

Parents: VISION EXAMS and GLASSES for your child at NO COST TO YOU, if your child qualifies!



According to a vision screening, your child may have trouble seeing and needs to see an eye doctor!

If your child qualifies, your child will be examined by an optometrist/ophthalmologist or resident under supervision of an optometrist/ophthalmologist, and will receive glasses provided by the Essilor Vision Foundation if needed when they visit our facility or their school during one of our scheduled clinics.

Qualification Guidelines:

- Child must **NOT** have Medical Insurance that covers a vision exam and/or glasses
- Child may have Medicaid or CHIP
- Child **MUST** participate in the free/reduced lunch program at school

Eye drops may be used during the exam to enlarge the pupil allowing the doctor to see the inside part of the eye. These drops will not harm the eye or eyesight. Though the pupil will be larger than normal, it will return to its normal size within a few hours up to a full day.

I have legal custody over my child named below and give permission to share all of my child's vision exam results with Essilor Vision Foundation, Alcon Foundation and their partners for the purpose of providing prescription glasses. Academic and behavioral performance measurements of my child may also be shared and used for research purposes to determine the effectiveness of this treatment. This information may be shared with the following: My child's school nurse, Essilor Vision Foundation, Essilor of America, Inc., Alcon Foundation, and their partners and/or researchers. I understand that if I did not choose to share my child's legally protected health information, I may file a formal complaint with the U.S. Department of Health and Human Services.

Student Information

First Name: _____ | MI: _____ | Last Name: _____ | Date of Birth: ____/____/____

Vision Screening Release: YES NO

I give permission to examine my child's vision.

Marketing Release: YES NO

I further give permission to Essilor Vision Foundation and its founder and supporter, Essilor of America, Inc., to take and use photos, videos or recordings of my child's participation in the vision exam and related activities, in any printed or multimedia presentations, social media, radio, television, websites or in any other distribution media for any lawful purpose. This includes, but is not limited to, national marketing purposes. I understand that my child's first name may be used in such marketing materials. I agree that I will make no monetary or other claim against Essilor Vision Foundation or Essilor of America, Inc. for this release.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: ____/____/____

Parent/Guardian Printed Name: _____

Mailing Address: _____

Phone Number: _____

FOR SCHOOL NURSE OR ACADEMIC PROGRAM ADMINISTRATOR /SCREENER USE ONLY (Required)

Right Eye Acuity	Left Eye Acuity
School Name	School District
Teacher Name	Grade

Nurse Name: _____

Nurse Signature: _____

Padres: EXÁMENES DE LA VISIÓN y LENTES para su hijo/hija SIN COSTO PARA USTED si su hijo/hija califica.



De acuerdo con una prueba de la visión, es posible que su hijo/hija tenga problemas visuales y necesite consultar a un oculista.

Si califica, su hijo/hija será examinado/a por una optometrista/oftalmólogo o un residente bajo la supervisión de un optometrista/oftalmólogo y recibirá lentes de Essilor Vision Foundation, si los necesita, cuando visite nuestro centro o su escuela durante una de nuestras clínicas programadas.

Pautas para calificar:

- El niño/la niña **NO** debe tener un seguro médico que cubra un examen de la visión y/o lentes
- El niño/la niña puede tener Medicaid o CHIP
- El niño/la niña **DEBE** participar en el programa de almuerzo gratis/de costo reducido en la escuela

Se podrán utilizar gotas en los ojos durante el examen, para agrandar la pupila, lo que permitirá que el doctor mire la parte interna del ojo. Estas gotas no dañan el ojo ni la visión. Aunque la pupila estará más grande de lo normal, volverá a tener su tamaño normal en el plazo de unas pocas horas a un día.

Tengo la custodia legal de mi hijo/hija nombrado/a a continuación y otorgo mi permiso para compartir todos los resultados de los exámenes visuales de mi hijo/hija con Essilor Vision Foundation, Alcon Foundation y sus socios con el fin de recibir lentes recetados. Las mediciones de desempeño académico y conductual de mi hijo/hija también se podrán compartir y utilizar con fines de investigación para determinar la eficacia de este tratamiento. Esta información se podrá compartir con las siguientes personas y entidades: la enfermera de la escuela de mi hijo/hija, Essilor Vision Foundation, Essilor of America, Inc., Alcon Foundation y sus socios y/o investigadores. Entiendo que si no elegí compartir la información médica legalmente protegida de mi hijo/hija, puedo presentar una queja formal ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Información del alumno/la alumna

Nombre: _____ | IM: _____ | Apellido: _____ | Fecha de nacimiento: ____/____/____

Liberación para examen visual: Sí NO

Otorgo mi permiso para que examinen la visión de mi hijo/hija.

Liberación para marketing: Sí NO

Además, otorgo mi permiso para que Essilor Vision Foundation y su fundador y la empresa que le brinda su apoyo, Essilor of America, Inc., tomen y utilicen fotos, videos y grabaciones de la participación de mi hijo/hija en el examen visual y actividades relacionadas en cualquier presentación impresa o en multimedia, medios sociales, radio, televisión, sitios web o en cualquier otro medio de distribución con cualquier fin legal. Esto incluye, entre otros fines de marketing en el ámbito nacional. Entiendo que se podrá utilizar el primer nombre de mi hijo/hija en estos materiales de marketing. Acepto que no haré ninguna reclamación monetaria ni de otro tipo contra Essilor Vision Foundation o Essilor of America, Inc. por esta liberación.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre en letra de imprenta de padre/madre/tutor: _____

Dirección postal: _____

Teléfono: _____

FOR SCHOOL NURSE OR ACADEMIC PROGRAM ADMINISTRATOR /SCREENER USE ONLY (Required)

Right Eye Acuity	Left Eye Acuity
School Name	School District
Teacher Name	Grade

Nurse Name: _____

Nurse Signature: _____