



# 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 \_\_\_\_\_)