

Exame oftalmológico e óculos LIVRE para crianças

www.floridaheiken.org

*Acessível em qualquer smartphone / tablet / computador habilitado para internet
Inglês / Espanhol / Kreole / Português*



PAIS APLIQUEM AGORA!

- Estudantes da Florida
- Do pré-k ao 12º
- Reaplicar todos os anos letivos

POR QUE USAR O PORTAL HEIKEN?

- Processamento mais rápido
- Confidencial e seguro

601 SW 8th Avenue • Miami, Florida 33130
(305) 856-9830 or 1 (888) 996-9847
www.floridaheiken.org

Heiken NÃO compartilha informações pessoais de alunos com outras agências

2019-2020 Programa gratuito para exams oftalmológicos e olhos nas Escolas

PARA PROCESSAMENTO MAIS RÁPIDO, SEGURO, APLICAR NO TELEFONE: WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG

HEIKEN PORTAL INFO (For School/Screening Personnel Use Only):

County: _____ School Code: _____

Vision Screening: **PASS** / **REFER** screening date: _____

Referring school or agency: _____

Referral Agency Code (if referral is not from school): _____

For Heiken Use Only:

Scanned

Account #: _____

Date

Eligibility Status: _____

Entered:

Date Eligibility Verified: _____

Insurance: _____

Subscriber ID: _____

SIM **NÃO** Concordo em permitir que o meu filho / filha seja fotografado pelo programa FHCVO para fins de relações públicas com suas fotos.

Escola _____ **Serie** _____ **Professora** _____ **identificação do aluno** _____

Nome do aluno _____ **Masculino / Feminino** _____ **Data de nascimento do aluno** _____

Endereço _____ **Apartamento** _____ **Cidade** _____ **Código postal** _____

Número do celular _____ **Número de dia:** _____

Nome dos Pais / Responsável _____ **Email** _____

se as pessoas em casa _____ **Rendimento annual \$** _____

Etnicidade (Círcule Um): Afro-Americano Asiático Hispânico Nativo-Americano Branco (não Hispânico) Haitiano Outro _____

Idioma (Círcule Um): Inglês Espanhol Kreole Português Outros _____

Seu filho viu um oftalmologista no ano passado? Sim _____ Não _____ Seu filho usa óculos? Sim _____ Não _____

Por favor, liste qualquer medicação ou colírio que seu filho usa: _____

Por favor, liste todas as alergias que o seu filho tenha: _____

O seu filho / filha tem alguma necessidade especial / atraso no desenvolvimento ou crescimento? Sim _____ Não _____

Explique _____

O seu filho precisa de ajuda auxiliar (como intérprete, linguagem de sinais, problemas visuais, cadeira de rodas, Braille?)

Sim _____ Não _____ Se "Sim", por favor explique: _____

Seu **filho** teve algum dos seguintes:

A **família** do seu filho teve algumas das seguintes:

SIM NÃO

- Cirurgia Ocular / Lesão
- Terapia da visão
- Dores de cabeça
- Glaucoma
- Diabetes
- Célula cancerosa
- Asma

SIM NÃO

- Olho virado ou estrabismo
- Cegueira
- Degeneração macular
- Glaucoma
- Pressão alta
- Célula cancerosa
- Outros problemas



Por favor, explique todas as respostas se forem "SIM" acima citadas: _____

Consentimento para Exame oftalmológicos - Assinando abaixo, eu atesto que sou o pai ou responsável legal dessa criança, e autorizo a FHCVP a fornecer à minha criança qualificada um exame oftalmológico completo e o dilatamento dos olhos, seja no local da escola, por um Optometrista móvel ou ir ao consultório de um optometrista qualificado pelo FHCVP.

Aviso de práticas de privacidade – Assinando abaixo, entendo que a Notificação de Práticas e de Privacidade para a FHCVP está disponível para revisão se eu solicitar uma cópia via telefone (305) 856-9830 ou 1 (888) 996-9847 e que as câmeras de segurança estão em uso, e a gravação em todas as unidades móveis em todos os momentos.

Troca mutual de informação – Assinando abaixo, autorizo a liberação mútua de informações entre as FHCVP, seus financiadores, minhas Escolas Públicas do Condado (CPS) e os provedores participantes de todos os relatórios médicos de optometria do meu filho/filha, para determinar os cuidados apropriados. Eu também autorizo meu CPS a liberar qualquer informação necessária que possa estar faltando ou não esteja clara para processar este aplicativo. Entendo que posso ser contactado pela FHCVP ou por seus financiadores para fornecer uma opinião anônima sobre os serviços recebidos, mas tenho o direito de me recusar a participar, caso seja contactado. Nós liberamos e isentamos o Conselho Escolar do Condado de toda e qualquer responsabilidade por qualquer dano ou reivindicação resultante da participação no FHCVP devido a acidente ou contratempo envolvendo a participação de meu filho/filha no programa.

ASSINATURA LEGAL DO GUARDIÃO (para receber o exame) _____ **Data:** _____

Autorização para usar os benefícios do plano de saúde - Se o meu filho tiver um plano de saúde aceito e tiver a oportunidade de ser visto em uma unidade móvel (somente), autorizo o Programa de Visão Infantil da Heiken da Flórida a usar o seguro do meu filho para um seguro abrangente, exame oftalmológico e óculos, se prescritos (inclui armação selecionadas, lentes transparentes e sem acréscimos). Entendo que isso usará o benefício de visão do plano de saúde do meu filho.

ASSINATURA (Autorização para usar os benefícios do seguro) _____ **Data:** _____

Para qualquer dúvida, ligue para 1-888-996-9847.

Agência escolar: Por favor, envie um fax com a folha Heiken para (305) 856-9840 ou 1 (888) 980-8474.

O Programa de Visão Infantil da Heiken da Flórida é uma organização que oferece igualdade de oportunidades e não discrimina candidatos qualificados com base em raça, cor, religião, ascendência, idade, sexo, estado civil, nacionalidade, deficiência ou status de veterano. Revised 2.25.2019