener acceso a los registros de rendimiento de su hijo/hija, su asistencia, comportamiento y rendimiento académico. Estos registros se utilizarán para evaluar la efectividad del programa.

Al firmar este consentimiento general, son liberados de toda responsabilidad asociada a este evento los oficiales, directores, empleados, agentes, y afiliados de los siguientes grupos: optometristas que realizan el examen de la vista; las Agencias copatrocinadoras y la Asociación "Kid Vision".

Notificación de privacidad:
Con algunas pocas excenciones, usted tiene el derecho de solicitar y ser informado sobre la información que recibe la ciudad de Houston. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información al pedirla. Usted también tiene derecho a pedir a la Agencia de la ciudad para corregir cualquier información que se determine como incorrecta. Para más información, póngase en contacto con Carolyn Sebile, oficial de privacidad del Departamento de Salud de Houston, carolyn.sebile@houstontx.gov .

Exención del examen profundo de dilatación:
El Consejo de Optometría del estado puede requerir un examen profundo de dilatación como parte de un examen oftalmológico realizado por un optometrista con licencia. Un examen profundo de dilatación es un examen completo de la retina periférica, ayudado por el uso de gotas tópicas dilatadoras. Este procedimiento se utiliza para diagnosticar anormalidades de la retina tales como desprendimientos, lágrimas, tumores, infecciones, hemorragias y anomalías genéticas. Las gotas dilatadoras dejará las pupilas dilatadas durante aproximadamente cuatro horas. Durante este período el paciente puede experimentar visión borrosa y sensibilidad a la luz. La lectura puede ser difícil durante este período de tiempo. Por favor firme en el espacio indicado para dar el consentimiento para dilatar los ojos del niño.

Permiso para fotografiar niños:
Este evento puede ser fotografiado o filmado por la Asociación Kid Vision área de comunicaciones internas para un futuro uso en publicaciones, cintas de vídeo o presentaciones educativas. Cuando estas fotografías/imágenes son utilizadas de esta manera, los antecedentes de su hijo y otros resultados de la prueba pueden usarse para describir la salud y la condición de los ojos del niño. En ningún momento, sin embargo, el nombre de tu hijo\hija se hará público. No se utilizará material de archivo de fotografías para publicidad, aprobación de productos de anteojos\gafas o uso comercial. Las Fotos nos ayudan a recaudar fondos para seguir apoyando este programa. Por favor firmare en el espacio de "Consentimiento para foto o Video"

PARENTAL CONSENT FORM AND HEALTH HISTORY FOR VISION PARTNERSHIP

HISTORIA DE LA SALUD Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA ASOCIACIÓN DE LA VISTA

Student ID (filled out by school staff): _____

Student Information/ Información del estudiante

Student Name/Nombre del estudiante: _____ School Name/Nombre de la escuela: _____
Student Address/Dirección del estudiante: _____ Zip Code/ Código postal _____
Parent or Guardian Name/Nombre del Padre o tutor: _____
Parent or Guardian Contact Number/Número telefónico de contacto de los padres: _____
Birthdate/Fecha de nacimiento: _____ Grade/Grado escolar: _____ Male/Masculino ☐ Female/Femenino ☐

Race (Check All That Apply)/ **Raza** (seleccione la que aplique)

☐ American Indian or Alaska Native/ Indio Americano o Nativo de Alaska
☐ Asian/ Asiático
☐ Black or African American/ Negro o Afro Americano
☐ Native Hawaiian or Pacific Islander/ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico
☐ White/Blanco
☐ Other/Otros
☐ Don't Know/ No sé

Ethnicity (Check Only One)/ **Grupo étnico** (Marque sólo uno)

☐ Hispanic/ Hispano
☐ Non-Hispanic/ No hispano

Health History/ Historia de la salud
Please complete the following health history for your child./Por favor complete la siguiente historia de salud de su hijo.

When is the last time your child had an eye exam?/¿Cuándo fue la última vez que su hijo o hija tuvo un examen de la vista?

_____ _____
Month/Mes **Year/ Año**

Please tell us about any eye problems your child is having./ Por favor díganos sobre cualquier problema que este teniendo su hijo\hija con sus ojos.

_____
_____

Has your child ever had any of the following conditions with his or her eyes? (circle response)/¿Ha tenido su hijo o hija alguna vez alguna de las siguientes condiciones con sus ojos?(circule su respuesta)

Uses Glasses/Utiliza anteojos o gafas	Yes/ Sí	No
Uses Contacts/ Utiliza lentes de contacto	Yes/ Sí	No
Cataracts/ Cataratas	Yes/ Sí	No
Color Vision Defects/Defectos de la vista con los colores	Yes/ Sí	No
Double Vision/Visión doble	Yes/ Sí	No
Dry Eyes/Resequedad en los ojos	Yes/ Sí	No
Eye Infections/Infecciones en los ojos	Yes/ Sí	No
Eye Injuries/Lesiones en los ojos	Yes/ Sí	No
Eye Surgery/Cirugía del ojo	Yes/ Sí	No
Flashes of Light/Destellos de luz	Yes/ Sí	No
Glaucoma/Glaucoma	Yes/ Sí	No
Lazy Eye/ Ojo perezoso	Yes/ Sí	No
Vision Therapy/Terapia de la vista	Yes/ Sí	No
Is your child taking any medications?/¿Esta su hijo\hija tomando algún medicamento?	Yes/ Sí	No

List Medications/Lista de medicamentos:
_____
_____

Does your child have any allergies?/ ¿Tiene su hijo o hija alguna alergia?	Yes/ Sí	No

List Allergies/ Lista de alergias: _____
_____
_____

Does your child or any immediate family member (parent, grandparent, or sibling) have any of the following health conditions? (circle response) ¿Cualquier miembro de la familia inmediata (padres, abuelos o hermanos) o su hijo tiene cualquiera de las siguientes condiciones de salud? (circulé su respuesta)

ADHD/TDAH	Child/ Niño	Family Member/ Miembro de la familia
Diabetes/Diabetes	Child/Niño	Family Member/ Miembro de la familia
Glaucoma/Glaucoma	Child/ Niño	Family Member/ Miembro de la familia
Headaches/Dolores de cabeza	Child/ Niño	Family Member/ Miembro de la familia
High Blood Pressure/Presión arterial alta	Child/ Niño	Family Member/ Miembro de la familia
Seizures/Convulsiones	Child/ Niño	Family Member/ Miembro de la familia
Sinus Problems/ Problemas de los senos	Child/ Niño	Family Member/ Miembro de la familia

Has your child had any recent or major surgeries?/ ¿Ha tenido su hijo o hija alguna cirugía reciente o mayor?	Yes/ Sí	No

List surgeries/ Lista de cirugías:_____
_____
_____

General Consent Statement/Declaración de Consentimiento General

Student Name /Nombre del estudiante: _____ **School Name/Nombre de la escuela:** _____

I understand my child must return a signed consent form before service can be provided.

I give consent for my child to receive eye exam and eyewear, and if needed referral with follow up during the 2016-2017 school year. I understand that a licensed eye doctor will perform the exam, I understand that my child may receive free glasses only if needed.

I give consent for the Houston Health Department to access school performance data. I understand that I and/or my child may be contacted via telephone or mail for further evaluation purposes. I understand that these records will be kept confidential.

I release from legal responsibility any staff at this event.

I have been given a copy of Houston Health Departments' Privacy Policy.

Entiendo que mi hijo/hija debe de devolver un formulario de consentimiento firmado antes de que los servicios le puedan ser proporcionados.

Doy mi consentimiento para que mi hijo/hija reciba un examen de la vista gratis, anteojos gratis y si es necesario un seguimiento hasta el final del curso escolar 2015-2016. Entiendo que un médico con licencia llevará a cabo el examen. Entiendo que mi hijo/hija puede recibir anteojos gratis si es necesario.

Doy el consentimiento para que el Departamento de salud de Houston tenga acceso a datos de información del rendimiento escolar de mi hijo/hija. Yo entiendo que mi hijo/hija o yo podemos ser contactados vía telefónica o correo electrónico para otros propósitos de la evaluación. Entiendo que estos registros se mantendrán confidenciales.

Eximo/libero de toda responsabilidad legal a cualquier personal que participe en este evento. He recibido una copia del aviso de privacidad del departamento de salud de Houston.

√_____ √ _____

Signature of Parent/Firma del padre **Date/Fecha**

Consent to Dilate Eyes/ Consentimiento para dilatar los ojos

I give consent for my child's eyes to be dilated. I understand this is to check for possible vision defects or disease./ Doy consentimiento para que los ojos de mi hijo/hija sean dilatados. Entiendo que esto es para detectar la posible presencia de alguna enfermedad o defectos de la vista.

√_____ √ _____

Signature of Parent/ Firma del padre **Date/Fecha**

Consent to Photo or Videotape/ Consentimiento para foto o video

I give consent for staff to take pictures or video of my child. I understand these may be used for future educational materials./ Doy mi consentimiento para qué el personal tome fotografías o video de mi hijo/hija, y entiendo que éstos pueden ser utilizados como material educativo en el futuro.

√_____ √ _____

Signature of Parent/ Firma del padre **Date/Fecha**

Billing Information

Does your child have Medicaid or CHIP (Please circle the correct answer):
Yes No

If yes, please write the Medicaid or CHIP number below so that we may bill for eligible services provided.

Medicaid ID#: _____
CHIP ID #: _____

Does your child have a social security number? Yes No

Does your child have other vision insurance (Please circle the correct answer): Yes No

Name of other vision insurance provider: _____
ID#: _____

Información de facturación\cobro

¿Tiene su hijo/hija Medicaid o CHIP (por favor circule la respuesta correcta) :

Sí No

En caso afirmativo, escriba el número de Medicaid o CHIP para que podemos facturar\cobrar por los servicios prestados.

Medicaid ID#: _____

CHIP ID #: _____

¿Su hijo tiene un número de seguro social? Sí No

¿Tiene su hijo/hija otro seguro de la vista? (Por favor círcule la respuesta correcta): Sí No

Nombre de otro proveedor de seguro de la vista: _____

ID #: _____

Return this completed and signed form to your child's school/Por favor regrese este formulario completo y firmado a la escuela de su hijo/hija