Estado de Illinois
Departamento de Salud Pública

Formulario de Exención de Examen de la Vista

Favor de imprimir:

Nombre del/la Estudiante _____ (Primer Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial del Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento _____ (Día/Mes/Año) Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

Nombre de la Escuela _____ Grado _____

Dirección del/la Estudiante _____ (Calle) _____ (Ciudad) _____ (Código Postal)

Teléfono _____ (Incluya el Código de Área)

Padre/Madre/Guardián _____ (Primer Apellido) _____ (Nombre)

Dirección del Padre/Madre/Guardián _____ (Street) _____ (City) _____ (Código Postal)

No puedo obtener el examen de la vista requerido porque:

☐ Mi hijo/a está inscrito en asistencia médica/ALL KIDS, pero en nuestra comunidad no podemos encontrar un médicoque realice exámenes de la vista o un optometrista que pueda examinar a mi hijo/a y acepte asistencia médica/ALLKIDS.

☐ Mi hijo/a no tiene ningún tipo de cobertura médica o de cuidado de la vista/ojos, mi hijo/a no califica para asistenciamédica/ALL KIDS, no hay clínicas de bajo costo de visión/ojos en nuestra comunidad que puedan atender a mihijo/a, y he agotado todos los demás medios y no tengo suficientes ingresos para proporcionarle un examen de lavista a mi hijo/a.

☐ Otro problema inesperado o falta de acceso a un optometrista o a un médico que realiza exámenes de la vista:

Explica:

Firma _____ Fecha _____

Impreso por la Autoridad del Estado de Illinois 5/26 IOCI 26-1546