



ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA GRATUITA

LevelUp Kids, Inc.

PROGRAMA OFTALMOLÓGICO MÓVIL
5416 NE Antioch Rd • Kansas City, MO 64119 • 816.413.9009

FECHA DE HOY: _____

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre del niño: _____ Nacimiento del niño: _____ Edad del niño: _____
Dirección del niño: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de Seguridad Social: _____ Sexo: MASCULINO/FEMENINO Idioma que se habla en el hogar: _____
Raza (marque con un círculo lo que corresponda): Caucásico Indio Americano Afroamericano Asiático Hispano Otro: _____
Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____

INFORMACIÓN DE MEDICAID/SEGURO

N.º de Medicaid del niño: _____ Información del plan: _____
¿Tiene seguro privado (marque con un círculo)? SÍ o NO Si tiene, ¿qué plan? _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Nombre del padre/tutor: _____ Relación con el niño: _____
Fecha de nacimiento del padre/tutor: _____ N.º de Seguridad Social: _____
Dirección (si fuese diferente de la del niño): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
N.º de teléfono particular: _____ N.º de teléfono celular: _____ N.º de teléfono laboral: _____
Lugar de empleo/ocupación: _____

HISTORIAL MÉDICO/OFTALMOLÓGICO

¿Su hijo ya vio a un oculista antes? Sí No Si vio, ¿cuándo? _____
MARQUE cualquiera de las siguientes condiciones que su hijo haya tenido en el pasado.
 Usa anteojos Usa medicamentos/ungüentos para los ojos Ojo perezoso Cirugía del ojo Diabetes
 Otro: _____
¿Su hijo tiene alguna alergia a los medicamentos? Sí No Si tiene, indique cuáles _____
¿Su hijo toma medicamentos? Sí No Si toma, indique los medicamentos y el motivo por el cual los toma: _____

Si su hijo actualmente usa anteojos, envíelos el día del examen

Examen visual con dilatación: Un examen visual con dilatación de las pupilas requiere que su hijo reciba gotas para dilatar las pupilas (el pequeño círculo negro en el centro del ojo). Esto le permite al médico oftalmólogo obtener la prescripción más precisa de anteojos y le permite observar la salud del interior del ojo. La mayoría de los niños tendrán visión borrosa leve y sensibilidad durante aproximadamente 4 horas. En niños muy pequeños o pacientes con ojos de color más claro, la dilatación puede durar más tiempo.

- NO** dilatar, incluso si es necesario para evaluar la salud de los ojos o para proporcionar una prescripción precisa de anteojos.
- NO** dispensar anteojos a mi hijo.

****NO podremos ver a su hijo a menos que AMBOS LADOS del formulario estén completos y las 3 líneas de firma estén FIRMADAS**

DORSO →

Para más información sobre nuestros servicios y organización, visite www.levelupkidsinc.org o llame a nuestra oficina al 816.413.9009

**PROGRAMA OFTALMOLÓGICO MÓVIL - PAUTAS DE INGRESOS
PARA RECIBIR SERVICIOS
200% de las pautas del Nivel Federal de Pobreza**

Usted **DEBE** proporcionar los ingresos de su hogar para ser elegible para recibir atención oftalmológica gratis y anteojos de LevelUp Kids Inc.

<i>Nombres de TODOS los miembros del hogar</i>	<i>Ingreso bruto mensual (antes de deducciones)</i>	<i>Asistencia social mensual, manutención de hijos y pensión alimenticia</i>	<i>Pagos mensuales de pensiones, jubilación, Seguridad Social</i>	<i>Cualquier otro ingreso mensual</i>
1.	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$
4.	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$

Firma del miembro adulto del hogar

Fecha

Consiento voluntariamente a la prestación de atención rutinaria de Optometría, procedimientos de diagnóstico, y asesoramiento médico, según sea necesario en su criterio profesional. Por la presente reconozco que no se me ha dado ninguna garantía en cuanto al efecto de tales exámenes o tratamientos en la condición de mi hijo. También autorizo la divulgación de información para cualquier cobertura de seguro aplicable.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Certifico que toda la información que antecede es fiel y correcta. Entiendo que la tergiversación deliberada de la información puede someterme a enjuiciamiento en virtud de las leyes estatales y federales aplicables.

La ley nos exige que le entreguemos una copia de la notificación de HIPAA y que obtengamos su reconocimiento por escrito de que usted ha recibido una copia de esta notificación. Aviso HIPAA: Se puede ver en línea en www.LevelupkidsInc.org/patientform

Yo, _____, por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del padre/tutor legal

Fecha



DIVULGACIÓN DE FOTOGRAFÍAS (No firme si desea rechazar)

Autorizo a LevelUp Kids, Inc. a tomar fotografías de mi hijo para publicaciones educativas o conferencias. El contenido también puede ser utilizado con fines publicitarios (incluyendo la publicación en el sitio web, en Facebook, etc.). No espero ninguna compensación, financiera o de otro tipo, por el uso de estas fotografías. Si deseo revocar este consentimiento, puedo hacerlo por escrito.

Firma del padre/tutor legal

Fecha