



Vision Screenings at NO-COST to your family!

According to a vision screening, your child may have trouble seeing and needs to see an eye doctor!

The Lions World Vision Institute would like to provide your child with a no-cost vision screening today and schedule a comprehensive exam, if needed, with an optometrist. **Eligible children** will be scheduled to see an optometrist at no charge, including **FREE** glasses as needed or a referral to an ophthalmologist with USF for further evaluation and treatment. Vision Screenings are the most effective way to determine eye health.

- Lions World Vision Institute will provide glasses if it is determined that glasses are needed for your child.
- The exam and glasses will be provided **at no cost** to you. Ongoing need for specialized care with an Ophthalmologist is **also no-cost**.

PLEASE CHECK ONE OF THE BOXES BELOW, SIGN AND DATE THIS FORM AT THE BOTTOM AND RETURN WITH YOUR CHILD.

- Yes, I DO want my child to get a vision exam (without dilation) and glasses if needed.**
- No, I DO NOT want my child to get a vision exam and / or glasses.**

IF YOU DO NOT CHECK THIS BOX, SIGN BELOW AND DATE THIS FORM, YOUR CHILD IS NOT ELIGIBLE TO RECEIVE A FREE VISION EXAM AND GLASSES

I hereby authorize **FULL** disclosure of my child's vision exam results to Lions World Vision Institute and their partners for the purpose of dispensing prescription glasses. Academic and behavioral performance measurements of my child may also be shared and used for research purposes to determine the effectiveness of this treatment. This information may be shared with the following: My child's school nurse, Lions World Vision Institute, their partners and/or researchers. I understand that if I did not choose to share my child's legally protected health information, I may file a formal complaint with the U.S. Department of Health and Human Services.

I further authorize Lions World Vision Institute to publish and use photos and/or video of my child participating in an eye exam, eyewear fitting, eyewear dispensing or related activities, which may be used in any media, including social media in perpetuity without compensation.

For selected students only, who have been identified to have failed the preliminary vision screening:

- Students will be scheduled to return for a comprehensive exam with an optometrist.
- They will receive a comprehensive exam by an optometrist at no-cost.
- If deemed that they need glasses, eye glass frames will be selected by your child and sent to our optical lab for processing, which in that case, glasses will arrive by mail at your home at a later date.

Youth's First Name: _____ **MI:** _____ **Last Name:** _____ **D.O.B** ____ / ____ / ____

Address: _____ **Phone:** _____

Email: _____

School Name: _____ **Grade:** _____ **City:** _____

Parent/Guardian Signature: _____

Parent/Guardian Printed Name: _____ **Date:** _____

FOR ACADEMIC PROGRAM ADMINISTRATOR / SCREENER USE ONLY (Required)

VISUAL ACUITY (based on vision screening) R: _____ **L:** _____

School Name: _____ **School Address:** _____

City: _____ **State:** _____ **Zip:** _____ **Phone:** _____

Nurse Name: _____

| This portion to be filled out by LWVI Vision Screener | | | |
|--|-------------|--------------|-------------|
| Blinq Result: | Pass | Refer | |
| Spot Autorefraction Result: | Pass | Refer | |
| | Sph | Cyl | Axis |
| OD: | | | |
| OS: | | | |

Padres: EXAMEN DE LA VISION Y ESPEJUELOS sin costo para sus hijos

Al Instituto Leonístico de Visión Mundial le gustaría ofrecerle a su hijo un examen de la vista hoy y programar un examen completo, si es necesario, con un optometrista. **Los niños elegibles** serán programados para ver a un optometrista **sin costo** alguno, incluidos anteojos GRATIS según sea necesario o una derivación a un oftalmólogo de USF para una evaluación y tratamiento adicionales. Los exámenes de la vista son la forma más eficaz de determinar las necesidades de salud ocular.

- El Instituto Leonístico de Visión Mundial proporcionará anteojos si se determina que su hijo los necesita.
- El examen y los anteojos se le proporcionarán sin costo alguno. La necesidad continua de atención especializada con un oftalmólogo tampoco tiene costo.

****El examen y los espejuelos será proveídos sin ningún costo para usted****

POR FAVOR MARQUE UNA DE LAS OPCIONES DEBAJO, FIRME CON FECHA ESTE FORMULARIO Y DEVOLVER CON SU HIJO.

- Sí, QUIERO que mi hijo reciba un examen visual y/o espejuelos si son necesarios.**
- No, NO QUIERO que mi hijo reciba un examen visual y/o espejuelos.**

SI USTED NO DESEA MARCAR ESTA SECCION, FIRME CON FECHA ESTE FORMULARIO, SU HIJO NO SERA ELEGIBLE PARA RECIBIR UN EXAMEN VISUAL Y ESPEJUELOS GRATUITOS.

Yo autorizo divulgar **COMPLETAMENTE** los resultados del examen visual de mi hijo a Lions World Vision Institute y sus socios, con el motivo de dispensar espejuelos de prescripción. Datos metricos académicos y del comportamiento de mi hijo también podran ser compartidos y usados con motivos de estudios para determinar la efectividad de este tratamiento. Esta información puede ser compartida con: el/la enfermero/a escolar de mi hijo, Lions World Vision Institute, sus socios y/o investigadores. Yo entiendo que si no decidí compartir la legalmente protegida informacion de salud de mi hijo, puedo presentar una queja formal con el U.S. Department of Health and Human Services.

Además autorizo a Lions World Vision Institute y Foundation, Inc. y sus socios, a publicar y usar fotos y/o video de la participación de mi hijo en el examen visual, prueba de espejuelos, distribución de espejuelos o actividades relacionadas, las cuales podrian ser usadas en cualquier medio, incluyendo medios sociales en perpetuidad y sin compensación.

Para niños quienes han sido han fallado el examen visual preliminar:

- Recibirá un examen visual por un optómetra
- La dilatación de pupilas podra ocurrir si es necesario de acuerdo al optómetra.
- Si se determina que necesitará espejuelos, que los espejuelos necesiten ser enviados a un laboratorio optico para procesamiento, los cuales serán entregados en otra fecha.

Primer Nombre del Estudiante: _____ I: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirreccion: _____ Celular: _____

Nombre de la Escuela: _____ Grado: _____ Ciudad: _____ Codigo postal: _____

Correo electronico: _____

Firma del Padre/Guardian: _____

Nombre **Impreso** del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA ACADEMICO/EVALUADOR (Requerido)

AGUDEZA VISUAL (basado en un examen de la vista) R: _____ L: _____

Nombre de Escuela: _____ Direccion de Escuela: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____ Telefono: _____

Nombre de las Enfermas: _____

| This portion to be filled out by LWVI Vision Screener | | | |
|--|-------------|--------------|-------------|
| Bling Result: | Pass | Refer | |
| Spot Autorefraction Result: | Pass | Refer | |
| | Sph | Cyl | Axis |
| OD: | | | |
| OS: | | | |