

Exámenes de vista y anteojos **GRATIS** para niños www.floridaheiken.org

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

PADRES APLIQUEN AHORA!

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



¿POR QUÉ USAR EL PORTAL HEIKEN?

- Procesamiento más rápido
- Confidencial y seguro

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

Heiken NO comparte información con ninguna otra agencia

2019-2020 Programa Escolar de Exámenes de la Vista y Anteojos Gratuitos

Para un procesamiento más rápido y seguro, aplica en su teléfono o móvil en WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG

HEIKEN PORTAL INFO (For School/Screening Personnel Use Only):		For Heiken Use Only:		Scanned <input type="checkbox"/>
County: _____	School Code: _____	Account #: _____		Date
Vision Screening: PASS / REFER screening date: _____		Eligibility Status: _____		Entered:
Referring school or agency: _____		Date Eligibility Verified: _____		
Referral Agency Code (if referral is not from school): _____		Insurance: _____		
		Subscriber ID: _____		

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.

Escuela _____ Grado _____ Instructor(a) _____

Nombre del Estudiante _____ Masculino / Femenina

Fecha De Nacimiento del estudiante _____ Numero de Identificación del Estudiante: _____

Dirección _____ Apto _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono Celular _____ Teléfono del Padre _____

Nombre de Padre/Tutor _____ Correo Electronico _____

Personas en casa _____ Ingresos anuales \$ _____

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

Idioma Preferido (marque uno): Español Inglés Creole Portugues Otro _____

¿Su hijo(a) usa espejuelos? Sí _____ No _____ Quebrados _____ Perdidos _____

¿Su hijo(a) ha visitado a un oftalmólogo/optometrista en el último año? Sí _____ No _____

Por favor escriba cualquier alergias que tenga su hijo(a): _____

Por favor escriba cualquier medicamento o gotas para los ojos que su hijo(a) utilice: _____

Su hijo(a) presenta algún tipo de cuidado, necesidades especiales o retrasos? Sí _____ No _____

¿Su hijo(a) requiere alguna asistencia auxillar(intérprete, lengua de signos, visual, silla de ruedas, sistema Braille?) Sí _____ No _____

Si, por favor explique: _____

Su **hijo(a)** tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones: Algún **integrante de la familia** del menor ha tenido alguna de estas condiciones :

Sí NO

- Cirugía en los ojos/ lesión
- Terapia Visual / Parches en los ojos
- Dolores de cabeza
- Glaucoma
- Diabetes
- Células Falciforme
- Asma

Sí NO

- Desviación de ojo/estrabismo
- Ceguera
- Degeneración Macular
- Glaucoma
- Presion arterial alta
- Células Falciforme
- Otro



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

El consentimiento para examen de los ojos - Al firmar abajo, autorizo al 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, 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 contactad@ por FHCVP o sus fundadores para proveer una opinión anónima sobre los servicios recibidos, pero tengo el derecho a no participar si soy contactad@.

* 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.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR (Heiken consentimiento) _____ **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 2.25.2019

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