

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Número de identificación  
del estudiante: \_\_\_\_\_



VISION  
FOR  
BALTIMORE

### Estimado(a) padre/madre o tutor:

Durante el año escolar 2022-2023, Vision for Baltimore visitará la escuela.

Vision for Baltimore, una asociación de toda la ciudad, ofrecerá exámenes oculares, exámenes de la vista y, si es necesario, anteojos para su hijo(a). Uno de cada cuatro niños puede tener dificultades para ver con claridad en la escuela y esto puede afectar su aprendizaje. Los exámenes oculares y los exámenes de la vista ayudan a identificar a los niños que pueden necesitar anteojos o tratamiento para otros problemas oculares.

### El programa funciona de la siguiente manera:

**Examen ocular:** el Departamento de Salud de la Ciudad de Baltimore (BCHD) examinará la vista de su hijo(a) durante el año escolar sin costo alguno para usted. Le informarán los resultados de las pruebas de detección, incluso si su hijo(a) pasó la prueba o no. Si su hijo(a) no pasa la prueba de detección, se recomienda un examen de la vista para revisar su visión.

**Examen de la vista:** la clínica móvil de oftalmología Vision To Learn visitará la escuela de su hijo(a) para realizar exámenes de la vista de rutina a los estudiantes que no pasen el examen ocular, sin costo de bolsillo. El examen de la vista lo realiza un optometrista independiente con licencia. No se usan gotas para los ojos. Si su hijo(a) necesita anteojos, tendrá la oportunidad de elegir entre una variedad de armazones War by Parker y se pedirán los anteojos. Le informarán los resultados del examen de la vista de su hijo(a), incluso si necesita anteojos o una derivación para recibir atención de seguimiento.

**Anteojos:** aproximadamente 4 semanas después del examen de la vista, Vision To Learn regresará a la escuela de su hijo(a) para distribuir los anteojos, personalizados con su receta y ajustados por un óptico capacitado. No hay ningún costo de bolsillo para usted. El año pasado, más de 2000 estudiantes recibieron anteojos a través de Vision for Baltimore.

**Monitoreo:** el personal escolar y el personal de Vision for Baltimore trabajarán juntos para alentar a los estudiantes a usar sus anteojos y hacer un seguimiento de su resultado. Si un estudiante rompe o pierde sus anteojos, Vision for Baltimore puede ayudarlo con las reparaciones y recambios.

**Costos:** no debe pagar por el examen ocular, el examen de la vista ni los anteojos. Todos los estudiantes pueden participar en el programa, independientemente del estado de su seguro. Si su hijo(a) está inscrito en Medicaid, el examen de la vista de rutina se le puede cobrar a Medicaid. Vision for Baltimore es un programa sin fines de lucro, y cobrar a Medicaid ayuda a que más niños se hagan exámenes de la vista. Es posible que reciba un aviso llamado Explicación de beneficios (EOB) de su compañía de seguros con información sobre los servicios cobrados y los pagos que se han aprobado, pero no recibirá ninguna factura por los servicios o los anteojos.

Revise la información que aparece a continuación y decida si desea que su hijo(a) se someta a un examen de la vista y use anteojos (si los necesita) del programa Vision for Baltimore si no pasa la prueba ocular. Incluso si dice que no, complete la información de su hijo(a) en el recuadro que se encuentra a continuación, marque el recuadro "No" y devuelva este formulario a la escuela para nuestro registro.

**Si tiene preguntas y desea hablar con alguien sobre el programa antes de decidir participar, llame a Vision for Baltimore al 410-616-2344 o envíe un correo electrónico a [v4b@bcps.k12.md.us](mailto:v4b@bcps.k12.md.us).**

**Nombre del niño(a)** (imprimir) \_\_\_\_\_

**Apellido del niño(a)** (imprimir) \_\_\_\_\_

**Nombre de la escuela** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Grado** \_\_\_\_\_ **Género**  Masculino  Femenino  
(mes) (día) (año)

**Nombre y apellido del padre/madre o tutor** (imprimir) \_\_\_\_\_

**Teléfono** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Código postal** \_\_\_\_\_

**Marque UN recuadro (SÍ o NO) a continuación con respecto a la participación de su hijo en el programa Visión for Baltimore.**

**SÍ, QUIERO** que mi hijo(a) se someta a un examen de la vista y use anteojos (si los necesita) si no pasa el examen ocular.

**NO, NO QUIERO** que mi hijo(a) se someta a un examen de la vista ni use anteojos (si los necesita) si no pasa el examen ocular, pero entiendo que el BCHD los examinará.

Al marcar el recuadro SÍ en este formulario, acepto que si mi hijo(a) no pasa el examen ocular de la escuela, puede recibir un examen de la vista y anteojos, si es necesario, a través de un optometrista independiente del equipo de la clínica móvil de oftalmología operada por Vision To Learn. Doy mi consentimiento para que Vision To Learn acceda al número de identificación de Medicaid de mi hijo(a) y cobre a Medicaid por esos servicios, si corresponde.

Acepto que renuncio a todas las demandas contra la Junta de Comisionados Escolares de la Ciudad de Baltimore (Junta), las Escuelas Públicas de la Ciudad de Baltimore (Sistema Escolar), Vision To Learn y sus respectivos empleados y voluntarios que puedan surgir de la participación de mi hijo(a) en el programa. Doy permiso para que los empleados o voluntarios del Sistema Escolar lleven a los estudiantes a la clínica móvil de oftalmología para recibir servicios en el recinto escolar durante el horario escolar. Además, libero y eximo a la Junta, el Sistema Escolar, Vision To Learn y sus respectivos empleados y voluntarios de cualquier acción y responsabilidad que pueda tener contra la Junta, el Sistema Escolar, Vision To Learn y sus respectivos empleados y voluntarios en relación con el programa Visión for Baltimore.

Mediante mi firma, demuestro que he leído y entiendo los términos de este formulario de consentimiento y exención de Vision for Baltimore y acepto sus condiciones.

**Nombre y apellido del padre/madre o tutor: (imprimir)** \_\_\_\_\_

**Fecha de firma del padre/madre o tutor** \_\_\_\_\_