



EYE EXAMS and GLASSES for your child at Penasco School District

Adventure Vision, an Albuquerque based children’s vision practice, will be hosting an eye exam event at the Penasco School District. This is an opportunity for children of the district to receive an onsite, comprehensive eye exam, by a licensed Optometrist. After the exam, if glasses are needed, Adventure Vision will have a large selection of children’s frames to choose from!

In order for your child to receive an eye exam, the school site must receive the following form

Event Information:
Where: Penasco Municipal Schools
When: Tuesday, September 13th and Wednesday, September 14th
What: Eye Exams for Penasco School District Students (Medicaid or Uninsured)

In order for your child to receive an eye exam, the school site must receive the following forms completed with the requested information in order to add your child to the schedule. Appointment availability is limited, and students will be accepted in the order forms are received.

- Consent form (sign below)
- Patient Information Form (2 pages)
- Patient Medical History (1 page)

Student Information

Name: _____ Gender: M F

Date of Birth: _____ Age: _____ Phone# _____

When did your child last visit the eye doctor? In the past 6 months In the past year More than a year Never

What is the name of the eye doctor? _____ Does your child wear glasses? YES NO

Parent Consent

As the parent/legal guardian of the child listed above, I give consent for the following: (Check Yes or No for each)

- For my child to have a full eye exam with Adventure Vision: YES NO
- For a representative of the school district to be present for the appointment if needed YES NO
 - (i.e., help pick out glasses, sign off on glasses when dispensed)
- For Adventure Vision to process insurance claims on my behalf for services/materials: YES NO
 - Medicaid covers an annual eye exam and glasses. There is no out of pocket expense.
 - If a child is uninsured Adventure Vision will partner with Lions Club Operation KidSight for possible coverage of services
- For my child to receive dilation drops only if needed. YES NO
 - In some cases, dilation might be needed in order to complete full exam. Dilation drops are to enlarge the pupil allowing the doctor to see inside the eye. These drops will not harm the eye. The child might experience blurry vision and light sensitivity if dilation drops are given. The pupil will appear larger than normal but will return to normal size within a few hours.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Parent/Guardian Name (printed) _____

General Dentistry, Vision and Orthodontics for Children and Young Adults!

5000 Menaul Blvd. NE, Suite B, Albuquerque, NM 87110 | (P) (505) 872-1212 | (F) (877) 553-0587

EXAMEN DE VISTA y ANTEOJOS para su hijo en el Distrito Escolar de Penasco

Adventure Vision, una clínica de visión para niños con sede en Albuquerque, presentará un evento de exámenes oculares con el Distrito Escolar de Penasco. Esta es una oportunidad para que los niños del distrito reciban un examen de la vista completo allí mismo por un optometrista con licencia. Después del examen, si se necesitan anteojos, ¡Adventure Vision ofrecerá una gran selección de marcos de niños para elegir!

Información del evento:

Donde: Penasco Municipal Schools

Cuando: Martes, Septiembre 13th and Miercoles, Septiembre 14th

Que: Eye Exams for Penasco School District Students (Medicaid or Uninsured)

Qué: Exámenes de la vista para los estudiantes del Distrito Escolar de Melrose (con Medicaid o sin seguro médico) **Para que su hijo/a reciba un examen ocular**, la escuela debe recibir los siguientes formularios completados con la información solicitada lo más pronto posible para poder agregar a su hijo/a al horario. La disponibilidad de citas es limitada, y se aceptarán a los estudiantes en el orden en que se reciban los formularios.

- Formulario de consentimiento (firme abajo)
- Formulario de información del paciente (2 páginas)
- Formulario de historial médico del paciente (1 página)

Información de estudiante

Nombre: _____ Sexo: M F

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ N.º de teléfono: _____

¿Cuándo fue la última vez que su hijo visitó al oftalmólogo? En los últimos 6 meses En el último año Más de un año Nunca

¿Cuál es el nombre del oftalmólogo? _____ ¿Lleva gafas su hijo/a? SÍ NO

Consentimiento de los padres

Como padre/tutor legal del niño mencionado arriba, doy mi consentimiento para lo siguiente:

(Marque Sí o No para cada uno)

1. Para que mi hijo/a tenga un examen ocular completo con Adventure Vision: sí NO
2. Para que un(a) representante del distrito escolar esté presente en la cita si es necesario sí NO
 1. (por ejemplo, ayuda a elegir las gafas, firmar para las gafas cuando se dispensan)
3. Para que Adventure Vision procese las reclamaciones del seguro en mi nombre por los servicios/materiales: sí NO
 1. Medicaid cubre un examen anual de la vista y gafas. No hay gastos de bolsillo.
 2. Si un niño no tiene seguro, Adventure Vision se asociará con Operation KidSight del Club de Leones para la posible cobertura de los servicios
4. Para que mi hijo/a reciba gotas de dilatación sólo si es necesario. sí NO
 1. En algunos casos, la dilatación podría ser necesaria para completar el examen completo. Las gotas de dilatación son para agrandar la pupila permitiendo al médico ver dentro del ojo. Estas gotas no dañan el ojo. El niño puede

General Dentistry, Vision and Orthodontics for Children and Young Adults!



General Dentistry, Vision and Orthodontics for Children and Young Adults!

5000 Menaul Blvd. NE, Suite B, Albuquerque, NM 87110 | (P) (505) 872-1212 | (F) (877) 553-0587