

NOTICE TO ALL PATIENTS:

POLICIES AND PROCEDURES

Eye Care 4 Kids is a charitable, not-for-profit organization. Our clinic is limited and committed to helping low to moderate income families in our community receive professional vision services at little to no charge.

Eye Care 4 Kids is not liable for eyeglasses that get damaged during adjustments or repairs. We do not assume any responsibility for eyeglass frames that are brought in from outside our clinic, whether used or new.

Since we are a not-for-profit organization, we recommend lined, straight-top, bifocal lenses. These lenses are much less expensive and generally easier to adapt to. Eye Care 4 Kids does not offer progressive, no-line bifocals.

The fee structure is as follows:

*Clark County School District (CCSD) students between the ages of 4 and 18+ (as long as the student is enrolled in a traditional CCSD school; adult school students are excluded) can take advantage of one (1) eye exam at no charge per calendar year, whether in a school-based clinic or on the mobile vision clinic, and one (1) pair of single-vision eyeglasses, if needed.

*For non-CCSD students (students in private or charter schools), there is a \$50 fee for one (1) eye exam and one (1) pair of single-vision eyeglasses.

*For non-CCSD students (students in private or charter schools) with a sibling in CCSD, they can take advantage of one (1) eye exam at no charge per calendar year, whether in a school-based clinic or on the mobile vision clinic, and one (1) pair of single-vision eyeglasses, if needed.

*For adults (age 18 and older and no longer in traditional high school), there is a \$50 fee for one (1) eye exam and one (1) pair of single-vision eyeglasses.

It is costly to provide these services and Eye Care 4 Kids works diligently to keep the costs in an affordable range for those who would otherwise be unable to afford vision services. All specialty products, added service or replacement items, will be at additional cost to the patient/parent/guardian. If the patient has a high prescription, there will be an additional fee for a reorder of the eyeglasses, if reorder is needed.

Payment is required in full at the time of service. All sales are final and refunds are not offered.

I have read, understand and agree to these conditions.

INITIALS: _____

CONFIDENTIALITY NOTICE

Information about your treatment and care is protected by federal law: The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Under this law, the clinic may not disclose any protected information without your written consent except as permitted by federal laws referenced below.

1. To program staff for the purposes of providing treatment and maintaining the clinical record;
2. Pursuant to an agreement with a business associate (i.e. clinical laboratories, pharmacy, billing services, etc.);
3. For research, audit or evaluations;
4. To report a crime committed on the program's premises or against program personnel;
5. To medical personnel in a medical/psychiatric emergency;
6. To appropriate authorities to report suspected child abuse or neglect;
7. To report certain infectious illnesses as required by state law;
8. As allowed by a court order.

Before the clinic can use or disclose any information about your health in a manner which is not described above, it must first obtain your specific written consent allowing it to make the disclosure.

Patient signature: _____

Date: _____

Signature of Parent or Guardian (if minor patient): _____

Date: _____



Eye Care 4 Kids is a 501(C)3 Charitable Corporation

PATIENT INTAKE FORM

PLEASE PROVIDE ALL INFORMATION, INSURANCE, MEDICAL CARDS, VOUCHERS, REFERRALS, ETC., TO THE CLINIC STAFF PRIOR TO EXAM

VISION REFERRAL: ATTACHED ☐

PATIENT'S NAME _____ HOME PHONE _____

CCSD ID # (if applicable) _____ DATE OF BIRTH _____ MALE ☐ FEMALE ☐

HOME ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP _____

SCHOOL NAME _____

RACE (circle one or more) American Indian Hispanic/Latino Alaska Native Asian African American Pacific Islander Caucasian Other

PARENT/GUARDIAN NAME (if minor patient) _____

CELL PHONE _____ WORK PHONE _____ HOME PHONE _____

HOME ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP _____

EMAIL ADDRESS _____

NUMBER OF PEOPLE IN HOUSEHOLD: _____ APPROXIMATE ANNUAL INCOME OF THE HOUSEHOLD: _____

MEDICAID: YES ___ NO ___ MEDICAID NUMBER: _____

OTHER INSURANCE YES ___ NO ___ INSURANCE NAME _____ POLICY NUMBER: _____

GROUP NUMBER: _____

ADDITIONAL INFORMATION:

ALLERGIES: _____

PHYSICIAN _____ PHONE _____

WHOM MAY WE CONTACT IN CASE OF EMERGENCY _____ PHONE _____

EXAM INFORMATION:

THIS IS FOR: EXAM ☐ EYEGLASSES ☐ DATE OF LAST EYE EXAM _____

DO YOU / YOUR CHILD CURRENTLY WEAR EYEGLASSES? YES ☐ NO ☐ ***IF YES, PLEASE BRING THE EYEGLASSES TO THE EXAM**

WHAT SEEMS TO BE THE PROBLEM YOU ARE HAVING WITH YOUR EYES? _____

DUTY TO WARN FOR MINORS: Children are much more physically active than adults, so their eyewear must provide maximum protection. Polycarbonate is a very impact-resistant lens material. It is the material from which bulletproof glass is made. Therefore, EYE CARE 4 KIDS recommends polycarbonate lens material as the lens of choice for all children. EYE CARE 4 KIDS has explained the advantages of polycarbonate lenses to me. If I choose not to have my child wear polycarbonate lenses, I will hold them harmless.

PERMISSION: I give the staff of EYE CARE 4 KIDS permission to treat my/my child's eye, vision or medical problems. I understand that EYE CARE 4 KIDS staff may elect to dilate my/my child's eyes and accept the adverse risks and will hold them harmless. I am ultimately responsible for any and all services rendered on my/my child's behalf. I have read all the information and have answered the above questions. I certify this information is true and correct. I will notify this office of any changes to my/my child's health status or the above information.

I grant Eye Care 4 Kids the right to photograph or video myself and/or my child for use in their promotional material. YES ___ NO ___

PATIENT SIGNATURE _____ DATE _____

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE (if minor patient) _____ DATE _____

PLEASE PRINT YOUR NAME _____

AVISO A TODO LOS PACIENTES:

POLICAS Y PROCEDIMIENTOS

Eye Care 4 Kids es una organizacion de caridad, sin fines de lucro. Nuestra clinica es limitada y comprometida en ayudar las familias en la comunidad de bajos ingresos a moderados ingresos en recibir servicios de vision professional de bajo costo o sin cargo.

Eye Care 4 Kids no es responsable por danos de lentes durante ajustes o reparaciones. No asumaremos responsabilidad por lentes y marcos que son traídos de afuera de nuestra clinica, si estan usados o no.

Siendo una organizacion sin fines de lucro, recommendamos lentes alineados de bifocal. Estos lentes cuestan mucho menos y generalmente mas facil de adaptarse. Eye care 4 Kids no ofrece lentes progresivos o sin linea recta.

La estructura de pago es así:

- Clark County School District (CCSD) estudiantes entre la edad de 4 y 18+ (quien esten inscritos en una escuela tradional de CCSD escuela de adulto no es incluido) pueden tomar ventaja de un (1) examen de ojos sin costo cada ano, en cualquiera de nuestra clinicas en escuelas, y clinica de vision mobile. El examen Incluye un (1) par de lentes de vision sencilla si son necesarios.
- Para estudiantes que no son (CCSD) estudiantes en escuelas privadas o escuelas charter. Ay un costo de \$50 por un (1) examen de vision y un (1) par de lentes de vision sencilla si son necesarios.
- Para estudiantes que no son (CCSD) estudiantes en escuelas privadas o escuelas charter con un hermano(a) en (CCSD) tambien pueden tomar advantage de un (1) examen de vision sin costo cada ano, mientras este el hermano(a) inscrito a una escuela (CCSD) y incluye un (1) par de lentes de vision sencilla si son necesario.
- Para adultos (edad 18 y mayor) y que tambien no sean estudiantes inscritos en una escuela tradicional o prepa) ay un costo de \$50 por un (1) examen de vision y incluye un (1) par de lentes de vision sencilla.

Estos servicios ofrecidos son costosos y Eye Care 4 Kids trabaja diligentemente en mantener los costos accesibles por ellos quien no tuvieran los recursos para comprar servicios adecuados de vision. Todo productos de especialidad, servicios agregados o reemplazo de lentes tienen costos adicionales para el paciente / padre/ guardian. Si el paciente tiene una gradacion alta, ay costo adicional. Re-ordenas de lentes tambien ay costos adicionales si una re-order es necesaria.

Todo los cobros pagados a la hora de servicios. Todas las ventas son finales y reembolsos no son ofrecidos.

He leído, comprendo y estoy de acuerdo a las condiciones.

INICIALES: _____

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD

Informacion sobre su tratamiento y cuidado es protegido por la ley federal. La ley de portabilidad del seguro de salud (HIPPA) en accordancia de esa ley, la clinica no revelara la informacion protegida del paciente sin la autorizacion y consentimiento escrito permitido por las leyes federales referidas abajo.

1. Para programar el personal con el fin de proporcionar tratamiento y mantener los registros clinicos.
2. Conforme a un acuerdo con un asociado de negocios (i.e. laboratorios clinicos, farmacia, facturacion, servicios etc.)
3. Para la investigacion la auditoria o evaluaciones.
4. Denunciar en delito un delito cometido en las instalaciones del programa o en el personal del programa.
5. Al personal medico en una emergencia psiquiatrica medica.
6. A las autoridades competentes para denunciar el presunto maltrato o negligencia infantil.
7. Para reporter ciertas enfermedades infecciosas segun lo requerido por la ley estatal.
8. Segun lo permitido por una orden judicial de la corte.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del padre o tutor (paciente es menor): _____

Fecha: _____



Eye Care 4 Kids is a 501(C)3 Charitable Corporation

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PADRE Y/O TUTOR

POR FAVOR DE ENVIAR TODA LA INFORMACION COMO ASEGURANZA, TARJETAS DE SEGURO MEDICO CUPONES, REFERRIDOS, ETC. AL PERSONAL DE LA CLINICA ANTES DE SU EXAMEN.

Remisión para la VISION ADJUNTA ☐

NOMBRE DEL PACIENTE _____ TEL. DEL HOGAR _____

CCSD ID # (si aplica): _____ FECHA DE NAC. _____ MASCULINO ☐ FEMENINO ☐

DOMICILIO DEL HOGAR _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CP _____

ESCUELA _____

RAZA (circule solamente una) Indio Americano Hispano/Latino Nativo de Alaska Asiático Afro Americano Islas del Pacífico Caucásico Otro

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR _____

TEL. CELULAR: _____ TEL. DEL TRABAJO _____ TEL. DEL HOGAR _____

DOMICILIO DEL HOGAR _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CP _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

NUMERO DE PERSONAS EN SU HOGAR: _____ APROXIMADAMENTE EL SUELDO ANUAL EN EL HOGAR: _____

MEDICAID: SI _____ NO _____ N.º DE MEDICAID _____

OTRO SEGURO: SI _____ NO _____ NOMBRE DEL SEGURO: _____ EL NUMERO DE POLIZA: _____

NUMERO DE GRUPO: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL:

ALERGIAS: _____

DOCTOR _____

EN CASO DE EMERGENCIA A QUIEN PODEMOS CONTACTAR _____ TELÉFONO _____

TELÉFONO _____

INFORMACION DEL EXAMEN

ESTO ES PARA: EXAMEN ☐ LENTES ☐ FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN _____

¿ACTUALMENTE SU HIJO USA LENTES? SI ☐ NO ☐ *SI LOS USA, POR FAVOR MANDE A SU HIJO CON LOS LENTES PARA EL EXAMEN

¿CUÁL PARECE SER EL PROBLEMA QUE ESTÁ TENIENDO CON SUS OJOS? _____

LA REMISIÓN QUE RECIBÍO ES PARA UN (1) EXAMEN GRATUITO Y UN (1) PAR DE LENTES DE SER NECESARIOS.

PERMISO DEL PADRE O TUTOR: Doy permiso al personal de EYE CARE 4 KIDS para tratar la visión o el problema de los ojos de mi hijo. Entiendo que el personal de Eye Care 4 Kids staff podría elegir dilatar las pupilas de los ojos de mi hijo y acepto los riesgos adversos y no los hago responsables. Básicamente soy el responsable por cualquier y todo servicio prestado a favor de mi hijo. He leído toda la información y respondido a las preguntas anteriores. Certifico que esta información es verdadera y correcta. Notificare cualquier cambio en la salud de mi hijo o de la información antes descrita.

Doy a Eye Care 4 Kids el derecho de fotografiar o tomar video de mi persona y/o a mi hijo para utilizarlo en su material de promoción. Sí N

FIRMA DEL PADRE O TUTOR _____ FECHA _____

OR FAVOR ESCRIBA SU NOMBRE _____