



**Por favor completar:**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(Apellidos) (Nombre) (Mes, Día, Año)

Nombre de Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino

Dirección \_\_\_\_\_  
(Número) (Calle) (Ciudad) (Código Postal/ZIP)

Teléfono \_\_\_\_\_  
(Código de área)

Padre o Guardian \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

Dirección del Padre o Guardian \_\_\_\_\_  
(Número) (Calle) (Ciudad) (Código Postal/ZIP)

**No puedo obtener el examen de vista requerido por:**

- Mi hijo está inscrito en asistencia médica / ALL KIDS, pero no podemos encontrar un médico que realice exámenes oculares o un optometrista en la comunidad que pueda examinar a mi hijo y acepte asistencia médica / ALL KIDS.
- Mi hijo no tiene ningún tipo de cobertura médica o de la vista / atención ocular, mi hijo no reúne los requisitos para recibir asistencia médica / ALL KIDS, no hay clínicas de vista / ojos de bajo costo en nuestra comunidad que puedan ver a mi hijo, y yo tengo agotado todos los demás medios y no tiene ingresos suficientes para proporcionarle a mi hijo un examen ocular.
- Otra carga excesiva o la falta de acceso a un optometrista o un médico que realiza los exámenes oculares:

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(Fuente: Agregado para 32 Ill. Reg. \_\_\_\_\_, efectivo \_\_\_\_\_)