



**SI QUIERE QUE SU HIJO PARTICIPE EN EL PROGRAMA DE VISIÓN, NO
LLENE ESTE FORMULARIO.**

Estimado padre o tutor:

El programa de visión de la Oficina de Salud Escolar ofrece exámenes de la vista y gafas gratuitas a los estudiantes que no pasen el examen de la vista. Un oculista visitará la escuela el _____. Este es un examen no invasivo de los ojos. No se colocará ningún instrumento ni gotas en los ojos de su hijo durante este examen. Si el oculista recomienda el uso de gafas, un miembro del personal de nuestro programa le ayudará a su hijo a seleccionar la montura con el proveedor contratado.

Si **NO** quiere que su hijo reciba estos servicios del programa de visión del Departamento de Salud y Salud Mental (DOHMH), llene la información que se solicita más abajo y entregue el formulario en la escuela de su hijo.

Si tiene preguntas sobre este programa puede llamar a Marcia Rodriguez, supervisora de la unidad de seguimiento al 718-786-5154 (en inglés/español) o al 855-771-3937.

Atentamente,

Thomas Phelan
Director de los Programas Escolares de Salud Visual

NO quiero que a mi hijo se le realice un examen gratuito no invasivo de la vista o que reciba gafas gratuitas por medio del Programa de visión del DOHMH.

Nombre del estudiante _____

Nombre del padre o tutor _____

Firma del padre o tutor _____

Fecha _____ Número telefónico durante el día _____

ESCUELA: _____