



Departamento de Salud Pública de Illinois

Formulario de exención de examen De la Vista

Por favor imprimir:

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____
(Apellido) (Nombre) (inicial de segundo nombre) (Mes / Día / Año)

Nombre de la escuela: _____ Grado _____ Género: Masculin
 Femenino

Direccion _____
(Número) (Calle) (Ciudad) (Código postal)

Teléfono _____
(Codigo de AREA)

Padre o Guardián _____

Direccion de Padre o Guardián _____
(Número) (Calle) (Ciudad) (Código postal)

No puedo obtener el examen de la vista requerido porque:

- Mi hijo está inscrito en asistencia médica / ALL KIDS, pero no podemos encontrar un médico que realice exámenes de la vista o un optometrista en la comunidad que pueda examinar a mi hijo y acepte tarjeta de asistencia médica / ALL KIDS.
- Mi hijo no tiene ningún tipo de cobertura médica o de atención oftalmológica/ocular, mi hijo no califica para asistencia médica/ALL KIDS, no hay clínicas oftalmológicas de bajo costo en nuestra comunidad que atiendan a mi hijo, y yo He agotado todos los demás medios y no tengo ingresos suficientes para proporcionarle a mi hijo un examen de la vista.
- Otra carga indebida o falta de acceso a un optometrista o un médico que realice exámenes de la vista: _____

Firma _____ Fecha _____

(Fuente: Agregado en 32 Ill. Reg. _____, efectivo _____)