



SI QUIERE QUE SU HIJO SEA EXAMINADO POR UN OPTOMETRISTA,
NO ES NECESARIO QUE LLENE ESTE FORMULARIO.

Estimado padre o tutor:

La Oficina de Salud Escolar se complace en ofrecer exámenes de la vista y servicios de optometría para los grados prekínder, kínder y 1.º. Los exámenes de la vista iniciales evalúan la capacidad de los estudiantes de ver objetos de cerca y de lejos mediante tablas optométricas y otros equipos para ayudar a determinar si se necesita realizar un examen de la vista más completo. Si un estudiante falla la evaluación, será referido a un oftalmólogo en la sede para un examen de seguimiento. Este examen no es invasivo; no se utilizarán instrumentos ni se colocarán gotas en los ojos de los estudiantes durante este examen.

Un oftalmólogo visitará la escuela de su hijo el _____. Si es necesario, el oftalmólogo le recomendará el uso de gafas y un miembro del personal de nuestro programa ayudará al estudiante a seleccionar la montura con el proveedor contratado. Usted recibirá los resultados del examen y, en algunos casos, el oftalmólogo podría recomendar un examen de la vista más completo.

Dado que los exámenes de la vista son obligatorios según la Disposición A-701 del Canciller, los estudiantes tienen derecho y recibirán dichos exámenes. Sin embargo, los padres o tutores pueden excluirse voluntariamente de recibir el examen de la vista gratuito completando la sección más abajo y regresando el formulario a la escuela de sus hijos. Si no entrega el formulario, el estudiante recibirá un examen oftalmológico gratuito y gafas, si así se recomienda.

Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Marcia Rodriguez, supervisora de la unidad de seguimiento, al 718-786-5154 (en inglés y español) o al 855-771-3937.

Atentamente,

Thomas Phelan

Director de los Programas Escolares de Salud Visual

Para obtener más
información sobre el
programa de visión,
escanee el código QR.



NO quiero que a mi hijo se le realice un examen gratuito no invasivo de la vista o que reciba gafas gratuitas por medio del Programa de visión del Departamento de Salud y Salud Mental (*Department of Health and Mental Hygiene, DOHMH*) .

Nombre del estudiante _____

Nombre del padre o tutor _____

Firma del padre o tutor _____

Fecha _____ Teléfono durante el día _____ ESCUELA: _____