



Guía en español para el formulario de consentimiento

Spanish Translation Guide for the Online Consent Form

Esta guía es solo una traducción de referencia. No escriba sus respuestas en este documento. Complete y envíe el formulario en línea en inglés. Busque el texto en inglés que aparece debajo de cada traducción para encontrar el campo correspondiente.

Si su hijo(a) no aprueba el examen inicial de la vista, califica para recibir un examen de la vista realizado por un optometrista autorizado de Kids Vision for Life St. Louis y un par de anteojos con receta sin costo.

Si es necesario, deseo que mi hijo(a) reciba un examen de la vista y anteojos sin costo.

Información del estudiante

1 Nombre del estudiante

Student's First Name

2 Apellido del estudiante

Student's Last Name

3 Fecha de nacimiento del estudiante

Student's Date of Birth

Ingrese la fecha en el orden mes/día/año.

4 Género del estudiante

Student's Gender

Male = Masculino • Female = Femenino • Other = Otro

5 Número de identificación de Medicaid

Medicaid ID Number

Déjelo en blanco si no corresponde.

6 Nombre de la escuela

School Name

7 Nombre del distrito escolar

District Name

Antecedentes de salud

8 ¿Usa anteojos su hijo(a)?

Does your child wear glasses?

En el formulario: Yes = Sí • No = No

9 ¿Recibió su hijo(a) un examen de la vista el año pasado?

Did your child receive an eye exam last year?

En el formulario: Yes = Sí • No = No

10 ¿Alguna vez se ha lesionado los ojos su hijo(a)?

Has your child ever injured his/her eyes?

En el formulario: Yes = Sí • No = No

11 Describa la lesión.

Please describe the injury.

Este campo aparece si selecciona Yes (Sí).

12 ¿Algún miembro de su familia padece alguna afección médica?

Do any of your family members suffer from any medical conditions?

En el formulario: Yes = Sí • No = No

13 Describa la afección.

Please describe the condition.

Este campo aparece si selecciona Yes (Sí).

14 ¿Padece su hijo(a) alguna afección médica?

Does your child suffer from any medical conditions?

En el formulario: Yes = Sí • No = No

15 Describa la afección médica de su hijo(a).

Please describe the child's medical condition

Este campo aparece si selecciona Yes (Sí).

16 ¿Toma actualmente algún medicamento su hijo(a)?

Is your child currently taking any medications?

En el formulario: Yes = Sí • No = No

17 Enumere todos los medicamentos que toma actualmente su hijo(a).

Please list any current medications the child is taking.

Este campo aparece si selecciona Yes (Sí).

18 ¿Tiene alguna alergia su hijo(a)?

Does your child have any allergies?

En el formulario: Yes = Sí • No = No

19 Enumere las alergias conocidas de su hijo(a).

Please list the child's known allergies

Este campo aparece si selecciona Yes (Sí).

Autorización para fotografías y otros medios

20 ¿Nos autoriza a crear y distribuir imágenes, grabaciones o videos de su hijo(a) únicamente para promover Kids Vision for Life?

May we produce and distribute media of your child solely for the promotion of Kid's Vision For Life.
En el formulario: Yes = Sí • No = No

Autorización para el examen de la vista y los anteojos

IMPORTANTE: El examen de la vista y los anteojos gratuitos SOLO son válidos durante la visita de Kids Vision for Life a la escuela de su hijo(a). Este formulario NO puede presentarse en ninguna ubicación de Crown Vision Center para recibir servicios ni materiales.

Por medio de la presente, autorizo a Kids Vision for Life y a su personal optométrico autorizado a realizar un examen completo de la vista a mi hijo(a) y, si es necesario, a recetar y proporcionar anteojos. Autorizo la divulgación COMPLETA de los resultados del examen de la vista de mi hijo(a), proporcionados por Kids Vision for Life y/o sus colaboradores. Esta información solo podrá compartirse con las siguientes personas o entidades: yo, la enfermera escolar de mi hijo(a), Crown Vision Center, Essilor Vision Foundation, American Optometric Association y el Estado de Missouri.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento; sin embargo, entiendo que hacerlo cancelará cualquier servicio proporcionado por Kids Vision for Life y sus colaboradores. Entiendo que, si se realiza una divulgación no autorizada, puedo presentar una queja formal ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Al firmar el formulario y autorizar que examinen a su hijo(a) y posiblemente le proporcionen anteojos, también autoriza la verificación de su elegibilidad para Medicaid y, si corresponde, que se facture ÚNICAMENTE a Medicaid.

Información y firma del padre, madre o tutor legal

21 Nombre del padre, madre o tutor legal

Parent/Guardian's First Name

22 Apellido del padre, madre o tutor legal

Parent/Guardian's Last Name

23 Número de teléfono

Phone Number

24 Firma del padre, madre o tutor legal

Parent/Guardian Signature

Use el mouse, el panel táctil o el dedo para firmar. Después, toque la marca de verificación azul y redonda.

Autorización de uso de medios de Kids Vision for Life St. Louis (menores de edad)

Kids Vision for Life St. Louis proporciona esta autorización de uso de medios como parte de sus esfuerzos para promover sus programas y ayudar a obtener fondos y recursos adicionales.

Yo, como padre, madre o tutor legal, otorgo a Kids Vision for Life St. Louis el derecho de tomar y utilizar fotografías, grabaciones de audio y videos de mi hijo(a) menor de edad (menor de 18 años) relacionados con las experiencias de mi hijo(a) con Kids Vision for Life St. Louis.

Autorizo a Kids Vision for Life St. Louis, a sus cesionarios y beneficiarios de transferencias, y a todas las personas que actúen con su permiso o autoridad, a registrar los derechos de autor, utilizar y publicar dicho material de forma impresa y/o electrónica.

Acepto que Kids Vision for Life St. Louis pueda utilizar dichas fotografías, grabaciones de audio o videos para cualquier propósito lícito, incluidos, entre otros, materiales de mercadeo, boletines informativos, sitios web, redes sociales (incluidos Facebook, Twitter, Pinterest y YouTube) y/u otros anuncios o promociones que ARCHS decida desarrollar, ahora o en el futuro.

Por medio de la presente, libero y exonero a las entidades mencionadas anteriormente, a sus cesionarios y beneficiarios de transferencias, y a todas las personas que actúen con su permiso o autoridad, de cualquier responsabilidad que pudiera surgir al tomar fotografías, realizar grabaciones de audio o videos, o reproducir los productos terminados.

Certifico que soy el padre, la madre o el tutor legal del menor indicado en el formulario, que he leído la autorización anterior y que comprendo plenamente su contenido.

Para responder la pregunta sobre medios en el formulario en línea, vuelva al campo 20 de esta guía. Seleccione Yes (Sí) para autorizar o No para no autorizar.

Cómo enviar el formulario

1. Regrese al formulario de consentimiento en línea.
2. Verifique que haya contestado todos los campos obligatorios. Si aparece "This question is required", significa "Esta pregunta es obligatoria".
3. Después de firmar, toque la marca de verificación azul y redonda para confirmar la firma.
4. Seleccione Submit (Enviar). Espere hasta que aparezca "Submission successful" (Envío realizado correctamente).

¿Necesita ayuda? Comuníquese con Kids Vision for Life St. Louis al (314) 274-2265 o con la enfermera de la escuela de su hijo(a).

Versión de la guía: julio de 2026 • Basada en el formulario digital vigente consultado el 16 de julio de 2026.