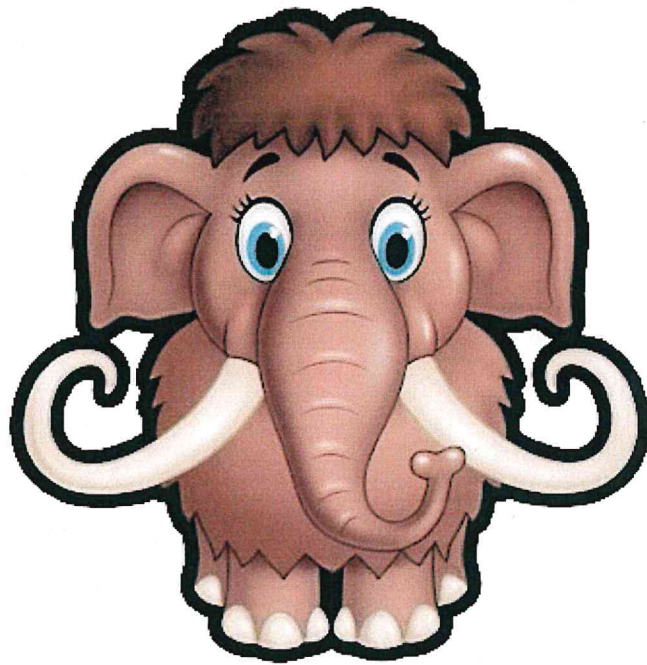


# Woolley's First Day of School!



**Items to return to school/  
Articulos para regresar a la escuela:**

**After-School Care Agreement and Authorization Form  
Communities in Schools Consent Form  
Yearbook Picture Authorization Form  
Student & Family Handbook Acknowledgment Form  
Eye Care For Kids Form**





## After-School Care: Parent/Guardian Agreement and Authorization

---

I \_\_\_\_\_, have read the attached letter outlining the Clark County School District (CCSD) After-School Care Process guidelines. I understand that if my child is not picked up at the end of the school day, school staff will make an effort to contact me and/or someone listed on my child's emergency contact form to arrange for my child to be picked up from school. In the event that I or an emergency contact cannot be reached, I understand that the school will follow the CCSD After-School Care Process.

I also understand that CCSD does not sponsor, endorse, or control any community programs including Safekey or the YMCA of Southern Nevada (YMCA). I understand that it is required that I complete this authorization, to be used only as an emergency option, if my child is not picked up from school on time and no emergency contact can be reached, in order to avoid my child being transported to Child Haven.

As part of this After-School Care Process, for the safety of your child, certain information will need to be shared with Safekey or the YMCA, if applicable. I hereby authorize CCSD to release my child's registration information to Safekey or the YMCA.

I understand that I will be responsible for charges incurred and will pay Safekey and/or the YMCA, as applicable. I also hereby authorize the Safekey program and/or the YMCA to release my child's fee balance (if any) to CCSD for the purpose of determining whether my child may be taken to Safekey or the YMCA as part of the After-School Care Process.

Name of school: \_\_\_\_\_

Name of student: \_\_\_\_\_

Parent/guardian name: \_\_\_\_\_

Parent/guardian signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

*This form must be shared if a student is released to Safekey or the YMCA.*

---

Distribution: School  
Attendance Enforcement  
Safekey/YMCA

Proceso de Cuidado Después de la Escuela:  
Acuerdo y Autorización de los Padres

---

Yo, \_\_\_\_\_ he leído la carta adjunta con la información del Proceso del Cuidado Después de la Escuela del Distrito Escolar del Condado de Clark. Entiendo que, si mi hijo no es recogido al finalizar el día de escuela, el personal de la escuela hará el esfuerzo de comunicarse conmigo y/o con alguien indicado en el formulario de contactos de mi hijo para que mi hijo sea recogido de la escuela. Si se diera el caso de que no se me puede localizar a mí o a ninguna persona de contacto, entiendo que la escuela seguirá el Proceso de Cuidado Después de la Escuela del Distrito Escolar del Condado de Clark.

También entiendo que el Distrito Escolar no patrocina, ni respalda y no controla ningún programa de la comunidad incluyendo Safekey y YMCA. Entiendo que se recomienda que yo llene esta autorización para que solamente se pueda utilizar como una segunda opción en caso de emergencia si no se recoge mi hijo de la escuela a tiempo y no se puede localizar a ninguna persona de las indicadas como contactos de emergencia, se usará con el fin de evitar que mi hijo sea llevado a Child Haven. (Programa de Refugio de Menores)

Como parte del Proceso de Cuidado Después de la Escuela, para la seguridad de su hijo/a, se necesita compartir cierta información con Safekey de la ciudad de Las Vegas o con YMCA, si fuera necesario. Por la presente, autorizo al Distrito Escolar del Condado de Clark para que comparta la información de la inscripción de mi hijo con Safekey o con el programa YMCA.

Entiendo que yo seré responsable de los cargos que incurran y yo pagaré a Safekey y/o a YMCA si fuera necesario. También por la presente, autorizo al programa Safekey y/o a YMCA para que comparta la información del saldo de mi hijo (si hubiera alguno) con el Distrito Escolar del Condado de Clark con el fin de determinar si a mi hijo/a se le podría llevar a Safekey o a YMCA como parte del Proceso de Cuidado Después de la Escuela.

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/tutor: \_\_\_\_\_  
Firma del Padre/tutor: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

---

*Esta forma se debe adjuntar para dejar al estudiante en Safekey y/o YMCA..*

**Name of Organization**

Communities In Schools of Southern Nevada

**Parent/Guardian  
Consent Form**

Dear Parent/Guardian:

Communities In Schools (CIS) of Southern Nevada is an affiliate of the national Communities In Schools network, the nation's leading high school dropout prevention organization. The mission of Communities In Schools is to surround students with a community of support, empowering them to stay in school and achieve in life. We are committed to helping students achieve success in school by providing various academic and non-academic supports. This partnership will greatly enhance your child's academic experience and overall wellbeing.

By signing this form below, you will be granting permission for your child's participation in the programs and services, and access to the resources, made available through CIS of Southern Nevada collaborations, as well as agreeing to protect, defend, indemnify and hold CIS of Southern Nevada and our collaborative partners harmless from and against any claims, demands, actions, suits, judgments, losses, damages, costs or expenses incurred as a result of personal injury, property damage, civil penalties or fines proximately caused in whole or in part by the acts or omissions of CIS of Southern Nevada or its collaborative partners, employees and agents in conducting its activities under this agreement.

I, (Parent/Guardian Name Printed) do hereby grant permission for my child, (Child Name Printed)  
to participate in and access CIS of Southern Nevada programs, services, and resources from, 08-10-2026 until  
06/30/2029 (month/day/year) . I specifically authorize the following:

1. I give permission for my child to participate in the CIS program for 3 consecutive years while enrolled in Clark County School District as outlined on this consent form. The supports provided by CIS or brokered by another provider may include but are not limited to educational support, tutoring, mentoring, enrichment activities, testing, supportive guidance/counseling and referrals to other agencies as needed. Supports provided by CIS to my child will be documented in a secure database for tracking and reporting purposes.
2. I give permission for my child to participate in or be referred to other partner agencies for the provision of wraparound support services including but not limited to: clothing assistance, food assistance, career exploration opportunities, case management, life skills training, alternative education programming, mentors, service-learning opportunities, and transportation assistance.
3. I give permission for my child to participate in interviews, tests, and questionnaires for student or project evaluation purposes.
4. I give permission for my child to participate in field trips, events and other activities sponsored by CIS of Southern Nevada.
5. Additionally, I give my permission to CIS of Southern Nevada to photograph, film, video and/or make sound recordings of my child, to quote or publish statements of my child and to use such photographs, films, video, sound recordings and/or other statements for educational and promotional/advertising materials.
6. I give permission for the Clark County School District to disclose my child's Educational Records to CIS of Nevada for the purposes of developing and modifying the support(s) provided to my child and to evaluate and determine the effectiveness of the program. My consent to release information is valid for as long as my child is enrolled in the Clark County School District. My child's Educational Records will only be used as permitted under the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) and will not be disclosed except as necessary by law. The data to be released include the following:
  - a. Attendance records
  - b. Behavior records
  - c. Grade reports, test scores and transcripts
  - d. Demographic information
  - e. Promotion/retention/graduation status
  - f. Free and reduced-price lunch qualifications

I understand that all information pertaining to my child will be kept by CIS of Nevada in a secure database and/or case files. I understand that this information will remain confidential and that approved staff of CIS of Southern Nevada will be able to access and view my child's data, along with designated data administrators at the CIS National office (Communities In Schools, Inc.) and appropriate state office (Communities In Schools of Nevada, Inc.) who have permission to manage the network-wide data management system. I understand that my child's data will be automatically grouped together with the data of other students for any public presentations of findings, and that my child will not be individually linked to their data.

I understand that I have the right to request a copy of any of my children's educational records disclosed according to the conditions of this consent and that this consent is voluntary and may be revoked at any time by informing CIS of Southern Nevada staff in writing. This consent will remain in effect and all actions performed based on my original granting of consent will be covered until the date when CIS is notified of my intention to revoke my consent.

By signing below, I agree to all the terms in this Consent:

Parent/Guardian Name (printed): \_\_\_\_\_ Home/Cell #: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: 08-10-2026

**Nombre de Organización**

Communities In Schools of Southern Nevada

**Consentimiento  
De Padre/Tutor**

Estimado Padre/Tutor:

Communities In Schools (CIS) of Southern Nevada es un afiliado nacional de la red de Communities In Schools. Este programa forma parte de una de las principales organizaciones del país dedicadas a la prevención de la deserción escolar en las preparatorias. La misión de Communities In Schools es rodear a los estudiantes con una comunidad de apoyo, brindándoles las herramientas y el apoyo necesarios para permanecer en la escuela y alcanzar el éxito en la vida. Estamos dedicados a apoyar a su hija/hijo para mejorar significativamente su experiencia académica y su bienestar general. Esta colaboración fortalecerá el apoyo y los recursos disponibles para su estudiante.

Al firmar este formulario, usted autoriza la participación de su hija/hijo en los programas y servicios, así como el acceso a los recursos disponibles a través de las colaboraciones de CIS of Southern Nevada. Asimismo, usted acepta proteger, defender, indemnizar y eximir de responsabilidad a CIS of Southern Nevada y a sus socios colaboradores contra cualquier reclamación, demanda, acción, juicio, pérdida, daño, costo o gasto incurrido como resultado de lesiones personales, daños a la propiedad, sanciones civiles o multas causadas, total o parcialmente, por actos u omisiones de CIS of Southern Nevada, sus socios colaboradores, empleados o agentes en el desempeño de sus actividades conforme al presente acuerdo.

Yo, \_\_\_\_\_ concedo permiso que mi hija/hijo,

(Nombre del Padre/Tutor letra de molde)

(Nombre del Niño/a letra de molde)

participe en el Programa de CIS of Southern Nevada y que el programa pueda proveer acceso a programas, servicios y recursos de las siguientes fechas,

08-10-2026

hasta

(mes/día/año)

06/30/2029

(mes/día/año)

. Yo específicamente autorizo lo siguiente:

1. La participación de mi hijo/hija por 3 años consecutivos en el Programa de CIS of Southern Nevada mientras esté inscrito en el Distrito Escolar del Condado de Clark (CCSD) notada en este formulario de consentimiento. Los apoyos proporcionados por CIS o gestionados a través de otro proveedor pueden incluir, entre otros: apoyo educativo, tutoría, mentoría, actividades de enriquecimiento, evaluaciones, orientación o consejería de apoyo, y referidos a otras agencias según sea necesario. Los apoyos brindados por CIS a mi hija/hijo serán documentados en una base de datos segura con fines de seguimiento y reporte.
2. Autorizo a que mi hija/hijo participe en, o sea referido a, otras agencias colaboradoras para la prestación de servicios de apoyo integral, incluyendo, entre otros: asistencia con ropa, asistencia alimentaria, oportunidades de exploración profesional, manejo de casos, capacitación en habilidades para la vida, programas educativos alternativos, mentorías, oportunidades de aprendizaje en servicio y asistencia de transporte.
3. Realización de entrevistas, pruebas y cuestionarios para los propósitos de los estudiantes o de evaluación de proyectos.
4. Autorizo que mi hijo/a participe en excursiones, eventos y otras actividades patrocinadas por CIS of Southern Nevada.
5. Adicionalmente, autorizo a CIS of Southern Nevada a fotografiar, filmar, grabar en video y/o realizar grabaciones de audio de mi hijo/a, así como a citar o publicar declaraciones de mi hijo/a, y a utilizar dichas fotografías, películas, videos, grabaciones de audio y/u otras declaraciones para materiales educativos y de promoción/publicidad.
6. Autorizo al Distrito Escolar del Condado de Clark a divulgar los registros educativos de mi hijo/a a CIS of Nevada con el propósito de desarrollar y modificar los apoyos proporcionados a mi hijo/a, así como para evaluar y determinar la efectividad del programa. Mi consentimiento para la divulgación de información será válido mientras mi hijo/a esté inscrito/a en el Distrito Escolar del Condado de Clark. Los registros educativos de mi hijo/a solo serán utilizados conforme a lo permitido por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) y no serán divulgados excepto cuando sea necesario por ley. Los datos para compartir incluyen los siguientes:
  - a. Registros de Asistencia
  - b. Registros de conducta
  - c. Reportes de calificaciones, resultados de exámenes y expedientes académicos
  - d. Información demográfica
  - e. Estado de promoción/retención/graduación
  - f. Elegibilidad para almuerzo gratuito o a precio reducido

Entiendo que toda la información relacionada con mi hijo/a será resguardada por CIS of Nevada en una base de datos segura y/o en expedientes de caso. Entiendo que esta información se mantendrá confidencial y que el personal autorizado de CIS of Southern Nevada podrá acceder y consultar los datos de mi hijo/a, junto con los administradores de datos designados en la oficina nacional de CIS (Communities In Schools, Inc.) y en la oficina estatal correspondiente (Communities In Schools of Nevada, Inc.), quienes tienen permiso para administrar el sistema de gestión de datos a nivel de red. Entiendo que los datos de mi hijo/a serán agrupados automáticamente con los datos de otros estudiantes para cualquier presentación pública de resultados, y que mi hijo/a no será identificado/a de manera individual en dichos datos.

Entiendo que tengo derecho a solicitar una copia de cualquier registro educativo de mis hijos/as divulgado conforme a las condiciones de este consentimiento, y que este consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento mediante notificación por escrito al personal de CIS of Southern Nevada. Este consentimiento permanecerá vigente, y todas las acciones realizadas con base en el consentimiento original estarán cubiertas hasta la fecha en que CIS sea notificado de mi intención de revocarlo.

## Consentimiento De Padre/Tutor

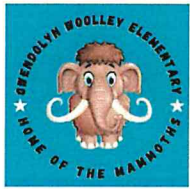


Al firmar a continuación, acepto todos los términos de este consentimiento:

Nombre del Padre/Tutor (letra de molde): \_\_\_\_\_ Teléfono (casa/celular): \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: 08-10-2026





# 2026/2027 Yearbook Authorization Form

Please answer the following questions:

Parent/Guardian First and Last Name (Padre/Tutor Nombre Completo):

---

Student First and Last name (Nombre Del Estudiante Completo):

---

Grade/Teacher (Grado/Profesora):

---

Do you authorize Woolley Elementary School to put the above mentioned student in the 26-27 Yearbook?

¿Autoriza a la Escuela Primaria Woolley a incluir al estudiante mencionado anteriormente en el Anuario 26-27?

Mark only one oval/ Marca solo un ovalo:

- ☐ Yes, I authorize Woolley ES to use my child's picture in the school yearbook. / Si, autorizo a Woolley ES a usar la foto de mi hijo en la escuela.
- ☐ No, I do not want my child's picture in the yearbook. / No quiero la foto de mi hijo en el anuario escolar.
- ☐ Maybe. Please call me, I have questions. / Tal vez. Por favor llamame, tengo preguntas.

I am the parent/guardian of the student mentioned above / Soy el padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente:

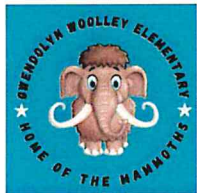
Mark only one oval / Marca solo un ovalo:

- ☐ Yes / Si
- ☐ No

Parent/Guardian Signature / Firma del Padre/Tutor:

---





# Student & Parent Handbook Acknowledgement Form

By signing this form, I acknowledge that I have read the Student and Family handbook with my student, reviewed the code of conduct, and have discussed all policies and procedures with my family. I am aware of the entrance and dismissal procedures and the late pick up and wellness policy.

Al firmar este formulario, reconozco que he leído el Manual del Estudiante y la Familia junto con mi estudiante, he revisado el código de conducta y he hablado con mi familia sobre todas las políticas y los procedimientos. Entiendo los procedimientos de entrada y salida de la escuela, así como la política de recogida tardía y la política de bienestar.

Parent Name / Nombre del padre:

---

Parent Signature / Firma de los padres:

---

Student Name / Nombre del estudiante:

---

Student signature / Firma del alumno:

---

Date / Fecha:

---





EyeCare4Kids is a 501(C)3 Charitable Corporation

## PATIENT INTAKE FORM (MINOR PATIENT)

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

**VISION REFERRAL:** ATTACHED ☐

MINOR PATIENT'S NAME \_\_\_\_\_

CCSD ID # \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_ MALE ☐ FEMALE ☐ NON-BINARY ☐

HOME ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

SCHOOL NAME \_\_\_\_\_ CURRENT GRADE LEVEL \_\_\_\_\_ SIBLING IN CCSD? YES ☐ NO ☐

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

PARENT/GUARDIAN NAME \_\_\_\_\_

CELL PHONE \_\_\_\_\_ WORK PHONE \_\_\_\_\_ HOME PHONE \_\_\_\_\_

EMAIL ADDRESS \_\_\_\_\_

NUMBER OF PEOPLE IN HOUSEHOLD \_\_\_\_\_ APPROXIMATE ANNUAL INCOME OF HOUSEHOLD \_\_\_\_\_

MEDICAID: YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ MEDICAID NUMBER: \_\_\_\_\_

OTHER INSURANCE: YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ INSURANCE NAME \_\_\_\_\_ POLICY NUMBER: \_\_\_\_\_

GROUP NUMBER: \_\_\_\_\_

### **ADDITIONAL INFORMATION:**

ALLERGIES \_\_\_\_\_

PHYSICIAN \_\_\_\_\_ PHONE \_\_\_\_\_

EMERGENCY CONTACT \_\_\_\_\_ PHONE \_\_\_\_\_

### **EXAM INFORMATION:**

**THIS IS FOR:** EXAM ☐ EYEGLASSES ☐ DATE OF LAST EYE EXAM \_\_\_\_\_

DOES YOUR CHILD CURRENTLY WEAR EYEGLASSES? YES ☐ NO ☐ *\*IF YES, PLEASE BRING THE EYEGLASSES TO THE EXAM*

WHAT CONCERNS DO YOU HAVE 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, EYECARE4KIDS recommend polycarbonate lens material as the lens of choice for all children. EYECARE4KIDS 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 EYECARE4KIDS permission to treat my/my child's eye, vision or medical problems. I understand that EYECARE4KIDS 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 EYECARE4KIDS the right to photograph or video myself and/or my child for use in their promotional material. YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE (for minor patient) \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

PLEASE PRINT YOUR NAME \_\_\_\_\_

## NOTICE TO ALL PATIENTS:

### POLICIES AND PROCEDURES

EYECARE4KIDS is a charitable 501(c)3, not-for-profit organization. Our clinic is limited, though committed, to helping low to moderate income families in our community receive professional vision services at little to no charge.

EYECARE4KIDS is not liable for eyeglasses that get damaged during adjustments or repairs. We will not adjust or repair any eyeglass frames that were obtained from a source other than EYECARE4KIDS.

Since we are a not-for-profit organization, we recommend lined, straight-top, bifocal lenses. Bifocal lenses are much less expensive and generally easier to adapt to. EYECARE4KIDS does not offer progressive, no-line bifocals.

EYECARE4KIDS will ask for insurance information/payment (as applicable) at the time of appointment.

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 with a valid ID number; 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 eyeglasses, if needed.

\*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 eyeglasses, if needed. Sibling's CCSD ID number needs to be provided at appointment.

\*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 EYECARE4KIDS 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. If a prescription is requested for an exam that was provided at no charge, a \$50 fee will be incurred for the cost of the exam.

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. Additionally, by signing here, you are also agreeing to the first page of the patient intake form.**

Patient signature (minor patient): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature of Parent or Guardian (for minor patient): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



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

## **FORULARIO DE ADMISION DE PACIENTE (PACIENTE MENOR)**

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

REMISION DE LA VISION: **ADJUNTO** ☐

NOMBRE DEL PACIENTE MENOR \_\_\_\_\_

CCSD ID # \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ MASCULINO ☐ FEMENINO ☐ NON-BINARIO ☐

DOMICILIO DEL HOGAR \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ESCUELA \_\_\_\_\_ NIVEL DE GRADO ACTUAL \_\_\_\_\_ HERMANO EN CCSD? SI ☐ NO ☐

RAZA (circulo uno o mas) Indio Americano Hispanio/Latino Nativo de Alaska Asiático Afro Americano Islas del Pacifico Caucasicos Otro

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_

TEL. CELULAR \_\_\_\_\_ TEL. DE TRABAJO \_\_\_\_\_ TEL. DEL HOGAR \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

NUMERO DE PERSONAS EN SU HOGAR \_\_\_\_\_ APPROXIMADAMENTE EL SUELDO ANNUAL EN EL HOGAR \_\_\_\_\_

MEDICAID FFS: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NUMERO DE MEDICAID \_\_\_\_\_

OTRO SEGURA: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL SEGURA \_\_\_\_\_ NUMERO DE POLIZA: \_\_\_\_\_

NUMERO DE GRUPO: \_\_\_\_\_

### **INFORMACION ADICIONAL:**

ALERGIAS \_\_\_\_\_

MEDICO \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELFONO \_\_\_\_\_

### **INFORMACION ACERA DEL EXAMEN:**

ESTO ES PARA: EXAMEN ☐ LENTES ☐ FECHA DEL ULTIMO EXAMEN \_\_\_\_\_

¿SU HIJO USA ACTUALMENTE ANTEJOS? SI ☐ NO ☐ **\*EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR LLEVE LAS GAFAS AL EXAMEN**

¿QUE PREOCUPACIONES TIENES CON LOS OJOS? \_\_\_\_\_

**DEBER DE ADVERTIR PARA LOS MENORES:** Los niños son mucho más físicamente activos que los adultos por lo que sus gafas deben proporcionar máxima protección. El policarbonato es un material de lente resistente al impacto. EYECARE4KIDS recomienda material de lente de policarbonato como la lente de elección para todos los niños. EYECARE4KIDS ha explicado las ventajas lentes de policarbonato para mí. Si elijo no tener a mi hijo usar lentes de policarbonato, los sostendré inofensivos.

**PERMISO:** Doy permiso al personal de EYECARE4KIDS para tratar la visión o el problema de los ojos de mi hijo. Entiendo que el personal de EYECARE4KIDS 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 EYECARE4KIDS el derecho de fotografiar o tomar video de mi persona y/o a mi hijo para utilizarlo en su material promocional.  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE O TUTOR (para paciente menor) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

POR FAVOR ESCRIBA SU NOMBRE \_\_\_\_\_

## AVISO A TODO LOS PACIENTES:

### POLICAS Y PROCEDIMIENTOS

EYECARE4KIDS es una organización 501(c)(3) de caridad, sin fines de lucro. Nuestra clínica es limitada, aunque comprometida en ayudar a las familias en la comunidad de bajos a moderados ingresos para recibir servicios de visión profesional de bajo costo o sin cargo.

EYECARE4KIDS no es responsable por daños de lentes durante ajustes o reparaciones. No asumiremos responsabilidad por lentes y marcos que son traídos de afuera de nuestra clínica, si están usados o no.

Siendo una organización sin fines de lucro, recomendamos lentes alineados de bifocal. Estos lentes cuestan mucho menos y generalmente más fácil de adaptarse. EYECARE4KIDS no ofrece lentes progresivos o sin línea recta.

EYECARE4KIDS solicitará información sobre la aseguranza en el momento de la cita.

La estructura de pago es así:

\*Para estudiantes de Clark County School District (CCSD) entre la edad de 4 a 18 años o mas quien están inscritos en una escuela tradicional de CCSD (la escuela de adultos no está incluida) pueden tomar ventaja de un (1) examen de ojos sin costo cada año, en cualquiera de nuestras clínicas en escuelas, o la clínica de visión móvil. El examen incluye un (1) par de lentes de visión sencilla si son necesarios.

\*Para estudiantes que no son estudiantes de CCSD, o son estudiantes en escuelas privadas o escuelas Charter, pero que tienen un hermano(a) en una escuela de CCSD, también pueden tomar ventaja de un (1) examen de visión sin costo cada año, mientras este el hermano(a) inscrito a una escuela (CCSD) y incluye un (1) par de lentes de visión sencilla si son necesarios. El número de identificación del Condado de Clark del hermano debe proporcionarse en la cita.

\*Para adultos (mayores de 18 años), que no son estudiantes inscritos en una escuela tradicional o preparatoria, hay un costo de \$50 por un (1) examen de visión e incluye un (1) par de lentes de visión sencilla.

Estos servicios ofrecidos son costosos y EYECARE4KIDS trabaja diligentemente para mantener los costos accesibles para quien no tenga los recursos para obtener servicios adecuados de visión. Todos los productos de especialidad, servicios agregados o reemplazo de lentes tienen costos adicionales para el paciente / padre/ guardián. Si el paciente tiene una graduación alta, hay un costo adicional. Reordenes de lentes también hay costos adicionales. Si usted recibió un examen sin ningún cobro, pero necesita una receta para lentes, usted incurrirá un cargo de \$50 por el costo del examen.

Todos los cobros tienen que ser pagados a la hora de servicios. Todas las ventas son finales y no hay devoluciones.

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

INICIALES: \_\_\_\_\_

### AVISO DE CONFIDENCIALIDAD

Información sobre su tratamiento y cuidado es protegido por la ley federal: La Ley de Portabilidad del Seguro de Salud 1996 (HIPPA). Conforme a esa ley, la clínica no revelara la información protegida del paciente sin la autorización y consentimiento escrito permitido por las leyes federales referidas abajo, con la excepción de las siguientes razones:

1. Para programar el personal con el fin de proporcionar tratamiento y mantener los registros clínicos.
2. Conforme a un acuerdo con un asociado de negocios (i.e. laboratorios clínicos, farmacia, facturación, servicios etc.)
3. Para la investigación la auditoria o evaluaciones.
4. Denunciar en delito cometido en las instalaciones del programa o en contra del personal del programa.
5. Al personal médico en una emergencia psiquiátrica o médica.
6. A las autoridades competentes para denunciar el presunto maltrato o negligencia infantil.
7. Para reportar ciertas enfermedades infecciosas según lo requerido por la ley estatal.
8. Según lo permitido por una orden judicial de la corte.

Antes de que la clínica pueda usar, compartir, o divulgar cualquier información sobre su salud de una manera que no se describe anteriormente primero debe obtener su consentimiento específico por escrito lo que le permite hacer la divulgación.

Firma del paciente (menor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del tutor principal (del paciente menor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_