

Nombre del niño/a: _____
Número de ID del alumno: _____



VISION
FOR
BALTIMORE

Querido Padre/Tutor:

¡Durante el año escolar 2020-2021, Vision for Baltimore llegará a su escuela!

Vision for Baltimore, una asociación para toda la ciudad, ofrecerá a sus hijos revisiones oculares, exámenes visuales y, si es necesario, anteojos para su hijo/a. Uno de cada cuatro niños puede tener dificultades para ver claramente en la escuela afectando así su aprendizaje. Las revisiones oculares y los exámenes visuales ayudan a identificar a aquellos niños que puedan necesitar anteojos o tratamiento debido a otros problemas visuales.

Así es cómo funciona el programa

Revisión ocular: La vista de su hijo/a será revisada por el Departamento de Salud de la Ciudad de Baltimore (BCHD) durante el año escolar sin costo. Será informado sobre los resultados de la revisión en caso positivo o negativo. Si su hijo/a no pasa la revisión, se recomienda un examen visual para verificar su visión.

Examen visual: La clínica móvil visual visitará la escuela de su hijo/a para ofrecer exámenes visuales a aquellos alumnos que no pasaron la revisión ocular, sin costo alguno. El examen lo realiza un optometrista profesional. No se utilizan gotas en los ojos. Si el optometrista considera que su hijo/a necesita anteojos, él o ella tendrán la posibilidad de elegir entre una variedad de marcos Warby Parker y los anteojos serán recetados. Será informado de los resultados del examen visual de su hijo/a, si él/ella necesitan anteojos o recibirá una recomendación para un tratamiento posterior.

Anteojos: Aproximadamente 4 semanas después del examen visual, Vision To Learn volverá a la escuela de su hijo/a para distribuir los anteojos, adaptados a la prescripción y colocados por un óptico capacitado. No tiene ningún costo. El año pasado más de 2000 alumnos recibieron anteojos a través de Vision for Baltimore.

Monitoreo: El personal de la escuela y de Vision for Baltimore trabajarán en conjunto para estimular a los alumnos a utilizar los anteojos y seguir su progreso. Si un alumno rompe o pierde los anteojos, Vision for Baltimore puede ayudar a repararlos y reemplazarlos.

Costo: No deberá pagar por la revisión ocular, examen visual o los anteojos. Todos los alumnos pueden participar en el programa sin importar la situación del seguro. Si su hijo está cubierto por Medicaid, entonces la factura por la revisión ocular se enviará a Medicaid. Vision for Baltimore es un programa sin fines de lucro y la facturación a Medicaid permite a más niños acceder a exámenes visuales. Puede recibir un aviso llamado Explicación de Beneficios (EOB) de su aseguradora explicando los servicios facturados y los pagos aprobados, pero no recibirá ninguna factura por los servicios o anteojos. Por favor, revise la información siguiente y decida si quiere que su hijo reciba un examen visual y anteojos (si es necesario) del programa Vision for Baltimore si no aprueba la revisión ocular. Si no está de acuerdo, por favor, complete la información de todas formas, elija el casillero NO y devuelva el formulario a la escuela para nuestros registros.

Si tiene dudas y quiere hablar con alguien respecto al programa antes de decidir su participación, llame a Vision for Baltimore al 410-545-0140 o envíe un mail a visionforbaltimore@baltimorecity.gov.

Nombre del niño/a (impresión) _____

Apellido del niño/a (impresión) _____

Nombre de la escuela _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ **Grado** ____ **Sexo** Hombre Mujer
(mes) (día) (año)

Nombre y apellido del padre/tutor (impresión) _____

Teléfono _____ **Email** _____

Dirección _____ **Código Postal** _____

Seleccione UN casillero (SI o NO) para decidir la participación de su hijo/a en el programa de Vision for Baltimore.

SI, QUIERO que mi hijo/a acceda a un examen visual y anteojos (si es necesario) si él/ella no aprueba la revisión ocular.

NO, NO QUIERO que mi hijo/a acceda a un examen visual y anteojos (si es necesario) si él/ella no aprueba la revisión ocular, pero entiendo que él/ella deberá ser revisado por BCHD.

Al seleccionar el casillero SI en este formulario, acuerdo que si mi hijo/a no aprueba la revisión ocular escolar él/ella puede acceder a un examen visual y anteojos, si es necesario, a través de la clínica visual móvil operada por Vision To Learn. Autorizo a Vision to Learn el acceso al número ID de Medicaid de mi hijo/a y la facturación a Medicaid por esos servicios, si corresponde.

Acuerdo que renuncio a todo reclamo contra los Comisionados Escolares de la Ciudad de Baltimore (Junta), las Escuelas Públicas de la Ciudad de Baltimore (Escuelas de la Ciudad), Vision to Learn y sus respectivos empleados y voluntarios que puedan surgir debido a la participación de mi hijo/a en el programa. Otorgo permiso a los empleados o voluntarios de las Escuelas de la Ciudad a llevar a los alumnos a la clínica visual móvil para recibir servicios durante las horas escolares en áreas escolares. También, libero y descargo a la Junta, Escuelas de la Ciudad, Vision To Learn, y a sus respectivos empleados y voluntarios de cualquiera y todas las acciones y obligaciones que puedan tener contra la Junta, las Escuelas de la Ciudad, Vision To Learn y sus respectivos empleados y voluntarios relacionados con el programa Vision for Baltimore.

Mi firma muestra que he leído y entendido los términos del Formulario de Consentimiento y Descargo de Responsabilidad y acuerdo con sus condiciones.

Nombre y Apellido del Padre/Tutor: (Impresión) _____

Firma del Padre/Tutor _____ **Fecha** _____