

Estimado Padre/Guardián:

La corrección de la vista puede tener un impacto dramático en la capacidad del niño(a) para aprender, participar en deportes, y formar una imagen positiva de sí mismo. Si su niño(a) ha participado en el programa *Sight for Students*, solicitamos su ayuda en contarnos su historia. Por favor complete la información de abajo y envíelo a Prevent Blindness Texas. ¡Gracias!

*******POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE*******

Nombre del Niño(a): _____ Edad del Niño(a): _____

Nombre del Padre/Guardián: _____ Número de Teléfono: (____) _____

Correo Electrónico: _____ ¿Forma preferida de contacto? _____

¿Por qué fue referido el niño(a)? (seleccione tantos como se aplican)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ojos que cruzan o giran hacia afuera | <input type="checkbox"/> Agarrando libros y objetos excepcionalmente cerca |
| <input type="checkbox"/> Parpadeo frecuente, entrecerrando, o tallando los ojos | <input type="checkbox"/> Quejas frecuentes de molestia en los ojos, dolores de cabeza o mareos |

Fecha del Examen de la Vista Actual: _____ Fecha del Último Examen de la Vista: _____

Si el niño(a) nunca ha tenido un examen de la vista anteriormente, ¿participó en las pruebas de la vista en la escuela? Sí No

Después del examen, la corrección de la vista tuvo un impacto en la capacidad del niño(a) para: (selecciona tantos como se aplican)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aprender | <input type="checkbox"/> Participar en deportes | <input type="checkbox"/> Formar una imagen positiva de sí mismo |
| <input type="checkbox"/> Obtener atención de seguimiento para una enfermedad crónica | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

HISTORIA DE ÉXITO DEL NIÑO(A)

¿Cómo le han ayudado el examen de la vista y anteojos, si fueron recetados? ¿Tiene más interés en el aprendizaje, la socialización, o hacer deportes? ¿Ha notado alguna diferencia en algunas de las áreas? (use el lado reverso o página separado si es necesario)

Si es posible, por favor también mande ejemplos de fotografías, buenas calificaciones, etc.

¿Podemos compartir su historia? Sí No

Para hacer esto, **Prevent Blindness Texas** debe obtener su consentimiento para publicar su historia de éxito de la vista y/o fotografía con tercer partidos incluyendo medios de comunicación, donantes y fundaciones.

Por la presente autorizo a Prevent Blindness Texas y Prevent Blindness America usar la información indicado arriba y/o fotografías en materiales incluyendo, pero no limitado a, comunicados de prensa, materiales de marketing, folletos, reportes, medios de transmisión hasta por diez años de la fecha de esta publicación.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Por Favor Envíe Por Correo o Fax al: Prevent Blindness Texas, 2202 Waugh Drive, Houston, TX 77006 o 713-529-8310