Estado de Illinois
Departamento de Salud Pública de Illinois

Formulario de Exención de Examen de la Vista

Favor de imprimir:

Nombre del/la Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____
(Primer Apellido) (Nombre) (Inicial del Segundo Nombre) (Día/Mes/Año)

Nombre de la Escuela _____ Grado_____ Sexo: ❑ Masculino ❑ Femenino

Dirección _____
(Calle) (Número) (Ciudad) (Código Postal)

Teléfono_____
(Código de Área)

Padre/Madre/Guardián _____
(Primer Apellido) (Nombre)

Dirección del Padre/Madre/Guardián _____
(Calle) (Número) (Ciudad) (Código Postal)

No puedo obtener el examen de la vista requerido porque:

❑ Mi hijo/a está inscrito en asistencia médica/ALL KIDS, pero en nuestra comunidad no podemos encontrar un médico que realice exámenes de la vista o un optometrista que pueda examinar a mi hijo/a y acepte asistencia médica/ALL KIDS.

❑ Mi hijo/a no tiene ningún tipo de cobertura médica o de cuidado de la vista/ojos, mi hijo/a no califica para asistencia médica/ALL KIDS, no hay clínicas de bajo costo de visión/ojos en nuestra comunidad que puedan atender a mi hijo/a, y he agotado todos los demás medios y no tengo suficientes ingresos para proporcionarle un examen de la vista a mi hijo/a.

❑ Otro problema inesperado o falta de acceso a un optometrista o a un médico que realiza exámenes de la vista:

Firma_____ Fecha _____

(Fuente: Modificado en 32 Ill. Reg. _____, efectivo _____)