



EYE THRIVE

Verano 2024

Sólo válido 06/01/24-8/15/24

(Complete el frente y el reverso del formulario)

¡Obtenga un examen de la vista gratuito para su hijo- y anteojos si su hijo los necesita!

Eye Thrive se enorgullece de operar una clínica de visión móvil que ofrece exámenes de la vista y anteojos recetados gratuitos a los niños de nuestra comunidad. El centro comunitario nos permite ofrecerle a su hijo este servicio gratuito.

Qué hacer con este formulario: Complete este formulario y devuélvalo al centro comunitario.

Cuéntanos sobre tu hijo

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____ Escuela: _____ Distrito: _____

Sexo: Hombre Mujer Preferir no decir Otro

Origen étnico: Hispano o Latino No, no es origen hispano, latino o español

Raza: Indígena de las Américas o nativo de Alaska Asiático Negro/afroamericano

Blanco/caucásico Nativo de Hawái o las Islas del Pacífico Preferir no decir Otro _____

¿Su hijo está inscrito en Medicaid? Sí No

- En caso afirmativo, la identificación de Medicaid: _____

¿Está su hijo inscrito en almuerzo gratis o reducido? Sí No

Dirección de la calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Acuerdo del padre o guardián

Al firmar a continuación, confirma que es el padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente.

También aceptas:

- Deje que el optometrista autorizado y el personal de Eye Thrive le hagan a su hijo un examen de la vista (con gotas si es necesario) y le recete y le dé anteojos (si es necesario).
- Permítanos compartir los resultados del examen de la vista de su hijo con usted, la enfermera escolar de su hijo y cualquier especialista de salud al que podamos derivar a su hijo para seguimiento y atención continua.
- Permitirnos verificar la elegibilidad de Medicaid de su hijo y, si corresponde, facturar a Medicaid solo por el examen de la vista.

Firma del padre o guardián: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del padre o guardián: _____ Relación con el niño: _____

Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____



Firme aquí si permite que se fotografíe o filme a su hijo únicamente para la promoción de Eye Thrive:

Firma del padre o guardián _____ Fecha _____

Cuéntanos sobre el historial de salud de tu hijo

Historial de salud ocular  

¿Alguna vez su hijo ha tenido un examen de la vista? Sí No

- En caso afirmativo, ¿fue de Eye Thrive? Sí No

¿Alguna vez le han recetado anteojos a su hijo? Sí No

- En caso afirmativo, ¿hace cuánto tiempo? _____

¿Su hijo usa anteojos ahora? Sí No

¿Su hijo se queja de visión borrosa? Sí No

¿Su hijo alguna vez se lesionó o tuvo cirugías en los ojos? Sí No

- En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Indique cualquier historial familiar de enfermedades oculares, como glaucoma, cataratas o degeneración macular: _____

Historial de salud general 

Indique cualquier problema de salud que le hayan diagnosticado a su hijo (el médico dijo que tiene):

¿Le han diagnosticado diabetes a su hijo? Sí No

En caso afirmativo,

- Número A1C: _____
- Año del diagnóstico de diabetes: _____

Indique los medicamentos que su hijo está tomando actualmente: _____

Por favor indique cualquier alergia que su hijo tenga a alimentos o medicamentos: _____
