

معلومات الطفل

الاسم الكامل القانوني: _____

الجنس (ضع دائرة): ذكر / أنثى تاريخ الميلاد _____

المدرسة _____ المقاطعة _____

العنوان (الشارع ، المدينة ، الولاية): _____ الرمز البريدي _____

اللغة التي يتم التحدث بها في المنزل _____

العرق (ضع دائرة) قوقازي أمريكي هندي أمريكي من أصل أفريقي آسيوي من أصل إسباني أخرى

معلومات التأمين : (يرجى تحديد واحدة)

Medicaid Child's Medicaid

التأمين الخاص

غير مؤمن عليه

معلومات ولي الأمر / الوصي

اسم ولي الأمر / الوصي: _____

العلاقة بالطفل _____

تاريخ ميلاد الوالد / الوصي: _____

العنوان (إذا كان مختلفاً عن الطفل) _____

رقم هاتف المنزل: _____ رقم الهاتف المحمول: _____ البريد الإلكتروني _____

تاريخ الرؤية / الطبية

هل يرتدي طفلك نظارات؟ نعم / لا هل يرتدي طفلك العدسات اللاصقة؟ نعم / لا

هل سبق لطفلك أن زار طبيب عيون من قبل؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم ، فمتى؟ _____

يرجى التحقق من أي حالات سابقة أو حالية: استخدام أدوية / مراهم للعين عين كسولة جراحة العيون مرض السكري أخرى: _____

تحقق من أي مما يلي لمعرفة أن طفلك مصاب بالحساسية أو لديه رد فعل سلبي تجاه: _____

بنسولين سلفا لاتكس أخرى: _____

هل طفلك يتناول الأدوية؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم يرجى ذكر الأدوية وسبب استخدامها _____

فحص العين المتوسعة:

يتطلب فحص العين الموسع أن يتلقى طفلك قطرات للعين لتوسيع حدقة العين ويسمح ذلك لطبيب العيون بالحصول على وصفة النظارات الأكثر

دقة وتقييم الصحة العامة داخل العين ، سيكون لدى معظم الأطفال رؤية ضبابية خفيفة وحساسية لمدة 4 ساعات تقريباً في الأطفال الصغار جداً

أو المرضى ذوي العيون الفاتحة اللون يمكن أن يستمر التمدد لفترة أطول .

يرجى عدم التوسيع ، حتى لو كان ذلك ضرورياً لتقييم صحة العين أو تقديم وصفة طبية دقيقة للنظارات.

نحن نتمكن من رؤية طفلك ما لم يتم إكمال جانبي النموذج وتوقيع جميع أسطر التوقيع الثلاثة

أقلب الصفحة رجاءً →

برنامج **MOBILEVISION** - إرشادات الدخل لتلقي الخدمات
200% من الإرشادات الفيدرالية لمستوى الفقر

يجب عليك تزويدنا بدخل أسرتك لتكون مؤهلاً للحصول على رعاية بصرية ونظارات مجانية من شركة LevelUp Kids Inc **

أسماء جميع أفراد الأسرة	إجمالي الدخل الشهري (قبل الخصومات)	المساعدات الشهرية نفقة الطفل ونفقة الزوجة	المدفوعات الشهرية من معاشات التقاعد والضمان الاجتماعي	أي دخل شهري آخر
1.	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$
4.	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$

التاريخ

توقيع أحد أفراد الأسرة البالغين

أوافق طواعية على تقديم الرعاية الروتينية للبصريات ، وإجراءات التشخيص والمشورة الطبية ، كما قد يكون ضروريًا حسب تقديرهم المهني .
أقر بموجب هذا أنه لم يتم تقديم أي ضمانات لي فيما يتعلق بتأثير هذه الفحوصات أو العلاج على حالة طفلي . كما أفوض بالإفصاح عن المعلومات
الخاصة بأي تغطية تأمينية سارية.

التاريخ

توقيع ولي الأمر / الوصي القانوني

أشهد أن جميع المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وحديثة ، أفهم أن التحريف المتعمد للمعلومات قد يعرضني للمقاضاة بموجب قوانين الولاية
والقوانين الفيدرالية المعمول بها . نحن مطالبون بموجب القانون بإعطائك نسخة من إشعار HIPAA والحصول على إقرار خطي منك بأنك
تلقيت نسخة من هذا الإشعار. إشعار HIPAA: يمكن الاطلاع عليه عبر الإنترنت على www.Levelupkidsinc.org/patientinfo

أنا _____ , بموجب هذا أقر بأنني تلقيت نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية

التاريخ

توقيع ولي الأمر / الوصي القانوني

إصدار الصورة : (لا توقع إذا كنت ترغب في الرفض)

أفوض (LevelUp Kids, Inc) لالتقاط صور لطفلي من أجل المنشورات التعليمية أو المحاضرات ويمكن أيضًا استخدام المحتوى
لأغراض إعلانية (بما في ذلك نشر موقع الويب ومنشورات Facebook وما إلى ذلك) لا أتوقع تعويضًا ماليًا أو غير ذلك عن
استخدام هذه الصور.



التاريخ

توقيع ولي الأمر / الوصي القانوني

لمزيد من المعلومات حول خدماتنا ومنظمتنا ،

يرجى زيارة www.levelupkidsinc.org

أو اتصل بمكتبنا على الرقم 816.413.900