

2020-2021 Programa gratuito para exames de visão e óculos nas escolas

PARA PROCESSAMENTO RÁPIDO DE 6-9 SEMANAS, APLICAR NA PÁGINA WEB: WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG

HEIKEN PORTAL INFO (For School/Screening Personnel Use Only):	For Heiken Use Only:
County: _____	Acct #: _____ Date Entered: _____
Referring school or agency: _____	Status: _____
Teacher _____	Auth. Date: _____
Vision Screening: PASS / REFER screening date: _____	Ins: _____

Escola _____ Serie ____ identificação do aluno _____ Masculino / Feminino
 Nome do aluno _____ Data de nascimento do aluno (MM/DD/AA) _____
 Endereço _____ Apartamento ____ Cidade _____ Código postal _____
 Número do celular _____ Número de dia: _____
 Nome dos Pais / Responsável _____ Email _____
 # de pessoas em casa _____ Rendimento Anual \$ _____ , _____ .00

Etnicidade: Afro-Americano Asiático Hispânico Nativo-Americano Branco (não Hispânico) Haitiano Outro

Idioma: Inglês Espanhol Creole Português Outros _____
 Seu **filho** teve/tem algum dos seguintes: **A família** do seu filho teve algumas das seguintes:
 SIM NÃO SIM NÃO

- Exames de visão no ano passado?
- Usa óculos
- Cirurgia Ocular / Lesão
- Terapia da visão
- Dores de cabeça
- Glaucoma
- Diabetes
- Célula cancerosa
- Asma
- Qualquer medicação: _____
- Alergias: _____
- Necessidade especial/atraso no desenvolvimento ou crescimento? _____
- O seu filho precisa de ajuda auxiliar (como intérprete, linguagem de sinais, problemas visuais, cadeira de rodas, Braille?)



- Olho virado ou estrabismo
- Cegueira
- Degeneração macular
- Glaucoma
- Pressão alta
- Outros problemas

COVID-19 – Algum membro da família nas últimas duas semanas apresentou:

- Febre, tosse, dores de garganta
- Perda de olfato/paladar
- Exposição a alguém com COVID
- Viajou fora dos EUA

Por favor, explique todas as respostas se forem "SIM" acima citadas: _____

Consentimento para exame de visão - Assinando abaixo, eu atesto que sou o pai ou responsável legal dessa criança, e autorizo a Florida Heiken Children's Vision Program (FHCVP) a fornecer à minha criança qualificada um exame de visão completo e o dilatamento dos olhos, seja no local da escola, por um Optometrista móvel ou ir ao consultório de um optometrista qualificado pelo FHCVP.

Aviso de práticas de privacidade – Assinando abaixo, entendo que a Notificação de Práticas e de Privacidade para a FHCVP está disponível para revisão se eu solicitar uma cópia via telefone (305) 856-9830 ou 1 (888) 996-9847 e que as câmeras de segurança estão em uso, e a gravação em todas as unidades móveis em todos os momentos.

Troca mútua de informação – Assinando abaixo, autorizo a liberação mútua de informações entre as FHCVP, seus financiadores, minhas Escolas Públicas do Condado (CPS) e os provedores participantes de todos os relatórios médicos de optometria do meu filho/filha, para determinar os cuidados apropriados. Eu também autorizo meu CPS a liberar qualquer informação necessária que possa estar faltando ou não esteja clara para processar este aplicativo. Entendo que posso ser contactado pela FHCVP ou por seus financiadores para fornecer uma opinião anônima sobre os serviços recebidos, mas tenho o direito de me recusar a participar, caso seja contactado. Nós liberamos e isentamos o Conselho Escolar do Condado de toda e qualquer responsabilidade por qualquer dano ou reivindicação resultante da participação no FHCVP devido a acidente ou contratempo envolvendo a participação de meu filho/filha no programa.

*Eu/Nós reconhecemos que infecção por COVID-19 pode levar a doença, incapacidade ou até morte e, por reconhecermos esse risco, libertamos e não responsabilizamos o County School Board e FHCVP, ou qualquer um dos seus doutores e funcionários de qualquer responsabilidade e culpa por qualquer ferimento ou acusação de qualquer pessoa que entre em contato com o meu filho/a, seja responsável pelo contágio de COVID-19, caso o meu filho/a se torne caso positivo e diagnosticado com o vírus COVID-19 ou por acidente envolvendo a participação do meu filho/a no FHCVP.

SIM **NÃO** Concordo em permitir que o meu filho / filha seja fotografado pelo programa FHCVO para fins de relações públicas com suas fotos.

SIM **NÃO** **Mensagens de texto:** Concordo em receber mensagens de texto e email enviados por sistema automático. Taxa no envio destas mensagens pode variar.

ASSINATURA LEGAL DO GUARDIÃO (Obrigatório) _____ **Data:** _____

Autorização para usar os benefícios do plano de saúde - Se o meu filho tiver um plano de saúde aceito a oportunidade de ser visto em uma unidade móvel (somente), autorizo o Programa de Visão Infantil da Heiken da Flórida a usar o seguro do meu filho para um seguro abrangente, exame de visão e óculos, se prescritos (inclui armação selecionadas, lentes transparentes e sem acréscimos). Entendo que isso usará o benefício de visão do plano de saúde do meu filho.

ASSINATURA (Autorização para usar os benefícios do seguro) _____ **Data:** _____

Para qualquer dúvida, ligue para 1-888-996-9847.

Agência escolar: Por favor, envie um fax com a folha Heiken para (305) 856-9840 ou 1 (888) 980-8474.