



Estimado padre / madre de familia o tutor(a):

La Escuela de su hijo/a se complace en anunciar una asociación con *Vision To Learn* (Visión para Aprender) para proporcionar servicios de la vista a los estudiantes. Esto incluye un examen rutinario de la vista y, si se requiere, lentes.

**Todo esto está disponible a ningún costo para usted.**

### **Acerca de *Vision To Learn* (Visión para Aprender)**

*Vision To Learn* (Visión para Aprender) es una organización sin ánimo de lucro trabajando en comunidades alrededor de EE.UU. para ofrecer servicios de la vista a estudiantes para apoyar sus logros académicos, sin costo.

### **Servicios de la vista para estudiantes**

Se realizarán exámenes visuales de filtro en la escuela de su hijo/a. Si su hijo/a no pasa el filtro, él o ella será referido a la clínica móvil de *Vision To Learn* para recibir un examen básico de la vista por un optometrista independiente capacitado y licenciado. Si es necesario, a su hijo/a también se le puede recetar lentes. El optometrista también podrá identificar y referir a estudiantes en necesidad de seguimiento en el cuidado de la vista. *Los exámenes de los ojos no incluyen gotas ni dilatación.*

*Vision To Learn* sigue las regulaciones estatales y federales y las del Centro de Control de Enfermedades (CDC), incluyendo los filtros de salud diarios del personal, el uso de Equipo de Protección Personal para el personal y los estudiantes, y desinfección cuidadosa entre pacientes. *Vision To Learn* se compromete a seguir las mejores prácticas para priorizar la seguridad de nuestros estudiantes. Todo personal de *Vision To Learn* ha sido completamente vacunado.

### **Información del estudiante para servicios de la vista**

La escuela compartirá el nombre de su hijo/a, su fecha de nacimiento, género, nombre de padre / madre de familia o tutor(a), información demográfica y de contacto y resultados del examen de vista de filtro con *Vision To Learn*. *Vision To Learn* también podrá compartir información limitada requerida para recibir fondos para el programa del estado.

### **Uso de los beneficios de Medicaid**

Recibir los servicios de la visión proporcionados por este programa constituirá en un examen de la vista de rutina y, si es necesario, lentes y la dispensación de lentes que **puede ser facturada a los beneficios Medicaid de su hijo**, si corresponde. Por favor considere que se proporcionará un examen de la vista y lentes sin costo incluso si no se pueden facturar a su seguro. **Puede recibir un aviso llamado Explicación de beneficios (EOB) de su compañía de seguros** con información con respecto a los servicios facturados y los pagos que han sido aprobados, pero **no recibirá ninguna factura** por los servicios o los lentes.

### **Lentes**

Si su hijo/a recibe una receta para lentes:

- 1) ella o él elegirá un armazón
- 2) *Vision To Learn* hará el pedido para los lentes
- 3) un óptico capacitado y licenciado despejará los lentes dentro de unas semanas

*Devuelva este formulario si usted **no** quiere que su hijo/a reciba servicios de la vista, sin costo.*

Si usted elige **excluirse** (o rechazar) los servicios de la vista para su hijo/a, favor de completar la información a continuación y devolverlo a la escuela de su hijo/a **en los siguientes 3 a 5 días hábiles.**

Yo **no** doy permiso para que mi hijo/a \_\_\_\_\_ participe en el programa *Vision To Learn* (Visión para Aprender). (Nombre del/de la estudiante)

\_\_\_\_\_  
Firma de padre / madre o tutor(a)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

Si tiene preguntas sobre el programa *Vision To Learn*, favor de contactar *Vision To Learn* usando la información a continuación.