

2021-2022 Programa Escolar de Exámenes de la Vista y Anteojos Gratuitos

Para 6-9 semana procesamiento más rápido y seguro, aplica en su móvil en WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG

HEIKEN PORTAL INFO (For School/Screening Personnel Use Only): County: _____ Teacher _____ Referring school or agency: _____ Private must list scholarship: _____ Vision Screening: PASS / REFER screening date: _____	For Heiken Use Only: Acct #: _____ Date Entered: _____ Status: _____ Auth. Date: _____ Ins: _____
--	--

Escuela _____ Grado ____ Numero de Identificación: _____ Masculino /Feminina
 Nombre del Estudiante _____ Fecha De Nacimiento del estudiante (MM/DD/YY) _____
 Dirección _____ Apto _____ Ciudad _____ Código Postal _____
 Teléfono Celular _____ Teléfono del Padre _____
 Nombre de Padre/Tutor _____ Correo Electronico _____
 # Personas en casa _____ Ingresos anuales \$ _____ , _____ **.00 Por Ano**

Raza: Afro-Americano Haitiano Hispano Nativo Americano Blanco (no-Hispano) Asiático Otro

Idioma Preferido: Español Inglés Creole Portugues Otro _____

Su **hijo(a)** tiene/o ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

- | | |
|--|---|
| <p>Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Examine de la vista en el último año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Usa espejuelos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugía en los ojos/ lesión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Terapia Visual/Parches en los ojos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Células Falciforme <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medicamento o eye drops _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ecesidades especiales o retrasos? _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Requiere alguna asistencia auxillar (intérprete, visual, silla de ruedas)</p> | <p>Algún integrante de la familia del menor ha tenido alguna de estas condiciones :</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desviación de ojo/estrabismo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Degeneración Macular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presion arterial alta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Células Falciforme <p>COVID-19–miembro de fam. dentro de 2 sem.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre, Tos, Dolor de garganta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pérdida de olfato / sabor. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contacto con cualquiera diagnosticado con COVID-19 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Viajó fuera de los EEUU <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hijo(a) está aprendiendo virtualmente |
|--|---|



Por favor, explicar sobre las repuestas "Sí": _____

El consentimiento para examen de los ojos - Al firmar abajo, autorizo al Florida Heiken Children's Vision Program (FHCVP) para ofrecer a mi niño(a) un examen ocular completo, incluyendo la dilatación, sea en la escuela por un optometrista en la unidad móvil o en la oficina de un proveedor asignado.

Aviso de Prácticas de Privacidad – Comprendo que el aviso de prácticas de privacidad para el FHCVP de Miami Lighthouse está disponible para su revisión. Si desea solicitar una copia por favor llame al teléfono 305-856-9830/1(888)996-9847, y que las cámaras de seguridad están en uso y en grabación en todas las unidades móviles en todo momento.

Intercambio de Información – Al firmar abajo, autorizo intercambio de información entre el FHCVP, sus fundadores, incluyendo el Departamento de Salud de Florida para fines de auditoria, y mis Escuelas Públicas del Condado (EPC) de todos los informes médicos de optometría de mi hijo(a) a los proveedores de programas participantes para determinar el cuidado apropiado. También autorizo a la EPC de divulgar cualquier información requerida anteriormente que puede estar incompleta para procesar esta solicitud. Yo entiendo que podre ser contactada por FHCVP o sus fundadores para proveer una opinión anónima sobre los servicios recibidos, pero tengo el derecho a no participar si soy contactada.

* Yo / Nosotros liberáramos a la Junta Escolar del Condado de cualquier responsabilidad por cualquier daño o reclamación resultantes de la participación en el FHCVP debido a un accidente como resultado de la participación de mi hijo(a) / protegido en el programa.

* Yo / Nosotros entendemos que la infección de COVID-19 puede conducir a una enfermedad, discapacidad o incluso la muerte, y a sabiendas corremos el riesgo y liberamos y exoneramos de responsabilidad a la Escuelas Públicas del Condado y al FHCVP o cualquiera de sus médicos o personal cualquier lesión o reclamo si mi hijo, o alguien con quien entra en contacto, se vuelve positivo o presuntamente positivo diagnosticado con el virus COVID-19 o debido a un accidente o percance que involucra la participación de mi hijo / pupilo como resultado de la participación en el FHCVP.

Sí No Yo autorizo que mi hijo(a) sea fotografiado por FHCVP para propósitos de relaciones públicas, y renuncio a cualquier/todos presente / futuro derechos a reclamos a las fotos.

Sí No Mensajes de texto: Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto y correo electrónico con respecto a la participación en el programa. Se pueden aplicar tarifas por mensajes y datos.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR (Required) _____ **Fecha:** _____

Autorización para presentar reclamaciones de seguro–Si el plan de seguro que mi hijo(a) o hija tiene es aceptado y mi hijo(a) tiene la oportunidad para un examen de visión realizado en la unidad móvil (solamente), autorizo el FHCVP a facturar el seguro de mi hijo(a) para un examen de visión comprensivo y dilatación y si están prescrito, anteojos (incluye monturas de anteojos seleccionados, lentes poli claras y no incluyendo modificaciones). Entiendo que utilizará el beneficio del seguro para la visión de mi hijo(a).

FIRMA (Autorización para usar los beneficios del seguro) _____ **Fecha:** _____

El programa de Visión Infantil Heiken de la Florida es una organización de igualdad de oportunidades y no discrimina a los solicitantes que reúna los requisitos sobre la base de raza, color, religión, ascendencia, edad, sexo, estado civil, origen nacional, discapacidad o estado de veterano. Revised 4.23.2021

Para más información, llame al 1-888-996-9847.

School/Agency: Please fax completed form with Heiken Fax Cover Sheet to (305)856-9840 / 1(888)980-8474

Exención de Responsabilidad por las Obligaciones de los Participantes de la Actividad

Actividades Extracurriculares y Voluntarios de Terceros durante el COVID-19

Verano del 2020 y Curso Escolar del 2021-2022

Actividad Extra-Curricular: Florida Heiken Children's Vision Program

Nombre del Padre de Familia/Tutor:

Nombre del / de los Niño(s) que Participan:

Deseo participar o permitir que mi(s) hijo(s) ("Participante de la Actividad") participen en una o más actividades extracurriculares voluntarias que se lleven a cabo en el/los recinto(s) de la Junta Escolar del Condado Miami-Dade, Florida ("Junta Escolar"). Reconozco que el nuevo coronavirus conocido como COVID-19 ha sido declarado una pandemia mundial y se cree que es contagioso y se contagia por contacto de persona a persona, incluso en el Condado Miami-Dade. Además, reconozco que las agencias federales, estatales y locales recomiendan el distanciamiento social y otras medidas para prevenir la propagación del COVID-19.

La Junta Escolar tendrá organizaciones de terceros ("Organizaciones") que llevarán a cabo ciertas actividades extracurriculares, incluidos los campamentos de verano, en su(s) recinto(s) a partir del verano del 2020 y continuarán hasta el curso escolar del 2020-21. Entiendo que si yo o mi(s) hijo(s) eligen participar en las actividades de estas Organizaciones (en adelante, "Actividad"), la Actividad será controlada, organizada, contratada, dotada de personal y asegurada independientemente de la Junta Escolar, y se llevará a cabo con los protocolos de seguridad que estas organizaciones consideran apropiados según las circunstancias del momento, que pueden estar sujetos a cambios. Entiendo que la Junta Escolar no será responsable de implementar, supervisar o informar a los Participantes de la Actividad de los protocolos de seguridad de esta Organización, y que es mi exclusiva responsabilidad, así como la del Participante de la Actividad, cumplir con todos los protocolos de seguridad estatales, federales y locales, así como los que proporciona la Organización.

En un esfuerzo por asegurar la seguridad y el bienestar de nuestra comunidad escolar, entiendo la importancia de que los Participantes de la Actividad, incluido(s) mi(s) hijo(s), estén sanos y seguros cuando participen en la Actividad. Al finar a continuación, acepto que yo:

- Realizaré controles diarios de temperatura en mi(s) hijo(s) para detectar fiebre antes de llegar a la Actividad. La fiebre se define como una temperatura superior a 100.4 F o 38.0 C. Si mi(s) hijo(s) tiene(n) fiebre, no permitiré que participe(n) en la Actividad hasta que haya(n) estado sin fiebre durante al menos 72 horas.
- Haré una inspección visual de mi(s) hijo(s) en busca de signos de enfermedad que podrían incluir: fiebre o escalofríos, tos, falta de aire o dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida de sabor u olfato, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas o vómitos, diarrea, mejillas sonrojadas, respiración rápida o dificultad para respirar (sin actividad física reciente), fatiga o irritabilidad extrema. Si mi(s) hijo(s) ha(n) exhibido alguno de estos signos o síntomas, no permitiré que participe(n) en la Actividad hasta que no haya(n) estado sin signos o síntomas durante al menos 72 horas.
- Confirmaré que mi(s) hijo(s), antes y durante su participación en la Actividad, no ha(n) dado positivo por COVID-19 en los últimos 14 días, no está(n) esperando los resultados de la prueba basados en un caso diagnosticado o sospechoso de COVID-19, y no ha(n) regresado dentro de los 14 días de un área sujeta al Aviso de Salud de Viaje de Nivel 3 de los CDC.
- Confirmaré que mi(s) hijo(s), antes y durante su participación en la Actividad, no ha(n) estado en contacto con alguien que haya dado positivo por COVID-19 en los últimos 14 días, este esperando los resultados de la prueba en función de un caso diagnosticado o sospechoso de COVID-19, o ha(n) regresado de un área altamente impactada sujeta a un Aviso de Salud de Viaje de Nivel 3 de los CDC. Si mi(s) hijo(s) ha(n) estado en contacto con dicha persona, incluso del mismo hogar, no permitiré que mi(s) hijo(s) participen en la Actividad hasta que hayan transcurrido 14 días desde el momento del contacto.
- Recogeré inmediatamente a mi(s) hijo(s), o hare arreglos para que lo(s) recojan, si hay signos o síntomas de enfermedad. Entiendo que los niños deben permanecer en casa hasta que estén libres de enfermedades durante al menos 72 horas sin el uso de medicamentos.

Al firmar este documento, reconozco y afirmo todas las declaraciones anteriores. También entiendo que yo o mi(s) hijo(s) podemos estar expuestos o infectados inevitablemente por COVID-19 como resultado de la participación en la Actividad, y que dicha exposición o infección puede provocar lesiones personales, enfermedades, y/o muerte. Entiendo que el riesgo de exposición o infección puede ser el resultado de acciones, omisiones o negligencia por parte de mí, mis hijos, estas Organizaciones, el personal de la Junta Escolar, voluntarios o agentes, otros participantes de la Actividad u otros que no figuran en la lista, y Reconozco que todos estos riesgos son conocidos por mí.

Teniendo en cuenta que yo y/o mi(s) hijo(s) podemos participar en la Actividad, yo, en mi nombre y el de mi(s) hijo(s), así como cualquier persona que tenga derecho a actuar en mi nombre, por este medio renuncio consciente y voluntariamente para siempre, exonerado y eximo de responsabilidad a la Junta Escolar y a sus empleados y agentes de todos y cada uno de los reclamos, demandas, responsabilidades, acciones, juicios, honorarios de abogados, costos y cualquier gasto de cualquier tipo que resulte de lesiones o daños, basado en agravio u otros, yo y/o mi(s) hijo(s), o mi o nuestros representantes, sostenemos durante o relacionados con la participación de mi(s) hijo(s) en la Actividad.

Si se determina que esta Exención o cualquier parte de la misma es inválida o inaplicable por algún motivo, las disposiciones restantes de esta Exención, así como cual(es)quier(a) otro(s) acuerdo(s) relacionado con mi participación o la de mi(s) hijo(s) en esta Actividad no se verá afectada y permanecerá en pleno vigor y efecto.

Firma del Padre de Familia /Tutor

Firma del Participante de la Actividad

Nombre Escrito del Padre de Familia /Tutor

Nombre Escrito del Participante de la Actividad

Fecha de la firma

Fecha de la firma

GRATIS EXÁMENES DE VISTA Y ANTEOJOS PARA NIÑOS

Accesible por internet en cualquier teléfono inteligente / tableta / computadora
Inglés / Español / Kreyòl / Portugués

PADRES APLIQUEN AHORA!
www.floridaheiken.org



- Estudiantes de la Florida
- Pre-K hasta 12° grado
- Reaplique cada año escolar

UTILICE EL PORTAL HEIKEN

- Confidencial
- Seguro



Toda la información del estudiante se mantiene confidencial y no se comparte con ninguna otra entidad.

Parcialmente financiado por:

