



CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE VISION Y FORMA DE LIBERACION

Estimado padre/tutor,

Vision to Learn es una organización sin fines de lucro que ofrece exámenes de la vista y anteojos para niños sin costo a alguno. Vision to Learn será traer su clínica móvil a la escuela de su hijo/a para proporcionar exámenes de la vista y anteojos a los niños que los necesitan. Si desea dar permiso a su hijo/a para participar en este programa, por favor complete este formulario. Envíe el formulario completo a la enfermera de la escuela.

No hay ningún costo para que su hijo/a participe en el programa.

Vision To Learn a veces obtiene imágenes de los niños que atienden la escuela con el fin de dar a conocer el programa. Usted está de acuerdo que su hijo/a puede ser fotografiado, filmado y / o participe en grabación de voz (colectivamente llamado "Grabaciones"), y entiende que Vision to Learn será dueño de estas grabaciones y pueda utilizarlas en cualquier formato sin compensación alguna para su niño/a ni a los padres de su hijo o guardianes. Usted está de acuerdo que está renunciando cualquier y todos los reclamos en contra de su escuela y Vision to Learn que pudieran derivarse de la participación de su hijo/a en el programa o el uso de las Grabaciones.

Sí, estoy de acuerdo en permitir que mi hijo/a participe en la clínica de visión móvil del programa de Visión to Learn que se describe arriba.

Favor de escribir en letra de molde:

<u>OBLIGATORIO:</u>			
Primer nombre del niño/a:		Apellido del niño/a:	
Fecha de Nacimiento:	Mes	Día	Año
/	/		
/			
		Sexo (favor de seleccionar):	
		<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
Primer nombre de Padre/Tutor:		Apellido de Padre/Tutor:	

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Domicilio:	Unidad/ Apt:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono:	Teléfono de Emergencia:	Correo Electrónico:		

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA:

Nombre de la Escuela:	Nombre del Maestro/a:
Grado:	Numero de Salón:

INFORMACION DE SEGURO MEDICO: OPCIONAL:

ESTUDIANTE TIENE MEDI-CAL

Proveedor (Circular uno): L.A. CARE HEALTHNET	Numero de I.D.:

ESTUDIANTE TIENE SEGURO PRIVADO

Proveedor:	Numero de Póliza:

ESTUDIANTE NO TIENE SEGURO

Al firmar este formulario, estoy de acuerdo en permitir que mi hijo/a para recibir servicios de cuidado de la vista a través de la clínica móvil de Vision to Learn. Reconozco que tengo el derecho de rechazar cualquier servicio proporcionado por Vision to Learn, pero que estoy eligiendo voluntariamente por mi hijo/a para recibir servicios de la vista. Entiendo que la recepción de servicios de la vista a través de Vision to Learn no me descalifica del acceso a los servicios de la vista fuera de la clínica móvil. Estoy de acuerdo que estoy renunciando a todo reclamo contra la escuela donde mi hijo/a es estudiante que pueda surgir por la participación de mi hijo/a en el programa. Mi firma indica que he leído y entendido este consentimiento voluntario y Liberación y estoy de acuerdo con sus disposiciones.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ Fecha: _____

11611 San Vicente Blvd. Suite 500, Los Angeles, CA 90049 (800) 485-9196 Fax: (213) 402-5261 VisionToLearn.org