2026 – 2027 See to Succeed Consent Packet

AccessHealth - East Fort Bend
7707 Highway 6, BLDG B
Missouri City, TX 77489
Phone: (281) 342-4530
Email:
seetosucceed@myaccesshealth.org

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 to school children ages 6 - 18 years old at no cost to you. With a signed consent form, your child will attend a free, chaperoned school field trip to a See to Succeed eye clinic. **Please complete and return forms in this packet to your child's school for participation in See to Succeed.**

Child's Name: _____ Child's 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 mail for further evaluation purposes. I understand that these records will be kept confidential and only AccessHealth and See to Succeed program partners will have access to these records. I authorize STS and/or it's partners to bill any and all charges incurred in connection with the diagnosis, care and treatment, directly to the insurance carrier (if insured). I give consent for the AccessHealth to access school performance data. My signature on this form is valid for one (1) year from date of signature, allowing for subsequent visits if necessary.

1. ❑**YES** ❑**NO** I give consent for my child to receive an eye exam, eyewear and follow-up if needed at the STS clinic.
   *1a. *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:* _____

2. ❑**YES** ❑**NO** I give consent for the eye doctor to perform a dilated eye exam during the STS clinic.
   *** (see page 5 of this packet for information on dilation) ***

3. ❑**YES** ❑**NO** I give consent for my child to be photographed/recorded for use in electronic, digital, print and/ or external media. 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 teachers/sponsors 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**

AccessHealth - East Fort Bend
7707 Highway 6, BLDG B
Missouri City, TX 77489
Phone: (281) 342-4530
Email:
seetosucceed@myaccesshealth.org

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. Al firmar este formulario, su hijo asistirá a una excursión escolar gratuita con acompañantes de la escuela 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/madre/guardián: _____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico de padre/guardián: _____

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba un examen de la vista, anteojos y si es necesario, referido con 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**. Los anteojos proporcionados por See to Succeed no serán reemplazados si se pierden o se rompen.**
Entiendo que yo y/o mi hijo pueden ser contactados por teléfono o correo para propósitos de evaluación adicionales. Entiendo que estos registros se mantendrán confidenciales y solo AccessHealth y los socios del programa See to Succeed tendrán acceso a estos registros. Autorizo a STS y/o sus socios a 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 (si está asegurado). Doy mi consentimiento para que AccessHealth acceda a los datos de rendimiento escolar. 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.

1. ❑**Sí** ❑ **No** doy mi consentimiento para que mi hijo reciba un examen de la vista, anteojos y seguimiento si es necesario en la clínica STS.
   ***1a. *Si es así**, ¿qué barreras le ayuda STS a eliminar? (marque todas las que correspondan)* ☐*Costo del examen* ☐*Costo de lentes* ☐ *No aseguranza* ☐*No transportación* ☐*Distancia al doctor* ☐*No hay citas disponibles* ☐*Trabajo* ☐*Otro:* _____
2. ❑**Sí** ❑ **No** doy mi consentimiento para que el optometrista realice un examen de los ojos dilatados durante la clínica STS. *** (consulte la página 6 de este paquete para obtener información sobre la dilatación)***
3. ❑**Sí** ❑ **No** doy mi consentimiento para que mi hijo sea fotografiado y/o grabado para su uso en medios electrónicos, digitales, impresos y/o externos. Entiendo que mi decisión **no** afectará si mi hijo recibe 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 maestros/patrocinadores entre las horas escolares. Esto es para certificar que el niño 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 de Padre/Madre/Guardián **Fecha**

see to succeed | HOUSTON HEALTH DEPARTMENT | accesshealth

Student Information Form

To be completed by school staff:
Student ID -
School Name -

Student Name:_____ Birth date:_____ 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: _____

❑ Home Phone: _____ Mobile Phone: _____ ❑ Text Message
❑ Voicemail ❑ Mail ❑ Email _____

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 an AccessHealth 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 time
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		
*Cerebral Palsy	Y / N	Is your daughter currently pregnant?	Y / N
*Down Syndrome	Y / N		
*Intellectual disability	Y / N	Has child had to repeat a grade?	Y / N
*Wheelchair/Mobility	Y / N		
*Hearing impaired	Y / N		
*Legally blind	Y / N	Other condition(s):	
*Nonverbal	Y / N	_____	
		_____	

see to succeed™ HOUSTON HEALTH DEPARTMENT
accesshealth™

Formulario de Información del Estudiante

To be completed by school staff:
Student ID -
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 del contacto adicional: _____ Número de teléfono: _____

Indique que métodos da permiso para comunicarnos con usted: Idioma preferido: _____
❑ Teléfono de casa: _____ ❑ Teléfono móvil: _____ ❑ Mensaje de texto
❑ Mensaje de voz ❑ Correo ❑ Correo electrónico _____

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 AccessHealth se comunique con usted para conectarlo con los servicios solicitados).

Historial de Salud del Estudiante

¿Cuándo fue la última vez que su hijo/a tuvo un examen de la vista? Mes: _____ Año: _____ ❑ Esta será la primera vez

¿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		¿Su hija está embarazada actualmente?	Sí / No
*Parálisis cerebral	Sí / No			
*Síndrome de Down	Sí / No			
*Discapacidad mental	Sí / No		¿Su hijo/a ha tenido que repetir un grado en la escuela?	Sí / No
*Silla de ruedas / movilidad	Sí / No			
*Discapacidad auditiva	Sí / No		Otras condiciones:	
*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 (281) 342-4530. When you sign the general consent, you are giving AccessHealth permission to access your child's school records regarding attendance, behavior, and academic performance. These records will be used to evaluate the program's effectiveness. When you sign the general consent, you are agreeing 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.

STS Partners
The following are partners of the See to Succeed Program: Houston Health Foundation, Essilor Vision Foundation, Berkeley Eye Center, University of Houston College of Optometry, Texas Women's University, Prairie View A&M University, San Jacinto College and AccessHealth. During certain STS clinics, partners may bill for any and all charges incurred in connection with the diagnosis, care and treatment, directly to the insurance carrier. 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 AccessHealth and 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 AccessHealth to correct any information that is determined to be incorrect. For further information, please contact AccessHealth at seetosucceed@myaccesshealth.org.

Dilated Fundus Exam:
The state board of optometry may require a dilated fundus exam as part of an eye examination performed by a licensed optometrist. A dilated fundus exam is a thorough exam of the peripheral retina aided by the use of topical dilating eye drops. Dilation may also be performed to relax the focusing muscles of the eye, for the purposes of finalizing the glasses prescription. This procedure is used to diagnose abnormalities of the retina such as detachments, tears, tumors, infections, hemorrhages and genetic abnormalities. The dilating drops will leave the pupils dilated for approximately 8 to 24 hours. During this period, the patient may experience blurry vision and light sensitivity. Reading or seeing up close may be difficult during this time period. On rare occasion, people may experience an allergic reaction. Please seek immediate medical care if you believe your child is experiencing an allergic reaction. You have the right to refuse dilation as well as any medical procedure.

Permission to Photograph Child
This event may be photographed or filmed by See to Succeed and/or its partners for internal and/or external communications for future use in publications, videos or other educational presentations. When these photographs/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. Photographs/footage will not be used for advertising or eyewear product endorsement. Photos/videos help us raise funds and awareness of See to Succeed 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.
See to Succeed does not provide breakage protection warranty on the glasses. Please contact AccessHealth for glasses that are lost, stolen, or broken. 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 (281) 342-4530. Al firmar el consentimiento general, usted otorga permiso AccessHealth y al Departamento de Salud de Houston para tener acceso a los registros escolares de su hijo/a respecto a la asistencia, comportamiento y desempeño académico. Estos registros se usarán para evaluar la efectividad del programa. 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.

Socios de STS
Los siguientes son socios del programa See to Succeed: Houston Health Foundation, Essilor Vision Foundation, Berkeley Eye Center, University of Houston College of Optometry, Texas Women's University, Prairie View A&M University, San Jacinto College, y AccessHealth. 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 AccessHealth y la Ciudad de Houston recopila sobre usted. Tiene derecho a recibir y revisar la información cuando lo solicite. También tiene derecho a solicitar a AccessHealth que corrija cualquier información que se determine incorrecta. Para más información, comuníquese con AccessHealth a través de seetosucceed@myaccesshealth.org.

Examen de Fondo Dilatado:
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. Un examen de fondo dilatado es un examen minucioso de la retina periférica auxiliado por el uso de gotas tópicas de dilatación para los ojos. Este procedimiento se usa para diagnosticar anomalías de la retina tal como desprendimientos, desgarres, tumores, infecciones, hemorragias y anomalías genéticas. También se puede realizar la dilatación para relajar los músculos que ayudan al enfoque de los ojos, con el propósito de finalizar la prescripción de lentes. Las gotas de dilatación dejaran las pupilas dilatadas por aproximadamente 8 a 24 horas. Durante este periodo el paciente puede sentir vista borrosa y sensibilidad a la luz. Puede ser difícil leer o ver de cerca durante este periodo de tiempo. En raras ocasiones, las personas pueden tener una reacción alérgica. Busque atención médica inmediata si cree que su hijo/a está teniendo una reacción alérgica. Usted tiene el derecho a rechazar la dilatación, así como cualquier procedimiento médico.

Permiso para Fotografiar al Niño/a
Este evento puede ser fotografiado o filmado por See to Succeed y/o sus socios para comunicaciones internas y/o externas para su uso futuro en publicaciones, videos y otras presentaciones educativas. Cuando se usen estas fotografías/imágenes de esta manera, el historial clínico de su hijo y otros resultados del examen de vista también se pueden usar para describir la salud y condición de los ojos de su hijo/a. Sin embargo, en ningún momento se hará público el nombre de su hijo/a. Las fotografías o filmación no se usarán para publicidad, promoción de productos de ojos, y / o uso comercial. Las fotos y videos nos ayudan a recaudar fondos y crear conciencia sobre See to Succeed 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.
See to Succeed no ofrece garantía de protección contra roturas en los lentes. Por favor, comuníquese con AccessHealth en caso de 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.

We're Here to help!

AccessHealth's Care Coordination team can help you and your family find local resources and services that support your health and well-being , including:

- Food assistance and healthy eating information
- Transportation resources
- Housing and utility assistance
- Clothing and basic needs
- Childcare resources
- Help applying for benefits and community programs
- Legal aid referrals
- Pregnancy and new patient support
- Education and support for long-term health conditions
- Access to Medical, Dental, Vision and Behavioral Health providers

Some services and programs may only be available to eligible AccessHealth patients.

Call (832) 957-6187 and ask to speak with a Community Health Worker.

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.

Act. e ahora para corregir el problema de vista de su hi o:

- 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.

¡Estamos Aquí para Ayudarle!

El equipo de Coordinación de Atención de AccessHealth puede ayudarle a usted y a su familia a encontrar recursos y servicios en la comunidad que apoyen su salud y bienestar, incluyendo:

- Ayuda para obtener alimentos e información sobre alimentación saludable
- Recursos de transporte
- Ayuda con vivienda y servicios públicos
- Ropa y otras necesidades básicas
- Recursos para el cuidado de niños
- Ayuda para solicitar beneficios y programas comunitarios
- Referencias a servicios de asistencia legal
- Apoyo durante el embarazo y para nuevos padres
- Educación y apoyo para el manejo de condiciones de salud a largo plazo
- Acceso a proveedores de servicios Médicos, Dentales, de la Vista y de Salud Conductual

Algunos servicios y programas pueden estar disponibles únicamente para pacientes de AccessHealth que cumplen con los requisitos de elegibilidad.

Llame al 832-957-6187 y solicite hablar con un Promotor(a) de Salud Comunitaria.



accesshealth™

OPTOMETRY

COMING NOVEMBER - 2026



Our skilled optometrist and team of opticians provide expert and personalized care to meet your individual eye health needs.

OUR SERVICE:

- Precise Lens Fitting and Adjustments
- Comprehensive Eye Examinations
- Prescription Glasses and Contact Lenses

AccessHealth
East Fort Bend Clinic
7707 Hwy 6, Building B,
Missouri City, TX 77459

AccessHealth is dedicated to excellence in providing integrated healthcare services to improve the quality of life in the communities it serves.



accesshealth™

OPTOMETRÍA

LLEGA EN NOVIEMBRE- 2026



Nuestro optometrista experto y nuestro equipo de ópticos brindan atención experta y personalizada para satisfacer sus necesidades individuales de salud ocular.

NUESTRO SERVICIO:

- Ajustes y Adaptaciones Precisas de Lentes
- Exámenes Oculares Completos
- Gafas Graduadas y Lentes de Contacto

AccessHealth
East Fort Bend Clinic
7707 Hwy 6, Building B,
Missouri City, TX 77459

AccessHealth se dedica a la excelencia en la prestación de servicios de atención médica integrados para mejorar la calidad de vida en las comunidades a las que sirve.

(281) 342-4530 **www.myaccesshealth.org**