



**MOBILE VISION SERVICES  
CONSENT AND RELEASE FORM**



Dear Parent/Guardian,

Vision To Learn is a nonprofit organization that offers eye exams and glasses to kids at no cost on behalf of L.A. Care Health Plan and Health Net. Vision To Learn will be bringing its mobile vision care clinic to your child's school to provide eye exams and glasses to children who need them. If you would like to give your child permission to participate in this program, please complete and sign this form. Return the completed form to the school nurse. **There is no cost for your child to participate in the program.**

However, if your child is a member of L.A. Care or Health Net, then the services offered to your child will be covered by Medi-Cal.

**PLEASE PRINT OR TYPE:**

<b>REQUIRED:</b>	
Child's First Name: <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/>	Child's Last Name: <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/>
Child's Date of Birth:    Month    Date    Year <input style="width:20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width:20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width:20px; height: 20px;" type="text"/>	Child's Gender (please check one): <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
Parent/ Guardian First Name: <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/>	Parent/ Guardian Last Name: <input style="width:95%; height: 20px;" type="text"/>

**CONTACT INFORMATION:**

Street Address:	Unit/ Apt:	City:	State:	Zip:
Phone Number:	Emergency Phone Number:	Email:		

**SCHOOL INFORMATION:**

Name of School:	Name of Teacher:
Grade:	Classroom:

**OPTIONAL:**

**INSURANCE INFORMATION:**

Child Has Medi-Cal

Provider (circle one):	L.A. CARE	HEALTHNET	I.D. Number:
------------------------	-----------	-----------	--------------

Child Has Private Insurance

Provider:	I.D. Number:
-----------	--------------

Child Is Uninsured

By signing this form, I agree to allow my child to receive vision care services through Vision To Learn's mobile vision clinic. I acknowledge that I have the right to refuse any services provided by Vision To Learn but that I am choosing voluntarily for my child to receive vision services. I understand that my child is allowed one eye exam, one pair of frames and the dispensing of one pair of glasses every 24 months as a member of L.A. Care or Health Net. I understand that receiving vision services through Vision To Learn's mobile vision clinic will not disqualify me from accessing non-mobile services for vision care. I also authorize the release of any medical or related information required for L.A. Care, Health Net or the Provider to submit a claim and receive payment from Medi-Cal, where applicable, for vision services provided to my child. I agree that I am waiving any and all claims against the school where my child is a student that may arise from my child's participation in the program. My signature shows that I have read and understood this voluntary Consent and Release and I agree to its provisions.

Parent/ Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



# CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE VISION Y FORMA DE LIBERACION



Estimado padre/tutor,

Vision to Learn es una organización sin fines de lucro que ofrece exámenes de la vista y anteojos para niños sin costo alguno por medio de LA CareHealth Plan y Health Net. Vision to Learn traerá su clínica móvil a la escuela de su hijo/a para proporcionar exámenes de la vista y anteojos a los niños que los necesitan. Si desea dar permiso a su hijo/a para participar en este programa, por favor complete este formulario. Envíe el formulario completo a la enfermera de la escuela. **No hay ningún costo para que su hijo/a participe en el programa.**

Sin embargo, si su hijo/a es miembro de LA Care o Health Net, los servicios que ofrecemos a su niño/a serán cubiertos por Medi-Cal.

## Favor de escribir en letra de molde:

<b><u>OBLIGATORIO:</u></b>			
Primer nombre del niño/a:		Apellido del niño/a:	
Fecha de Nacimiento:	Mes <input type="text"/> / Día <input type="text"/> / Año <input type="text"/>	Sexo (favor de seleccionar): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Primer nombre de Padre/Tutor:		Apellido de Padre/Tutor:	

## INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Domicilio:	Unidad/ Apt:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono:	Teléfono de Emergencia:		Correo Electrónico:	

## INFORMACIÓN DE LA ESCUELA:

Nombre de la Escuela:	Nombre del Maestro/a:
Grado:	Numero de Salón:

## INFORMACION DE SEGURO MEDICO:

### OPCIONAL:

ESTUDIANTE TIENE MEDI-CAL

Proveedor (Circular uno): L.A. CARE    HEALTHNET	Numero de I.D.:
--	-----------------

ESTUDIANTE TIENE SEGURO PRIVADO

Proveedor:	Numero de Póliza:
------------	-------------------

ESTUDIANTE NO TIENE SEGURO

Al firmar este formulario, estoy de acuerdo en permitir que mi hijo/a reciba servicios de cuidado de la vista a través de la clínica móvil Vision to Learn. Reconozco que tengo el derecho de rechazar cualquier servicio proporcionado por Vision to Learn, pero que estoy eligiendo voluntariamente para que mi hijo/a reciba servicios de la vista. Entiendo que a mi hijo/a se le permite un examen de vista, un armazón, y la dispensación de un par de anteojos cada 24 meses como miembro de LA Care o Health Net. Entiendo que al recibir servicios de la vista a través de Vision to Learn no me descalifica el acceso a los servicios de la vista fuera de la clínica móvil. También autorizo la publicidad de cualquier información medica o relacionada a LA Care, Health Net, o el proveedor para presentar una reclamación y recibir pago de Medi-Cal, donde sea aplicable, por los servicios rendidos a mi hijo/a. Estoy de acuerdo que estoy renunciando a todo reclamo contra la escuela donde mi hijo/a es estudiante que pueda surgir por la participación de mi hijo/a en el programa. Mi firma indica que he leído y entendido este consentimiento voluntario y Liberación y estoy de acuerdo con sus disposiciones.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_