



**Estimado padre o tutor:**

**Programa de examen de la vista:** El programa de visión New York Vision Program de Helen Keller International visitará la escuela de su hijo este mes. New York Vision Program funciona dentro de las escuelas para brindar servicios de salud visual para estudiantes en ciertos grados. Este examen de la vista no reemplaza la necesidad de hacer un examen oftalmológico más completo.

*Si no quiere que su hijo participe en este programa, firme en la parte de abajo y devuelva este documento en la escuela. Si tiene alguna inquietud o pregunta, comuníquese con la escuela.*

**Proceso de examen de la vista:** El programa de examen de la vista consta de los siguientes servicios:

1. El examen inicial de la vista lo llevará a cabo el equipo de New York Vision Program para verificar la capacidad del estudiante para ver de lejos y de cerca. La mayoría de los estudiantes pasarán la evaluación.
2. Evaluación de la vista por un oftalmólogo: Un oftalmólogo evaluará a aquellos estudiantes que presenten problemas durante el examen inicial para determinar si necesitan lentes o un examen más completo.
3. Lentes: Si el estudiante necesita lentes, se le entregarán. La elección y distribución de los lentes se hará en la escuela.
4. Referido para un examen de la vista: Si su hijo necesita un examen de la vista más completo, recibirá una notificación. Si no tiene oftalmólogo, le recomendaremos que se comunique con su seguro médico para encontrar un doctor que participe en su plan. También le proporcionaremos los nombres de médicos en su área.
5. Expediente de los servicios: La oficina de salud escolar guardará una copia de los resultados de la evaluación de su hijo.

**Notificación al padre o tutor:** Se le notificará si su hijo recibe lentes o si necesita ir a un médico del área para que le realice un examen de la vista. Le aconsejamos que vigile el estado de la salud visual de su hijo.

**Información de contacto:** Si tiene alguna pregunta o si desea obtener más información, comuníquese con la especialista del programa, Melinda Birks, escribiendo a [MBirks@hki.org](mailto:MBirks@hki.org) o llamando al 646-472-0340.

**Exención de responsabilidad:** Si no firma más abajo quiere decir que **usted autoriza** a su hijo a participar en el programa New York Vision Program y que **acepta esta exención de responsabilidad**. Esta exención de responsabilidad consiste en lo siguiente: Usted reconoce que el oftalmólogo llevará a cabo una evaluación limitada de la vista y no un examen completo. Este examen refractivo no evalúa la parte interior del ojo. El único propósito de esta evaluación es determinar si su hijo necesita usar lentes. Por lo tanto, usted acepta que ni el oftalmólogo ni el programa New York Vision Program de Helen Keller International serán responsables por cualquier lesión o daño que sea consecuencia de problemas oculares que no se detecten debido a las limitaciones de esta evaluación.

---

**Devuelva esta sección si no quiere que su hijo participe:**

**NO** autorizo a mi hijo, \_\_\_\_\_, a participar en el programa New York Vision Program  
(Nombre del estudiante)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico