# *SEE TO SUCCEED* CONSENT FORM (English)

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 their vision problem is not corrected.

The ***See to Succeed*** (STS) program provides vision exams and eyeglasses to school children ages 6 - 18 years old at no cost to you. With a signed consent form, your child will attend a free, chaperoned school field trip to an STS eye clinic.

---

Child's Name: _____ School Name: _____

Parent/Guardian Name: _____ Phone Number: _____

Parent/Guardian Email Address: _____

---

I give consent for my child to receive an eye exam and eyewear, and if needed, referral with follow up during the current school year. I understand that a licensed optometrist (eye doctor) will perform the exam. I understand that my child may receive glasses if needed, at no cost.

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 and only the Houston Health Department and *See to Succeed* program partners will have access to these records. I give consent for the Houston Health Department to access school performance data.

❑ **I Do** ❑ **I Do Not** give STS clinic consent for my child to receive an eye exam, eyewear and follow-up if needed.

❑ **I Do** ❑ **I Do Not** give my permission for the optometrist to perform a dilated eye exam during the STS clinic.

❑ **I Do** ❑ **I Do Not** give my permission for my child to be filmed or photographed for educational purposes and understand that my decision will not affect whether my child receives an eye exam or glasses at the STS Clinic.

√_____ √ _____

**Signature of Parent/Guardian** **Date**

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO - *SEE TO SUCCEED* (Spanish)

Estimado Padre/Madre/Guardián:

Su hijo/a no pasó la revisión de vista. Es importante que su hijo/a obtenga un examen de la vista pronto. La capacidad de su hijo/a para leer y poner atención en clase puede ser difícil si no se corrige el problema de la vista.

El programa de ***See to Succeed*** o STS (Ver para tener éxito) proporciona exámenes de la vista y lentes para niños entre 6 a 18 años sin ningún costo para usted. Con la forma de consentimiento firmada, su hijo/a asistirá a una visita escolar con acompañamiento, gratuita a una clínica de la vista de STS.

---

Nombre del estudiante: _____ Nombre de escuela: _____

Nombre de padre/madre/guardián: _____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico de padre/guardián: _____

---

Otorgo el consentimiento para que mi hijo/a reciba un examen para la vista y lentes, y si es necesario, un referido para seguimiento médico durante el año escolar actual. Entiendo que un oculista licenciado realizara el examen, y entiendo que mi hijo/a puede recibir lentes sin ningún costo, si es necesario.

Entiendo que yo o mi hijo/a pueden ser contactados por teléfono o correo para propósitos de evaluación adicionales. Entiendo que estos registros se mantendrán confidenciales y que solo el Departamento de Salud de Houston y los socios del programa de *See to Succeed* tendrán acceso a los registros. Doy consentimiento al Departamento de Salud de Houston para tener acceso a los datos de desempeño escolar.

❑ **Sí Doy** ❑ **No Doy** mi consentimiento a la clínica de STS para que mi hijo/a reciba un examen de los ojos, lentes y seguimiento si es necesario.

❑ **Sí Doy** ❑ **No Doy** mi consentimiento al optometrista para que haga un examen ocular con dilatación.

❑ **Sí Doy** ❑ **No Doy** mi consentimiento para que mi hijo/a sea filmado o fotografiado y entiendo que mi decisión no afectara si mi hijo/a recibe un examen de ojos o lentes en la clínica de STS.

√_____ √ _____

**Firma de Padre/Madre/Guardián** **Fecha**

see to succeed™

HOUSTON HEALTH DEPARTMENT

# *SEE TO SUCCEED* CONSENT FORM

***To be filled out by school staff:*** ***Student ID -*** **School Name -**

Student Name: _____ Birth date: _____ Grade: _____ Male ❑ Female ❑

Student Address: _____Zip Code_____

**Race** *(Check All That Apply)*

❑ Black or African American ❑ Native Hawaiian or Pacific Islander ❑ Asian
❑ American Indian or Alaska Native ❑ White ❑ Other ❑ Don't Know

**Ethnicity** *(Check Only One)*

❑ Hispanic
❑ Non-Hispanic

Parent/Guardian Name: _____ Phone Number: _____

Emergency Contact Name: _____ Phone Number: _____

Indicate which methods we have permission to reach you: Preferred language: _____

❑ Home Phone: _____ Mobile Phone: _____ ❑ Text Message
❑ Voicemail ❑ Mail ❑ Email _____

Please complete the insurance information below so that we may bill for eligible services provided and help coordinate any follow-up or referral care needed. **Your child will still receive an exam if not insured, no cost to you**.

❑ Medicaid ❑ Private Insurance Medical Insurance: _____ Member ID: _____
❑ CHIP ❑ No Insurance Vision Insurance: _____ Member ID: _____

Number of Members in Household: ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑ 9 or more

Yearly Income of Household: ❑ $0 - $23,000 ❑ $23,001 - $32,000 ❑ $32,001 - $40,000 ❑ $40,001 - $48,000
❑ $48,001 - $56,000 ❑ $56,001 - $64,000 ❑ $64,001- $72,000 ❑ $72,001 - $80,000 ❑ >$80,000

## Student Health History

When was the last time your child had an eye exam? Month: _____ Year: _____ ❑ This will be the first time

Does your child have any eye problems? _____

_____

Any recent or major surgeries? ❑ NONE ❑ Surgeries and date: _____

**My child is allergic to: ❑ NONE ❑ Allergies:** _____

**My child is taking these medications: ❑ NONE ❑ Medications:** _____

Has your child ever had any of the following? *(circle response)*

| | | | Year |
|---|---|---|---|
| Uses glasses | No | Yes | _____ |
| Uses contact lenses | No | Yes | _____ |
| Cataracts | No | Yes | _____ |
| Color vision defect | No | Yes | _____ |
| Double vision | No | Yes | _____ |
| Dry eyes | No | Yes | _____ |
| Eye infections | No | Yes | _____ |
| Eye surgery | No | Yes | _____ |
| Flashes of light | No | Yes | _____ |
| Floaters | No | Yes | _____ |
| Glaucoma | No | Yes | _____ |
| Lazy Eye/ Amblyopia | No | Yes | _____ |
| Patching therapy | No | Yes | _____ |
| Vision therapy | No | Yes | _____ |

Does your child have any of the following health conditions? *(circle responses)*

| | | | Year Diagnosed |
|---|---|---|---|
| ADHD | No | Yes | _____ |
| Asthma | No | Yes | _____ |
| Diabetes | No | Yes | _____ |
| Epilepsy | No | Yes | _____ |
| Headaches | No | Yes | _____ |
| High blood pressure | No | Yes | _____ |
| Seizure | No | Yes | _____ |
| Sinus problems | No | Yes | _____ |
| Cerebral Palsy | No | Yes | _____ |
| Down Syndrome | No | Yes | _____ |

Is your daughter currently pregnant? No / Yes

Other: _____

see to succeed™

HOUSTON HEALTH DEPARTMENT

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO - *SEE TO SUCCEED*

***Filled out by school staff:*** ***Student ID -*** **School Name -**

Nombre de estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Dirección de estudiante: _____ Código Postal_____

**Raza** (marque todas las que apliquen)
❑ Negro o Afroamericano ❑ Nativo de Hawái o Islas del Pacífico ❑ Asiático
❑ Nativo de América del Norte o Alaska ❑ Caucásico ❑ Otro ❑ No lo sé

**Etnicidad** (solo una)
❑ Hispano
❑ No Hispano

❑ Hombre
❑ Mujer

Nombre de padre, madre o guardián: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Indique que métodos da permiso para comunicarnos con usted: Idioma preferido: _____
❑ Teléfono de casa: _____ ❑ Teléfono móvil: _____ ❑ Mensaje de texto
❑ Mensaje de voz ❑ Correo ❑ Correo electrónico _____

Complete la información del seguro médico o aseguranza a continuación, para que podamos facturar por los servicios elegibles y también poder ayudar a coordinar cualquier cita de seguimiento o referido necesario. **Su hijo/a recibirá el examen aun si no está asegurado, sin ningún costo para usted.**

❑ Medicaid ❑ Seguro Privado Seguro Médico: _____ # de miembro: _____
❑ CHIP ❑ Sin seguro Seguro de Vista: _____ # de miembro: _____

Número de personas en el hogar: ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑ 9 o mas

Ingreso anual del hogar: ❑ $0 - $23,000 ❑ $23,001 - $32,000 ❑ $32,001 - $40,000 ❑ $40,001 - $48,000
❑ $48,001 - $56,000 ❑ $56,001 - $64,000 ❑ $64,001- $72,000 ❑ $72,001 - $80,000 ❑ >$80,000

## Historial de Salud del Estudiante

¿Cuándo fue la última vez que su hijo/a tuvo un examen de la vista? Mes: _____ Año: _____ ❑ Esta será la primera ves

¿Su hijo/a tiene algún problema de la vista? _____

¿Alguna cirugía reciente o importante? ❑ NO Cirugías con fecha: _____

**Mi hijo/a es alérgico a: ❑ Nada ❑ Lista de alergias:** _____

**Mi hijo/a toma estos medicamentos: ❑ Nada ❑ Medicamentos:** _____

¿Su hijo/a ha tenido alguno de lo siguiente?
(Circule la respuesta)

| | | | En qué Año |
|---|---|---|---|
| Usa lentes | No | Sí | _____ |
| Usa lentes de contacto | No | Sí | _____ |
| Cataratas | No | Sí | _____ |
| Deficiencia de colores | No | Sí | _____ |
| Vista doble | No | Sí | _____ |
| Ojos secos | No | Sí | _____ |
| Infecciones de ojos | No | Sí | _____ |
| Cirugía en los ojos | No | Sí | _____ |
| Relámpagos de luz | No | Sí | _____ |
| Flotantes | No | Sí | _____ |
| Glaucoma | No | Sí | _____ |
| Ojo vago/Ambliopía | No | Sí | _____ |
| Terapia de parchar | No | Sí | _____ |
| Terapia de la vista | No | Sí | _____ |

¿Su hijo/a ha tenido alguna de las siguientes condiciones?
(Circule la respuesta)

| | | | En qué Año |
|---|---|---|---|
| ADHD | No | Sí | _____ |
| Asma | No | Sí | _____ |
| Diabetes | No | Sí | _____ |
| Epilepsia | No | Sí | _____ |
| Dolores de cabeza | No | Sí | _____ |
| Alta presión sanguínea | No | Sí | _____ |
| Convulsiones | No | Sí | _____ |
| Problemas de sinusitis | No | Sí | _____ |
| Parálisis cerebral | No | Sí | _____ |
| Síndrome de Down | No | Sí | _____ |

¿Su hija está embarazada actualmente? No / Sí

Otro: _____

# *SEE TO SUCCEED* IMMUNIZATION QUESTIONAIRE

With the evolving COVID-19 pandemic, the Houston Health Department wants to ensure all clients have access to routine vaccination, as well as the COVID-19 vaccination (for those eligible).

**Please answer the questions below about your child's immunizations.**

****Your answers will NOT interfere with your child receiving an eye exam and glasses from the *See to Succeed* Program****

| | |
|---|---|
| **1. Is your child up to date on their ROUTINE immunizations, according to the ACIP Immunization Schedule?**<br>*Open the camera app on your phone and scan this QR code to view to most current immunization schedule →*<br>*Or visit:*<br>*https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html* | ❑ YES<br>❑ NO<br>❑ NOT SURE |
| **2. Is your child eligible for the COVID-19 vaccine?**<br>*(Current eligible age is 12 and up)* | ❑ YES<br>❑ NO |
| 3. **If your child IS ELIGIBLE for the COVID-19 vaccine, are you interested in getting them vaccinated?**<br>*(If you answered YES or NOT SURE, please see page 9 of this packet to obtain additional information on vaccination locations).* | ❑ YES<br>❑ NO<br>❑ NOT SURE<br>❑ NOT ELIGIBLE |

√_____ √ _____

**Signature of Parent/Guardian** **Date**

# *SEE TO SUCCEED* CUESTIONARIO DE INMUNIZACION

Con la evolución de la pandemia de COVID-19, el Departamento de Salud de Houston quiere asegurarse que todos los clientes tengan acceso a las vacunas de rutina, igual que a la vacuna contra el COVID-19 (para aquellos elegibles).

**Por favor, responda las preguntas a continuación sobre el historial de vacunas de su hijo/a.**

****Sus respuestas NO afectaran que su hijo/a reciba un examen de la vista y anteojos del programa *See to Succeed*****

| | |
|---|---|
| **1. ¿Su hijo está al día con sus vacunas de RUTINA de acuerdo con el Calendario de Vacunación de ACIP?**<br>*Abra la aplicación de la cámara en su teléfono y escanee este código QR para ver el calendario de vacunación más actual →*<br>*O visite:*<br>*https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html* | ❑ SÍ<br>❑ NO<br>❑ NO ESTOY SEGURO |
| **2. ¿Su hijo es elegible para la vacuna contra el COVID-19?**<br>*(La edad elegible actual es de 12 años o más)* | ❑ SÍ<br>❑ NO |
| **3. Si su hijo ES ELEGIBLE para la vacuna contra el COVID-19, ¿está interesado en vacunarlo?**<br>*(si contesto SÍ o NO ESTOY SEGURO, por favor, vea la página 10 de este paquete para obtener información adicional sobre las ubicaciones de vacunación).* | ❑ SÍ<br>❑ NO<br>❑ NO ESTOY SEGURO<br>❑ NO ES ELEGIBLE |

√_____ √_____

**Firma de Padre/Madre/Guardián** **Fecha**

# PARENT INFORMATION SHEET (English)

***** DETACH THIS FORM AND KEEP FOR YOUR RECORDS *****

The goal of See to Succeed (STS) is to provide a full eye exam and glasses to children that are identified by school nurses as failing the vision screening.

**General Consent for Vision Services**

You must sign a consent form for your child to participate in the STS program. For questions about the services provided by STS, please contact the STS clinic at 832.393.5088. When you sign the general consent you are giving the Houston Health Department permission to access your child's school 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, See to Succeed.

**STS Partners**

The following are partners of the See to Succeed Program: Houston Health Foundation, Essilor Vision Foundation, Berkeley Eye Center, University of Houston College of Optometry, Walmart, San Jacinto College, and OneSight.

**Privacy**

With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the City of Houston collects from 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, see our Notice of Privacy Practices at https://www.houstontx.gov/health/documents/Notice-of-Privacy-Practices-2018-English.pdf

**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 8 to 24 hours. During this period, the patient may experience blurry vision and light sensitivity. Reading or seeing up close may be difficult during this time period. On rare occasion, people may experience an allergic reaction. Please seek immediate medical care if you believe your child is experiencing an allergic reaction. You have the right to refuse dilation as well as any medical procedure.

**Permission to Photograph Child**

This event may be photographed or filed by See to Succeed 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 and awareness to continue to support this program.

**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.
**See to Succeed does not provide breakage protection warranty on the glasses. See to Succeed will not replace glasses that are lost, stolen, or broken; but you can always request a copy of the prescription for your records. The prescription is valid for 1 year.**

# HOJA DE INFORMACION PARA LOS PADRES (Spanish)

***** SEPARE ESTE FORMULARIO Y GUARDE PARA SUS REGISTROS *****

El propósito de *See to Succeed* (STS) es proporcionar un examen de ojos completo y lentes a los niños que son identificados por las enfermeras de la escuela como fallando el examen de vista.

**Consentimiento General para Servicios de la Vista**

Debe firmar una planilla de consentimiento para que su hijo/a participe en este programa. Para preguntas sobre servicios que proporciona See to Succeed, por favor póngase en contacto con la clínica de STS al 832-393-5800.
Al firmar el consentimiento general, usted otorga permiso al Departamento de Salud de Houston para tener acceso a los registros de su hijo/a respecto a la asistencia, comportamiento y desempeño académico. Estos registros se usarán para evaluar la efectividad del programa. Al firmar el consentimiento general usted acuerda de liberar de cualquier responsabilidad relacionada con este evento a los funcionarios, directores, empleados, agentes, afiliados y/o asignados de los siguientes grupos: optometrista(s) que realicen el examen de ojos; la agencia copatrocinadora, See to Succeed.

**Socios de STS**

Los siguientes son socios del programa See to Succeed: Houston Health Foundation, Essilor Vision Foundation, Berkeley Eye Center, University of Houston College of Optometry, Walmart, San Jacinto College, y OneSight.

**Notificación de Privacidad**

Con pocas excepciones, usted tiene el derecho a solicitar y estar informado sobre la información que la Ciudad de Houston recopila sobre usted. Tiene derecho a recibir y revisar la información cuando lo solicite. También tiene el derecho a solicitar a la agencia de la ciudad que corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Para más información, vea nuestro Aviso de Practicas de Privacidad en la siguiente página: https://www.houstontx.gov/health/documents/Notice-of-PrivacyPractices-2018-Spanish.pdf.

**Autorización para Examen de Fondo Dilatado:**

El consejo estatal de optometría puede requerir un examen de fondo dilatado como parte de un examen de la vista realizado por un optometrista licenciado. Un examen de fondo dilatado es un examen minucioso de la retina periférica auxiliado por el uso de gotas tópicas de dilatación para los ojos. Este procedimiento se usa para diagnosticar anomalías de la retina tales como desprendimientos, desgarres, tumores, infecciones, hemorragias y anomalías genéticas. Las gotas de dilatación dejaran las pupilas dilatadas por aproximadamente 8 a 24 horas. Durante este periodo el paciente puede sentir vista borrosa y sensibilidad a la luz. Puede ser difícil leer o ver de cerca durante este periodo de tiempo. En raras ocasiones, las personas pueden tener una reacción alérgica. Busque atención médica inmediata si cree que su hijo/a está teniendo una reacción alérgica. Usted tiene el derecho a rechazar la dilatación, así como cualquier procedimiento médico.

**Permiso para Fotografiar al Niño/a**

Este evento puede ser fotografiado o archivado por See to Succeed para comunicaciones internas para su uso futuro en publicaciones, cintas de video u otras presentaciones educativas. Cuando se usen estas fotografías/imágenes de esta manera, el historial del caso de su hijo/a y otros resultados del examen de vista también se pueden usar para describir la salud y condición de los ojos de su hijo/a. Sin embargo, en ningún momento se hará público el nombre de su hijo/a. Las fotografías o filmación no se usarán para publicidad, promoción de productos de ojos, y / o uso comercial. Las fotos nos ayudan a recaudar fondos y crear conciencia para seguir apoyando este programa.

**Reemplazo de Lentes**

Si su hijo/a necesita lentes a base de los resultados del examen de la vista provisto por un optometrista licenciado, un oculista capacitado ayudara a su hijo a seleccionar un par de lentes que sean adecuados para su receta, forma y rasgos faciales.
**See to Succeed no ofrece un plan de garantía de protección contra roturas en los lentes. El programa no reemplazara lentes perdidos, robados o rotos, pero siempre puede solicitar una copia de la prescripción o receta para sus registros. La cual es válida por 1 año.**

# PARENT FACT SHEET

***** DETACH THIS FORM AND KEEP FOR YOUR RECORDS *****

## Things everyone should know about vision:

- Children cannot judge if their vision is impacting their schoolwork.
- 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 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).*
- Children should have a full eye exam with dilation once a year.
- Not all vision problems are obvious. Sometimes people can have "20/20 vision" and still have an eye problem or disease.

## How we can help:

- Your child can get eyeglasses at no cost to you, through vision clinics sponsored by the Houston Health Department and other agencies who participate in See to Succeed. Vouchers may also be 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.

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

- Fill out the attached parental consent forms
- 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 any necessary medications and/or food available that will be needed during this field trip.

**Thank you to our partners:**

University of Houston College of Optometry · Houston Health Foundation · Essilor Vision Foundation · Berkeley Eye Center · Walmart · San Jacinto College · OneSight · Optometry Giving Sight · Houston Livestock Show and Rodeo

---

Vaccine Information:

If you are interested in receiving the COVID-19 vaccine for yourself or your eligible child/children, please visit https://houstonemergency.org/covid-19-vaccines/ to find a location, or open the camera app on your cell phone and scan here →

If your child is behind on any routine vaccines - uninsured, underinsured, American Indian or Alaskan Native, and CHIP/ Medicaid children age 0 to 18 years are eligible to receive vaccines at one of the Houston Health Department clinics through the Vaccines for Children (VFC) program. For more information and to make an appointment, please call: 832-393-5427

To locate a VFC provider in your area, scan here →

# HOJA INFORMATIVA PARA PADRES

***** SEPARE ESTE FORMULARIO Y GUARDE PARA SUS REGISTROS *****

## Cosas que todos deben saber sobre la vista:

- Los niños no pueden juzgar si su vista está afectando sus tareas escolares.
- Los problemas de vista no corregidos pueden reducir la capacidad de un estudiante para leer, concentrarse y procesar información.
- La visión saludable es una parte crítica del aprendizaje en la escuela.
- El 80% del aprendizaje durante los primeros 12 años se obtiene a través de la vista. *(Fuente: Journal of Behavior Optometry).*
- Se estima que el 25% de los niños en edad escolar tienen problemas de vista. *(Fuente: American Optometric Association).*
- Los niños deben tener un examen de vista completo con dilatación cada año.
- No todos los problemas de vista son obvios. A veces la persona puede tener "visión 20/20" y aun así tener un problema o enfermedad ocular.

## Cómo podemos ayudar:

- Su hijo puede obtener lentes sin costo para usted, a través de clínicas de la vista patrocinadas por el Departamento de Salud de Houston y otras agencias que participan en See to Succeed. También puede haber cupones disponibles.
- En una clínica de la vista, un optometrista licenciado revisará la visión de su hijo y le recetará anteojos si es necesario.
- Su hijo elegirá su propio marco después del examen si se necesitan anteojos.
- Los lentes se entregarán a la escuela dentro de 6 semanas después de la clínica de la vista.

## Actúe ahora para corregir el problema de vista de su hijo:

- Rellene los formularios de consentimiento adjuntos
- Todo el proceso, desde el registro a la hora de la cita indicada, hasta la finalización del examen de la vista y las gafas, tomará de 2 a 4 horas.
- Por favor, haga arreglos para asegurarse de que su hijo tendrá todos los medicamentos necesarios y / o alimentos disponibles que se necesitarán durante esta excursión.

**Gracias a nuestros socios:**

University of Houston College of Optometry · Houston Health Foundation · Essilor Vision Foundation · Berkeley Eye Center · Walmart · San Jacinto College · OneSight · Optometry Giving Sight · Houston Livestock Show and Rodeo

---

Información sobre vacunas:

Si está interesado en recibir la vacuna contra el COVID-19 para usted o para su niño/niños elegibles, por favor visite https://houstonemergency.org/covid-19-vaccines/ para encontrar una ubicación, o también puede abrir la aplicación de cámara en su teléfono celular y escanee aquí →

Si su hijo está atrasado en cualquier vacuna de rutina - niños sin seguro, con seguro insuficiente, indio americano o nativo de Alaska, y niños con CHIP / Medicaid de 0 a 18 años son elegibles para recibir vacunas en una de las clínicas del Departamento de Salud de Houston a través del programa de Vaccines for Children (VFC).
Para obtener más información y hacer una cita, llame al: 832-393-5427

Para localizar un proveedor de VFC en su área, escanee aquí →