

Dear Parent/Guardian:

Your child has failed a vision screening. It is important that your child gets a vision exam soon. Your child's ability to read and pay attention in class may be difficult if the vision problem is not corrected.

The See to Succeed (STS) program provides vision exams and eye glasses 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 STS eye clinic.

Parent Name: _____ Phone Number: _____

Parent Email Address: _____

Child's Name: _____ School Name: _____

☐ **Yes**, my child has permission to participate and receive an eye exam and glasses if needed.

☐ **No**, my child will not participate because: *

☐ I will take my child to an eye doctor.

☐ I believe my child does not need glasses.

☐ I need more information about the See to Succeed program

☐ Other: _____

****If your child is not participating, Stop here and return this form to your child's school nurse.***

I give consent for my child to receive eye exam and eyewear, and if needed referral with follow up during the 2019-2020 school year. I understand that a licensed eye doctor will perform the exam, I understand that my child may receive glasses only if needed at no cost.

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 the Houston Health Department and See to Succeed program partners will have access to the records. I give consent for the Houston Health Department to access school performance data.

☐ **I Do** ☐ **I Do Not** give STS clinic consent for my child to receive an eye exam, eyewear and follow-up if needed.

☐ **I Do** ☐ **I Do Not** give my permission for the optometrist to perform a dilated eye exam during the STS clinic.

☐ **I Do** ☐ **I Do Not** give my permission for my child to be filmed or photographed for educational purposes and understand that my decision will not affect whether my child receives an eye exam or glasses at the STS Clinic.

√ _____

Signature of Parent/Guardian

√ _____

Date



**HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
TRANSPORTATION CONSENT**

A field trip to West End Health Center has been scheduled. The trip will be made by school bus and will be accompanied by teachers-sponsors between the hours of 8:00am and 2:00pm. This is to certify that the child named on this consent has your permission to go on the field trip to the See to Succeed partnership event. In case of emergency you will be contacted on the phone number provided on this consent.

√ _____

Signature of Parent/Guardian

√ _____

Date

Please return this completed and signed form to your child's school

Estimado/a Padre/Madre/Guardián:

Su hijo/a no pasó la revisión de vista. Es importante que su hijo/a obtenga un examen de la vista pronto. La capacidad de su hijo/a para leer y poner atención en clase puede ser difícil si no se corrige el problema de la vista.

El programa de *See to Succeed* o STS (Ver para tener éxito) proporciona exámenes de la vista y lentes para niños entre 6-18 años de edad sin ningún costo para usted. Con la forma de consentimiento firmada, su hijo/a asistirá a una visita escolar con acompañamiento, gratuita a una clínica de la vista de STS.

Nombre de padre/madre/guardián: _____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre de Estudiante: _____ Nombre de la escuela: _____

☐ **Sí**, mi hijo/a tiene permiso para participar y recibir un examen para los ojos y lentes si lo necesita.

☐ **No**, mi hijo/a no participará porque: *

☐ Yo llevaré a mi hijo/a con un optometrista.

☐ Creo que mi hijo/a no necesita lentes.

☐ Necesito más información sobre el programa *See to Succeed*

☐ Otra razón: _____

****Si su hijo/a no va a participar, Pare Aquí, y regrese esta forma a la enfermera de la escuela de su hijo/a.***

Otorgo el consentimiento para que mi hijo/a reciba un examen para los ojos y lentes, y si es necesario, un referido para seguimiento durante el año escolar 2019-2020. Entiendo que un oculista licenciado/a realizara el examen, y entiendo que mi hijo/a puede recibir lentes sin ningún costo, solo si es necesario.

Entiendo que yo o mi hijo/a pueden ser contactados por teléfono o correo para propósitos de evaluación adicionales.

Entiendo que estos registros se mantendrán confidenciales y que solo el Departamento de Salud de Houston y los socios del programa de *See to Succeed* tendrán acceso a los registros. Doy consentimiento al Departamento de Salud de Houston para tener acceso a los datos de desempeño escolar.

☐ **Sí Doy** ☐ **No Doy** mi consentimiento a la clínica de STS para que mi hijo/a reciba un examen de los ojos, lentes y seguimiento si es necesario.

☐ **Sí Doy** ☐ **No Doy** mi consentimiento al optometrista para que haga un examen ocular con dilatación.

☐ **Sí Doy** ☐ **No Doy** mi consentimiento para que mi hijo/a sea filmado o fotografiado y entiendo que mi decisión no afectara si mi hijo/a recibe un examen de ojos o lentes en la clínica de STS.

√ _____

Firma de Padre/Madre/Guardián

√ _____

Fecha



**HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
TRANSPORTATION CONSENT**

Se ha programado un viaje escolar al West End Health Center. El viaje se realizará en autobús escolar y será acompañado por los maestros-patrocinadores entre las 8:00am and 2:00pm. El presente es para certificar que el niño indicado en este consentimiento tiene su permiso para ir al viaje escolar para el evento de asociación de *See to Succeed*. En caso de emergencia, se pondrán en contacto con usted en el numero telefónico provisto en este consentimiento.

√ _____

Firma de Padre/Madre/Guardián

√ _____

Fecha

Regrese esta forma completa y firmada a la escuela de su hijo/a



Student ID (filled out by school staff) : _____ **School Name:** _____

Student Name: _____ **Birth date:** _____ **Grade:** _____ **Male** ☐ **Female** ☐

Student Address: _____ **Zip Code** _____

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 or Guardian Name: _____ **Preferred language:** _____

Emergency Contact Phone Number: _____

Indicate which methods we have permission to reach you:

☐ Home Phone: _____

☐ Voicemail

☐ Mail

☐ Mobile Phone: _____

☐ Text Message

☐ Email: _____

Please complete the insurance information below so that we may bill for eligible services provided and help coordinate any follow-up or referral care needed. Your child will still receive an exam if not insured, no cost to you.

☐ Medicaid

☐ Private Insurance

Medical Insurance: _____ **Member ID:** _____

☐ CHIP

☐ No Insurance

Vision Insurance: _____ **Member ID:** _____

Student Health History

Please complete the following health history for your child.

When was the last time your child had an eye exam? **Month:** _____ **Year:** _____

Please tell us about any eye problems your child is having. _____

Does your child have any allergies (food, medicine, other)? **Yes / No** List Allergies: _____

Is your child taking any medications? **Yes / No** List medications: _____

Has your child had any recent or major surgeries? **Yes / No** List Surgeries: _____

Has your child ever had any of the following conditions with his or her eyes? (circle response)

Uses Glasses Yes No

Uses Contacts Yes No

Cataracts Yes No

Color Vision Defect Yes No

Double Vision Yes No

Dry Eyes Yes No

Eye Infections Yes No

Eye Injuries Yes No

Eye Surgery Yes No

Flashes of Light Yes No

Floaters Yes No

Glaucoma Yes No

Lazy Eye Yes No

Vision Therapy Yes No

Does your child or any immediate family member (parent, grandparent, or sibling) have any of the following health conditions? (circle response)

ADHD Child Family Member

Asthma Child Family Member

Diabetes Child Family Member

Glaucoma Child Family Member

Headaches Child Family Member

High Blood Pressure Child Family Member

Seizure Child Family Member

Sinus Problems Child Family Member

Is your child Currently pregnant? Yes No

Other: _____



ID del estudiante (llenado por la escuela): _____ Nombre de escuela: _____

Nombre de estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Hombre ☐ Mujer ☐
Dirección de estudiante: _____ 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 ☐ Caucásico ☐ Otro ☐ No lo sé

Etnicidad (marque solo una)

- ☐ Hispano
☐ No Hispano

Nombre de padre, madre o guardián: _____ Idioma preferido: _____
Numero de teléfono de contacto de emergencia: _____

Indique que métodos tenemos permiso para comunicarnos con usted:

- ☐ 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 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: _____

Historial de Salud del Estudiante

Por favor, complete el siguiente historial de salud para su hijo/a.

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

Por favor, díganos sobre cualquier problema de la vista que tenga su hijo/a. _____

¿Su hijo/a tiene alguna alergia? (alimentos, medicinas, otros)? **Si / No** Lista de alergias: _____¿Su hijo/a está tomando algún medicamento? **Si / No** Lista de medicamentos: _____¿Su hijo/a tuvo alguna cirugía reciente o importante? **Si / No** Lista de cirugías: _____

¿Su hijo/a ha tenido cualquiera de las siguientes condiciones con sus ojos? (Circule la respuesta)

Usa lentes	Sí	No
Usa lentes de contacto	Sí	No
Cataratas	Sí	No
Defecto de vista de color	Sí	No
Vista doble	Sí	No
Ojos secos	Sí	No
Infecciones en los ojos	Sí	No
Lesiones en los ojos	Sí	No
Cirugía en los ojos	Sí	No
Relámpagos de luz	Sí	No
Flotantes	Sí	No
Glaucoma	Sí	No
Ambliopía	Sí	No
Terapia de la vista	Sí	No

¿Su hijo/a o cualquier familiar cercano (padres, abuelos, o hermanos) han tenido alguna de las siguientes condiciones de salud? (Circule la respuesta)

ADHD	Niño/a	Familiar
Asma	Niño/a	Familiar
Diabetes	Niño/a	Familiar
Glaucoma	Niño/a	Familiar
Dolores de cabeza	Niño/a	Familiar
Alta presión sanguínea	Niño/a	Familiar
Convulsiones	Niño/a	Familiar
Problemas de sinusitis	Niño/a	Familiar

¿Está su hija embarazada actualmente? **Si / No**

Otro: _____

PARENT INFORMATION SHEET – ENGLISH

The goal of See to Succeed (STS) is to provide a full eye exam and glasses to children that are identified by school nurses as failing the vision screening.

General Consent for Vision Services

You must sign a consent form for your child to participate in the STS program. For questions about the services provided by STS, please contact the STS clinic at 832.393.5088. When you sign the general consent you are giving the Houston Health Department 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, Walmart, San Jacinto College, and OneSight.

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>

Waiver of 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. 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 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 filed by See to Succeed for internal communications for future use in publications, video tapes 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, eyewear product endorsement, and/or commercial use. Photos help us raise funds 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. See to Succeed will not replace glasses that are lost, stolen or broken; but you can always request a copy of the prescription for your records.**



HOJA DE INFORMACION PARA LOS PADRES- ESPANOL

El propósito de *See to Succeed* (STS) es proporcionar un examen de ojos completo y lentes a los niños que son identificados por las enfermeras de la escuela como fallando el examen de vista o con necesidades visuales.

Consentimiento General para Servicios de la Vista

Debe firmar una planilla 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 832-393-5800.

Al firmar el consentimiento general, usted otorga permiso al Departamento de Salud de Houston para tener acceso a los registros 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, Walmart, San Jacinto College, y OneSight.

Notificación de Privacidad

Con pocas excepciones, usted tiene el derecho a solicitar y estar informado sobre la información que la Ciudad de Houston colecciona sobre usted. Usted podrá recibir y revisar la información si lo solicita. 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 Practicas de Privacidad en la siguiente página: <https://www.houstontx.gov/health/documents/Notice-of-Privacy-Practices-2018-Spanish.pdf>.

Autorización para 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 tales como desprendimientos, desgarros, tumores, infecciones, hemorragias y anomalías genéticas. Las gotas de dilatación dejaran las pupilas dilatadas por aproximadamente 8 a 24 horas. Durante este periodo el paciente puede sentir visión borrosa y sensibilidad a la luz. Puede ser difícil leer durante este periodo de tiempo. En raras ocasiones, las personas pueden tener una reacción alérgica. Por favor, 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 archivado por See to Succeed para comunicaciones internas para su uso futuro en publicaciones, cintas de video u otras presentaciones educativas. Cuando se usen estas fotografías/imágenes de esta manera, el historial del caso de su hijo/a 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/filmación no se usarán para publicidad, promoción de productos de ojos, y/o uso comercial. Las fotografías nos ayudaran a recaudar fondos 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 a seleccionar un par de lentes que sean adecuados para su receta, forma y rasgos faciales.

See to Succeed no proporciona ninguna garantía de protección contra rompimiento en los lentes. See to Succeed no reemplazara lentes que se pierdan, sean robados o se rompan, pero usted puede pedir una copia de la prescripción o receta.

PARENT FACT SHEET



Things every patient should know about vision:

- Children cannot judge if their vision is impacting their school work.
- 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.



We Can Help:

- Your child can get eye glasses 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 form.
- Return the completed form to your child's school by _____
- 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 available any necessary medications and/or food that will be needed during this field trip.

HOJA INFORMATIVA PARA PADRES



Las cosas que cada padre debe saber sobre la visión:

- Los niños no pueden juzgar si su vista está afectando su trabajo escolar.
- Los problemas de la vista que no se corrigen pueden reducir la capacidad del estudiante para leer, concentrarse y procesar información.
- La vista saludable es una parte crítica del buen aprendizaje en la escuela.
- El 80% del aprendizaje durante los primeros 12 años de un niño se obtiene a través de la vista (Fuente: Journal of Behavior Optometry).
- Se estima que el 25% de los niños de edad escolar tienen problemas de la vista. (Fuente: American Optometric Association).
- Los niños deben hacerse un examen ocular completo con dilatación, mínimo una vez al año.
- No todos los problemas de visión son obvios. A veces las personas pueden tener “visión 20/20” y de todas maneras tener un problema ocular o enfermedad.



Podemos Ayudar:

- Su hijo/a puede conseguir lentes sin ningún costo a 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 pueden estar disponibles cupones.
- En una clínica para la vista, un proveedor licenciado revisará la vista de su hijo/a y recetará lentes si es necesario.
- Su hijo/a escogerá su propio marco para los lentes después del examen si necesita lentes.
- Los lentes se entregarán a la escuela en un plazo de 6 semanas después de la clínica de la visión.



Actué ahora para corregir el problema de la visión de su hijo/a:

- Llene el formulario de consentimiento parental adjunto.
- Regrese el formulario completo a la escuela de su hijo/a antes del día: _____
- El proceso completo, desde el registro en el momento de la cita mencionado a la terminación del examen de los ojos y lentes, tomara de 2-4 horas. Por favor, haga los arreglos necesarios para asegurarse que su hijo/a tenga disponible cualquier medicamento y/o alimentos necesarios durante esta excursión de la escuela.