



Your child has been referred for a FREE VISION SCREENING and EYE EXAM

Call 702-727-3525 to schedule.

Please take this form to your Eye Care 4 Kids appointment.

Name of Child _____ School & Loc. Number _____

Address _____ CCSD Student # _____

Age _____ Grade _____

School Nurse _____ CIS Site Coordinator _____

School/Parent Concerns _____

For Doctor's Use only: Doctor's Diagnosis:

Eye Care 4 Kids Doctor's report and recommendations: (if glasses are prescribed, please include corrected visual acuity and other significant information).

No Treatment _____

Special Services Needed

Glasses VA _____

R _____ L _____

None _____

Glasses to be worn

Constantly _____

Preferential Seating _____

Reading only _____

For Class only _____

Partially Sighted _____

Other _____

Blind _____

Next Appointment _____

Doctor Signature _____

Date _____

This report is to be sent to the School Nurse at: _____



Eye Care 4 Kids a 501 (C) 3 Charitable Corporation

4/8/14

PARENT/GUARDIAN PERMISSION FORM

PLEASE SEND ALL FORMS COMPLETED WITH YOUR CHILD PRIOR TO THEIR EXAM

VISION Referral ATTACHED

PATIENT'S NAME _____ HOME PHONE _____

CCSD ID # _____ DATE OF BIRTH _____ MALE FEMALE

HOME ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP _____

SCHOOL _____

ETHNICITY (circle only one) Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino.

RACE (circle one or more) American Indian Alaska Native Asian African American Pacific Islander Caucasian Other

PARENT/GUARDIAN NAME _____

CELL PHONE _____ WORK PHONE _____ HOME PHONE _____

HOME ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP _____

EMAIL ADDRESS _____

MEDICAID YES ___ NO ___ MEDICAID # _____

ADDITIONAL INFORMATION:

ALLERGIES: _____

PHYSICIAN _____ PHONE _____

WHOM MAY WE CONTACT IN CASE OF EMERGENCY _____ PHONE _____

EXAM INFORMATION

THIS IS FOR: EXAM EYEGLASSES DATE OF LAST EYE EXAM _____

DOES YOUR CHILD CURRENTLY WEAR GLASSES? YES NO *IF YES, PLEASE SEND YOUR CHILD WITH THE GLASSES TO THE EXAM

WHAT SEEMS TO BE THE PROBLEM YOU ARE HAVING WITH YOUR EYES? _____

THE REFERRAL YOU RECEIVED IS FOR ONE (1) FREE EYE EXAM AND ONE (1) PAIR OF FREE EYE GLASSES AS NEEDED.

PARENT/GUARDIAN PERMISSION: I give the staff of EYE CARE 4 KIDS permission to treat my child's eye, vision or medical problems. I understand that Eye Care 4 Kids staff may elect to dilate my child's eyes and accept the adverse risks and will hold them harmless. I am ultimately responsible for any and all services rendered on my child's behalf. I have read all the information and have answered the above questions. I certify this information is true and correct. I will notify this office of any changes to my child's health status or the above information.

I grant Eye Care 4 Kids the right to photograph or video myself and or my child for use in their promotional material. YES ___ NO ___

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE _____ DATE _____

PLEASE PRINT YOUR NAME _____



Eye Care 4 Kids a 501 (C) 3 Charitable Corporation

4/8/14

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PADRE Y/O TUTOR

POR FAVOR ENVÍE CON SU HIJO TODOS LOS FORMULARIOS COMPLETADOS ANTES DE SU EXAMEN

Remisión para la VISION ADJUNTA

NOMBRE DEL PACIENTE _____ TEL. DEL HOGAR _____

N.º ID CCSD DEL ESTUDIANTE _____ FECHA DE NAC. _____ MASCULINO FEMENINO

DOMICILIO DEL HOGAR _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CP _____

ESCUELA _____

ETNICIDAD (*circule solamente una*) Hispano o Latino No Hispano o Latino.

RAZA (*circule solamente una*) Indio Americano Nativo de Alaska Asiático Afro Americano Islas del Pacífico Caucásico Otro

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR _____

TEL. CELULAR _____ TEL. DEL TRABAJO _____ TEL. DEL HOGAR _____

DOMICILIO DEL HOGAR _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CP _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

MEDICAID SI ___ NO ___ N.º DE MEDICAID _____

INFORMACIÓN ADICIONAL:

ALERGIAS: _____

DOCTOR _____ TELÉFONO _____

EN CASO DE EMERGENCIA A QUIEN PODEMOS CONTACTAR _____ TELÉFONO _____

INFORMACION DEL EXAMEN

ESTO ES PARA: EXAMEN LENTES FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN _____

¿ACTUALMENTE SU HIJO USA LENTES? SI NO *SI LOS USA, POR FAVOR MANDE A SU HIJO CON LOS LENTES PARA EL EXAMEN

¿CUÁL PARECE SER EL PROBLEMA QUE ESTÁ TENIENDO CON SUS OJOS? _____

LA REMISIÓN QUE RECIBÍÓ ES PARA UN (1) EXAMEN GRATUITO Y UN (1) PAR DE LENTES DE SER NECESARIOS.

PERMISO DEL PADRE O TUTOR: Doy permiso al personal de EYE CARE 4 KIDS para tratar la visión o el problema de los ojo de mi hijo. Entiendo que el personal de Eye Care 4 Kids staff podría elegir dilatar las pupilas de los ojos de mi hijo y acepto los riesgos adversos y no los hago responsables. Básicamente soy el responsable por cualquier y todo servicio prestado a favor de mi hijo. He leído toda la información y respondido a las preguntas anteriores. Certifico que esta información es verdadera y correcta. Notificare cualquier cambio en la salud de mi hijo o de la información antes descrita.

Doy a Eye Care 4 Kids el derecho de fotografiar o tomar video de mi persona y/o a mi hijo para utilizarlo en su material de promoción. SÍ ___ NO ___

FIRMA DEL PADRE O TUTOR _____ FECHA _____

POR FAVOR ESCRIBA SU NOMBRE _____