



2026 – 2027 See to Succeed Consent Packet

See to Succeed Clinic

190 Heights Blvd.

Houston, TX 77007

Phone: 832-393-5088

Email: STS@houstontx.gov

Dear Parent/Guardian:

Your child has failed a vision screening. It is important that your child gets a full vision exam soon. Your child's ability to read and pay attention in class may be difficult and negatively impacted if their vision problem is not corrected. The **See to Succeed** (STS) Program provides vision exams and eyeglasses **at no cost to you**, to school children ages 6 - 18 years old (PreK 4 and up for the Eye Believe Bus mobile clinic). With a signed consent form, your child will attend a free, chaperoned trip to a See to Succeed clinic. **Please complete and return forms in this packet to your child's school for participation in See to Succeed.**

Student Name: _____	Student DOB: _____
School Name: _____	Student ID #: _____
Parent/Guardian Name: _____	Phone Number: _____
Parent/Guardian Email Address: _____	

I give consent for my child to receive an eye exam and eyewear, and if needed, referral with follow up care, within one year from date of signature. I understand that a licensed optometrist (eye doctor) will perform the exam. I understand that if needed, my child may receive glasses from the See to Succeed program, at no cost. **Glasses provided by See to Succeed will not be replaced if lost or broken.** I understand that I and/or my child may be contacted via telephone or email for further evaluation purposes. I understand that these records will be kept confidential and only the Houston Health Department and See to Succeed program partners will have access to these records. I authorize See to Succeed and/or its partners to bill the insurance carrier, any and all charges incurred in connection with the diagnosis, care and treatment, (if insured). I give consent to the Houston Health Department to access school performance, attendance and behavior data for the duration of my child's enrollment in the school district through twelfth (12) grade. My signature on this form is valid for one (1) year from date of signature, allowing for subsequent visits if necessary. I, individually and on behalf of my child, agree to the indemnity clause referenced on page 5 of this packet.

☐ YES ☐ NO I give consent for my child to receive an eye exam, eyewear and follow-up if needed at the STS clinic.

**If YES, what barriers does STS help you to eliminate (check all that apply):* ☐ Cost of exam ☐ Cost of glasses ☐ No insurance

☐ No transportation ☐ Distance to eye doctor ☐ No appointments available ☐ Cannot take off work ☐ Other: _____

☐ YES ☐ NO I give consent for the eye doctor to use dilation eye drops in my child's eyes during their exam. (Dilation eye drops give the eye doctor more **complete, accurate information** of your child's eye health, and is recommended unless there is a known allergy to the drops. See page 5 of this packet for more information on dilation.)

☐ YES ☐ NO I give consent for my child to be photographed/recorded for use in electronic, digital, or print for media purposes. My decision will **not** affect whether my child receives an eye exam or glasses at STS.

✓ _____

Signature of Parent/Guardian

✓ _____

Date

TRANSPORTATION CONSENT

I hereby consent to allow my child to be bussed by _____ on a field trip to a See to Succeed clinic.
(School district)

The field trip will be accompanied by school chaperones during school hours. This is to certify that the child named on this consent has my permission to go on the field trip to the See to Succeed event. In case of an emergency, I will be contacted at the phone number I have provided in this packet.

✓ _____

Signature of Parent/Guardian

✓ _____

Date

2026 – 2027 See to Succeed Paquete de Consentimiento

Estimado Padre/Madre/Guardián:

Su hijo ha reprobado un examen preliminar de la vista. Es importante que le hagan un examen completo de la vista pronto. La capacidad de su hijo para leer y prestar atención en clase puede ser difícil si no se corrige el problema la vista. El Programa See to Succeed (STS) proporciona exámenes de la vista y anteojos a niños de 6 a 18 años **sin ningún costo para usted** (edades de PK4 en adelante en la clínica móvil Eye Believe Bus). Al firmar este formulario, su hijo asistirá con acompañantes a una clínica de See to Succeed. **Complete y devuelva los formularios en este paquete a la escuela de su hijo para participar en el programa See to Succeed.**

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre de Escuela: _____ Estudiante ID#: _____
Nombre de padre/guardián: _____ Número de teléfono: _____
Correo electrónico de padre/guardián: _____

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba un examen de la vista y anteojos y de ser necesario, un referido para cuidado de seguimiento, dentro del año a partir de la fecha de la firma. Entiendo que un optometrista autorizado (médico de los ojos) realizará el examen. Entiendo que, si es necesario, mi hijo recibirá anteojos del programa See to Succeed, sin costo alguno. **Solo se proporciona los lentes una (1) vez por año y no serán reemplazados por See to Succeed si se pierden o se rompen.** Entiendo que se me puede contactar por teléfono o correo electrónico para fines de evaluación adicionales. Entiendo que estos registros se mantendrán confidenciales y solo el Departamento de Salud de Houston y los socios del programa See to Succeed tendrán acceso a ellos. Autorizo a See to Succeed y/o sus socios a facturar a la compañía de seguros todos los cargos incurridos en relación con el diagnóstico, la atención y el tratamiento, (si cuenta con seguro). Autorizo al Departamento de Salud de Houston acceder los datos sobre el rendimiento académico, la asistencia y el comportamiento escolar de mi hijo durante el tiempo que esté inscrito en el distrito escolar, hasta el duodécimo (12) grado. Mi firma en este formulario es válida por un (1) año a partir de la fecha de la firma, lo que permite visitas posteriores si es necesario. Yo, a título personal y en nombre de mi hijo, acepto la cláusula de indemnización a la que se hace referencia en la página 6 de este paquete.

☐ Sí ☐ No Autorizo que mi hijo reciba un examen de la vista, lentes y seguimiento si es necesario.
¿qué barreras le ayuda STS a eliminar? (puede marcar varias) ☐ Costo del examen ☐ Costo de lentes ☐ No aseguranza
☐ No transportación ☐ Distancia al doctor ☐ No hay citas disponibles ☐ Trabajo ☐ Otro: _____

☐ Sí ☐ No Autorizo para que el doctor utilice gotas para dilatar los ojos de mi hijo durante el examen.
Las gotas para dilatar las pupilas le brindan al doctor información más completa sobre la salud ocular de su hijo, y se recomiendan a menos que exista una alergia conocida a las gotas. **** (consulte la página 6 para obtener información sobre la dilatación)****

☐ Sí ☐ No Autorizo que se fotografíe o grave mi hijo/a para su uso en medios electrónicos, digitales, o impresos.
Entiendo que mi decisión **no** afectará que mi hijo reciba un examen de la vista o anteojos en la Clínica STS.

√ _____

Firma de Padre/Madre/Guardián

√ _____

Fecha

CONSENTIMIENTO DE TRANSPORTE

Por la presente doy mi consentimiento para permitir que mi hijo sea transportado en autobús por _____
(Distrito escolar)
en una excursión a una clínica See to Succeed. La excursión estará acompañada por acompañantes escolares durante horas escolares. Esto es para certificar que el estudiante nombrado en este consentimiento tiene mi permiso para ir a la excursión al evento See to Succeed. En caso de una emergencia, me contactaran al número de teléfono provisto en este paquete.

√ _____

Firma del Padre/Tutor

√ _____

Fecha



Student Information Form

To be completed by school staff:

Student ID - _____

DOB - _____

School Name _____

Student Name: _____ Birthdate: _____ Grade: _____ ☐ Male ☐ Female

Student Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Race (Check All That Apply)

- ☐ Black or African American ☐ Native Hawaiian or Pacific Islander ☐ Asian
☐ American Indian or Alaska Native ☐ White ☐ Other ☐ Don't Know

Ethnicity (Check Only One)

- ☐ Hispanic
☐ non-Hispanic

Parent/Guardian Name: _____ Phone Number: _____

Additional Contact Name: _____ Phone Number: _____

Indicate which methods we have permission to reach you: _____ Preferred language: _____

☐ Email: _____ Mobile Phone: _____ ☐ Text Message

Please complete the insurance section below so we may bill for eligible services provided and help coordinate any follow-up or referral care. **Your child will still receive an exam and glasses (if needed) regardless of insurance status, no cost to you.**

☐ Medicaid ☐ Private Insurance Medical Insurance: _____ Member ID: _____
☐ CHIP ☐ No Insurance Vision Insurance: _____ Member ID: _____

Number of members in household: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 or more

Yearly income of household: ☐ \$0 - \$20,000 ☐ \$20,001 - \$35,000 ☐ \$35,001 - \$50,000 ☐ \$50,001 - \$60,000
☐ \$60,001 - \$70,000 ☐ \$70,001 - \$80,000 ☐ \$80,001 - \$90,000 ☐ \$90,000+

Are you/your family interested in receiving resources/information for any of the following:

shelter, transportation, childcare, counseling, food insecurities, rent/utilities assistance, medical/dental provider, insurance, nutrition classes, smoking cessation. ☐ Yes ☐ No

(By selecting yes – you agree to be contacted by a Human Services Representative to connect you to requested services.)

Student Health History

When was the last time your child had an eye exam? Month: _____ Year: _____ ☐ This will be the first eye exam

Does your child have any eye problems? Please explain: _____

Any recent or major surgeries? ☐ NONE ☐ Surgeries and dates: _____

My child is allergic to: ☐ NONE ☐ Allergies: _____

My child is taking these medications: ☐ NONE ☐ Medications: _____

Has your child ever had any of the following?

Since what Year

Uses glasses	Y / N	_____
Uses contact lenses	Y / N	_____
Cataracts	Y / N	_____
Color vision defect	Y / N	_____
Double vision	Y / N	_____
Eyes burn, itch, water	Y / N	_____
Eye infections	Y / N	_____
Eye surgery	Y / N	_____
Flashes of light	Y / N	_____
Floaters	Y / N	_____
Glaucoma	Y / N	_____
Lazy Eye/Amblyopia	Y / N	_____
Patching therapy	Y / N	_____
Vision therapy	Y / N	_____

Does your child have any of the following?

*ADHD	Y / N	Asthma	Y / N
*Autism Spectrum	Y / N	Headaches	Y / N
*Diabetes	Y / N	High blood pressure	Y / N
*Epilepsy	Y / N	Sinus problems	Y / N
*Seizures	Y / N	Pregnant	Y / N
*Cerebral Palsy	Y / N	Has your child had to repeat a grade?	Y / N
*Down Syndrome	Y / N	If yes, what grade	_____
*Intellectual disability	Y / N	Other condition(s) not listed:	_____
*Wheelchair/Mobility	Y / N		_____
*Hearing impaired	Y / N		_____
*Legally blind	Y / N		_____
*Nonverbal	Y / N		_____

Formulario de Información del Estudiante

To be completed by school staff:

Student ID -

DOB -

School Name

Nombre de estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

(mes/día/año)

Dirección de estudiante: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Raza (marque todas las que apliquen)

- ☐ Negro o Afroamericano ☐ Nativo de Hawái o Islas del Pacífico ☐ Asiático
☐ Nativo de América del Norte o Alaska ☐ Raza Blanca ☐ Otro ☐ No lo sé

Etnicidad (solo una)

- ☐ Hispano ☐ No Hispano

Genero

- ☐ Hombre ☐ Mujer

Nombre de padre, madre o guardián: _____ Número de teléfono: _____

Nombre de contacto adicional: _____ Número de teléfono: _____

Indique que métodos da permiso para comunicarnos con usted: _____ Idioma preferido: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono móvil: _____ ☐ Mensaje de texto

Complete la información del seguro médico o aseguranza a continuación, para que podamos facturar por los servicios elegibles y también poder ayudar a coordinar cualquier cita de seguimiento o referido necesario. **Su hijo/a recibirá el examen aun si no está asegurado, sin ningún costo para usted.**

- ☐ Medicaid ☐ Seguro Privado Seguro Médico: _____ # de miembro: _____
☐ CHIP ☐ Sin seguro Seguro de Vista: _____ # de miembro: _____

Número de personas en el hogar: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 o mas

Ingreso anual del hogar: ☐ \$0 - \$20,000 ☐ \$20,001 - \$35,000 ☐ \$35,001 - \$50,000 ☐ \$50,001 - \$60,000
☐ \$60,001 - \$70,000 ☐ \$70,001 - \$80,000 ☐ \$80,001 - \$90,000 ☐ \$90,000+

¿Usted o su familia están interesados en recibir recursos o información para cualquiera de los siguientes: vivienda, transporte, cuidado de niños, asesoramiento, asistencia de comida, asistencia con el alquiler/servicios públicos, proveedor médico/dental, seguro médico, clases de nutrición, dejar de fumar? ☐ Sí ☐ No

(Al seleccionar sí, acepta que un representante de Servicios Humanos se comunice con usted para conectarlo con los servicios solicitados).

Historial de Salud del Estudiante

¿Cuándo fue el último examen de vista de su hijo/a? Mes: _____ Año: _____ ☐ Este será su Primer Examen

¿Su hijo/a tiene algún problema de la vista? _____

¿Alguna cirugía reciente o importante? ☐ NO Cirugías con fecha: _____

Mi hijo/a es alérgico a: ☐ Nada ☐ Lista de alergias: _____

Mi hijo/a toma estos medicamentos: ☐ Nada ☐ Medicamentos: _____

¿Su hijo/a ha tenido alguno de lo siguiente?

Desde qué Año

Usa lentes Sí / No _____
 Usa lentes de contacto Sí / No _____
 Cataratas Sí / No _____
 Deficiencia de colores Sí / No _____
 Vista doble Sí / No _____
 Ardor, picazón de ojos Sí / No _____
 Infecciones de ojos Sí / No _____
 Cirugía en los ojos Sí / No _____
 Relámpagos de luz Sí / No _____
 Flotantes Sí / No _____
 Glaucoma Sí / No _____
 Ojo vago/Ambliopía Sí / No _____
 Terapia de parchar Sí / No _____
 Terapia de la vista Sí / No _____

¿Su hijo/a ha tenido alguno de lo siguiente?

*ADHD	Sí / No	Asma	Sí / No
*Autismo	Sí / No	Dolores de cabeza	Sí / No
*Diabetes	Sí / No	Alta presión sanguínea	Sí / No
*Epilepsia	Sí / No	Problemas de sinusitis	Sí / No
*Convulsiones	Sí / No	Embarazo	Sí / No
*Parálisis cerebral	Sí / No	¿Su hijo/a ha tenido que repetir un grado escolar? Sí / No Si sí, indique cuales grados	
*Síndrome de Down	Sí / No		
*Discapacidad mental	Sí / No		
*Silla de ruedas / movilidad	Sí / No	Condiciones no listadas:	
*Discapacidad auditiva	Sí / No		
*Legalmente ciego	Sí / No		
*No Verbal	Sí / No		

PARENT INFORMATION SHEET

***** PARENTS: DETACH THIS FORM AND KEEP FOR YOUR RECORDS *****

The goal of See to Succeed (STS) is to provide a full eye exam and glasses to children that are identified by school nurses who have failed their school vision screening and have limited or no access to vision services.

General Consent for Vision Services

You must complete and return this consent packet for your child to participate in the STS program. For questions about the services provided by STS, please contact our clinic at 832.393.5088. When you sign the general consent, you agree to release from any liability associated with this event the officers, directors, employees, agents, affiliates, and/or assigns of the following groups: optometrist(s) who perform the eye exam; the cosponsoring agency, See to Succeed.

Indemnity statement: I, individually and on behalf of my child, indemnify, defend, and hold harmless the City of Houston, their officers, employees, agents, and assigns, and See to Succeed program partners from and against any and all claims, demands, damages, losses, liabilities, costs, or expenses (including reasonable attorneys' fees) arising out of or in connection with the vision services provided under this consent form. This includes, but is not limited to, claims related to the examination, diagnosis, prescription, or treatment provided.

STS Partners and Associates

The following are partners and associates of the STS Program: Houston Health Foundation, Essilor Vision Foundation, Optical Outsource, Berkeley Eye Center, University of Houston College of Optometry, Texas Women's University, Prairie View A&M University, San Jacinto College, Lone Star College and Access Health. By signing this consent, you authorize the release of any medical or other information necessary to process claims, and hereby assign to STS partners, all rights and claims for reimbursement under any private health insurance policy, Medicaid or any other programs for which benefits may be available to pay for the services provided to your child or dependent. You authorize payment for such services to be made directly to the participating partner.

Privacy

With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the City of Houston collects from you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the city agency to correct any information that is determined to be incorrect. For further information, see our Notice of Privacy Practices at

<https://www.houstontx.gov/health/documents/Notice-of-Privacy-Practices-2018-English.pdf>

Dilated Fundus Exam:

A dilated eye exam is a special eye check that an eye doctor may do. The doctor puts drops in the eyes to make the pupils bigger. This helps the doctor see the back of the eye. Sometimes the drops are used to help determine what glasses a person needs. This exam helps the doctor look for problems like tears, infections, bleeding, or other eye diseases. The State Board of Optometry may require a dilated eye exam. The drops can make the eyes blurry and sensitive to light for about 8 to 24 hours. It may be hard to read or see things up close during this time. Very rarely, someone may have an allergic reaction to the drops. If you think your child is having an allergic reaction, get help from a doctor right away. You can choose to say no to this exam or any medical procedure.

Permission to Photograph Child for Media and Publication Purposes

This event may be photographed or filmed by STS and/or its partners for internal and/or external communications for future use in publications, videos or other educational presentations. When these visual images are used in this way, your child's case history and other test results may also be used to describe the health and the condition of your child's eyes. At no time, however, will your child's name be made public. Visual images will not be used for advertising or eyewear product endorsements. Visual images help us raise funds and awareness of STS to continue to support this program.

Replacement of Glasses

If your child needs eyewear based on the results of the eye examination provided by a licensed optometrist, a trained optician will assist your child in selecting a pair of glasses that are suitable for his/her prescription, face shape, and features.

STS does not provide breakage protection warranty on the glasses. See to Succeed will not replace glasses that are lost, stolen, or broken; but you will receive a copy of the prescription and may purchase another pair of glasses elsewhere. The prescription is valid for 1 year from the date of examination.

HOJA INFORMATIVA PARA PADRES

***** SEPARE ESTE FORMULARIO Y GUARDE PARA SUS REGISTROS *****

El objetivo de See to Succeed (STS) es proporcionar un examen completo de la vista y anteojos a los niños identificados por las enfermeras escolares que no pasaron el examen escolar de la vista y no tienen acceso a los servicios médicos de la vista.

Consentimiento General para Servicios de la Vista

Debe firmar una forma de consentimiento para que su hijo/a participe en este programa. Para preguntas sobre servicios que proporciona See to Succeed, por favor póngase en contacto con la clínica de STS al 832-393-5088. Al firmar el consentimiento general usted acuerda de liberar de cualquier responsabilidad relacionada con este evento a los funcionarios, directores, empleados, agentes, afiliados y/o asignados de los siguientes grupos: optometrista(s) que realicen el examen de ojos; la agencia copatrocinadora, See to Succeed.

Declaración de indemnización: Yo, a título personal y en nombre de mi hijo, indemnizaré, defenderé y eximiré de responsabilidad a la Ciudad de Houston, a sus funcionarios, empleados, agentes y sucesores, así como a los socios del programa See to Succeed, frente a cualquier reclamación, demanda, daño, pérdida, responsabilidad, costo o gasto (incluidos los honorarios razonables de abogados) que surja de o en relación con los servicios de la vista prestados en virtud de este formulario de consentimiento. Esto incluye, entre otros, las reclamaciones relacionadas con el examen, el diagnóstico, la prescripción o el tratamiento proporcionados.

Socios y asociados de STS

Los siguientes son socios y asociados del Programa See to Succeed: Houston Health Foundation, Essilor Vision Foundation, Optical Outsource, Berkeley Eye Center, University of Houston College of Optometry, Texas Women's University, Prairie View A&M University, San Jacinto College, Lone Star College y Access Health. Durante ciertas clínicas de STS, los socios pueden facturar todos y cada uno de los cargos incurridos en relación con el diagnóstico, la atención y el tratamiento, directamente a la compañía de seguros. Al firmar este consentimiento, usted autoriza la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar los reclamos y, por la presente, asigna a los socios de STS todos los derechos y reclamos de reembolso en virtud de cualquier póliza de seguro médico privado, Medicaid o cualquier otro programa para el cual se puedan otorgar beneficios disponibles para pagar los servicios prestados a su hijo o dependiente. Usted autoriza que el pago de dichos servicios se realice directamente al socio participante.

Notificación de Privacidad

Con pocas excepciones, usted tiene el derecho a solicitar y estar informado sobre la información que la Ciudad de Houston recopila sobre usted. Tiene derecho a recibir y revisar la información cuando lo solicite. También tiene el derecho a solicitar a la agencia de la ciudad que corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Para más información, vea nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad en la siguiente página: <https://www.houstontx.gov/health/documents/Notice-of-PrivacyPractices-2018-Spanish.pdf>.

Examen de Fondo Dilatado:

Un examen de la vista con dilatación de la pupila es una revisión ocular especial que puede realizar un especialista de la vista. El médico aplica gotas en los ojos para dilatar las pupilas, lo que le permite visualizar la parte posterior del ojo. A veces, estas gotas se utilizan para determinar qué tipo de gafas necesita una persona. Este examen ayuda al médico a detectar problemas como desgarros, infecciones, hemorragias u otras enfermedades oculares. El consejo estatal de optometría puede requerir un examen de fondo dilatado como parte de un examen de la vista realizado por un optometrista licenciado. Las gotas pueden provocar visión borrosa y sensibilidad a la luz durante un periodo de 8 a 24 horas; es posible que a la persona le resulte difícil leer o ver objetos de cerca durante ese tiempo. En casos muy poco frecuentes, puede producirse una reacción alérgica a las gotas. Si cree que su hijo está sufriendo una reacción alérgica, busque atención médica de inmediato. Usted puede optar por no someterse a este examen ni a ningún otro procedimiento médico.

Permiso para Fotografiar al Menor con fines de difusión y publicación

Este evento puede ser fotografiado o filmado por STS y/o sus colaboradores para fines de comunicación internas y/o externas, así como para su uso futuro en publicaciones, videos u otras presentaciones educativas. Cuando se usen dichas imágenes visuales de esta manera, también podrían emplearse el historial clínico y los resultados de las pruebas de su hijo para describir su estado de salud y la condición de sus ojos. No obstante, en ningún momento se divulgará el nombre de su hijo. Las imágenes visuales no se utilizarán con fines publicitarios ni para promocionar productos de óptica. Estas imágenes nos ayudan a recaudar fondos y a dar a conocer la labor de STS para seguir apoyando este programa.

Reemplazo de Lentes

Si su hijo/a necesita lentes a base de los resultados del examen de la vista provisto por un optometrista licenciado, un oculista capacitado ayudara a su hijo a seleccionar un par de lentes que sean adecuados para su receta, forma y rasgos faciales.

STS no ofrece garantía de protección contra roturas en los lentes. See to Succeed no reemplazará lentes perdidos, robados o rotos, pero usted recibirá una copia de la prescripción/receta y podrá comprar otro par de lentes por su cuenta. La receta es válida por 1 año a partir de la fecha del examen.

PARENT FACT SHEET

*** DETACH THIS FORM AND KEEP FOR YOUR RECORDS ***



Things everyone should know about vision:

- Children cannot judge if their vision is impacting their schoolwork.
- Vision problems that are not corrected can reduce a student's ability to read, concentrate, and process information.
- Healthy vision is a critical part of learning well in school.
- 80% of learning during a child's first 12 years is obtained through vision (Source: *Journal of Behavior Optometry*).
- It is estimated that 25% of school-aged children have vision problems (Source: *American Optometric Association*).
- Children should have a full eye exam with dilation once a year.
- Not all vision problems are obvious. Sometimes people can have "20/20 vision" and still have an eye problem or disease.



How we can help:

- Your child can get eyeglasses at no cost to you, through vision clinics sponsored by the Houston Health Department and other agencies who participate in See to Succeed. Vouchers may also be available.
- At a vision clinic, a licensed provider will check your child's vision and prescribe glasses if needed.
- Your child will choose his/her own frame after the exam if glasses are needed.
- Glasses will be delivered to the school within 6 weeks of the vision clinic.

Act now to get your child's vision problem corrected:



- Fill out the attached parental consent forms.
- The entire process, from registration at the stated appointment time, to the completion of the eye exam and eyewear, will take 2-4 hours.
- Please make arrangements to ensure that your child will have any necessary medications and/or food available that will be needed during this field trip.



Do you have a Human Service need? We can help!

The Houston Health Department Community Cares Program offers referral assistance to the following services:

- Connect people/families to health care providers
- Create health care plans for people/families with (or at risk for) chronic disease
- Connect people/families to nutrition classes
- Connect to medical coverage/federally qualified health centers
- Access to a medical or dental provider
- Transportation/medical transportation referrals
- Counseling/behavioral health services
- Childcare assistance
- Shelter assistance

Call 832-393-4200 and ask to speak with a Community Cares Counselor

HOJA INFORMATIVA PARA PADRES

*** SEPARE ESTE FORMULARIO Y GUARDE PARA SUS REGISTROS ***



Cosas que todos deben saber sobre la vista:

- Los niños no pueden distinguir si su vista está afectando sus tareas escolares.
- Los problemas de vista no corregidos pueden reducir la capacidad de un estudiante para leer, concentrarse y procesar información.
- La visión saludable es una parte crítica del aprendizaje en la escuela.
- El 80% del aprendizaje durante los primeros 12 años se obtiene a través de la vista. (Fuente: *Journal of Behavior Optometry*).
- Se estima que el 25% de los niños en edad escolar tienen problemas de vista. (Fuente: *American Optometric Association*).
- Los niños deben tener un examen de vista completo con dilatación cada año.
- No todos los problemas de vista son obvios. A veces la persona puede tener "visión 20/20" y aun así tener un problema o enfermedad ocular.



Cómo podemos ayudar:

- Su hijo puede obtener lentes sin costo para usted, a través de clínicas de la vista patrocinadas por el Departamento de Salud de Houston y otras agencias que participan en See to Succeed. También puede haber cupones disponibles.
- En una clínica de la vista, un optometrista licenciado revisará la visión de su hijo y le recetará anteojos si es necesario.
- Su hijo elegirá su propio marco después del examen si se necesitan anteojos.
- Los lentes se entregarán a la escuela dentro de 6 semanas después de la vista a la clínica.

Actúe ahora para corregir el problema de vista de su hijo:



- Llene las formas de consentimiento adjuntos
- Todo el proceso, desde el registro a la hora de la cita indicada hasta la finalización del examen de la vista y los lentes, tomará de 2 a 4 horas.
- Por favor, haga arreglos para asegurarse de que su hijo tenga todos los medicamentos necesarios y / o alimentos disponibles durante esta excursión.



¿Tiene una necesidad de servicios humanos? ¡Podemos ayudar!

El Programa de Cuidados Comunitarios del Departamento de Salud de Houston ofrece asistencia de referido a los siguientes servicios:

- Conectar a las personas/familias con los proveedores de atención médica
- Crear planes de atención médica para personas/familias con (o en riesgo de) enfermedades crónicas
- Conectar personas/familias a clases de nutrición
- Conéctese a la cobertura médica/centros de salud calificados federalmente
- Acceso a un proveedor médico o dental
- Referencias de transporte/transporte médico
- Servicios de consejería/salud y bienestar
- Asistencia para el cuidado de niños
- Asistencia de viviendas

Llame al 832-393-4200 y pida hablar con un Consejero de
Community Cares