



**School-Linked Vision Program
Treatment Consent
616.776.2366**

| |
|-------|
| NG #: |
| Exam: |

| |
|----------|
| School: |
| Teacher: |

This consent is for vision services to be completed at school. These services include a complete eye exam including dilation, using eye drops; dilation can last 6-24 hours and may include blurry vision and sensitivity to light. If glasses are needed, your child may select frames with the help from Cherry Health staff and will be delivered to school. I understand that my insurance company, if I have coverage, will be billed for services rendered. All students are served regardless of the ability to pay.

Please complete all of the information below if you would like your child seen for vision services. If not, please only print your child's name and sign at the bottom of the form.

| | | | | |
|--------------------------|---------------|---------|------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Child's Legal Name | Date of Birth | Age | <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female | Language spoken at home |
| Address | | City | Zip Code | |
| Mother's / Guardian Name | Date of Birth | Phone # | Email | |
| Father's / Guardian Name | Date of Birth | Phone # | Email | |

| Number in Household | Household Income Per Year | Which group describes you best? | | |
|---------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native | <input type="checkbox"/> More than one group | <input type="checkbox"/> White |
| | | <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian | <input type="checkbox"/> Latino or Hispanic |
| | | <input type="checkbox"/> Black/African American | <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander | <input type="checkbox"/> Not Latino or Hispanic |

Medicaid / Vision Insurance Information

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|
| Does your child have Medicaid? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Child's Medicaid # | Other Vision Insurance & Policy # |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|

Patient Medical History

| | | |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Headaches? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Migraines? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | If Yes, how often do they occur? (circle): Daily Weekly Monthly |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|

Any other medical problems?
(heart, lungs, diabetes, neuro, muscular, blood other):

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Allergies to Medication? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Seasonal Allergies? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | List other allergies: |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|

Current medications your child is taking:

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Has your child ever worn glasses? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Date of last eye exam with a doctor: |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Does your child currently wear glasses? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | How old are the glasses? |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|

Please list any vision problems:

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Any health problems with parents or siblings? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | If so, please explain: |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|

By signing and completing this form, I agree I am the legal guardian and consent for my child to receive vision services. This also includes consent for Cherry Health staff members to share my child's information with relevant school staff.

| | |
|-----------------------------|------|
| Parent / Guardian Signature | Date |
|-----------------------------|------|



| |
|-------|
| NG #: |
| Exam: |

Consentimiento de tratamiento para el programa de la vista vinculado a la escuela 616.776.2366

| |
|----------|
| School: |
| Teacher: |

Este consentimiento es para servicios de visión que se completarán en la escuela. Estos servicios incluyen un examen completo de la vista que incluye dilatación, o uso de gotas para los ojos; La dilatación puede durar de 6 a 24 horas y puede incluir visión borrosa y sensibilidad a la luz. Si se necesitan anteojos, su hijo puede seleccionar marcos con la ayuda del personal de Cherry Health y será entregado a la escuela. Entiendo que, si tengo cobertura, se le facturará a mi compañía de seguro por los servicios proporcionados. Todos los alumnos son atendidos sin importar su capacidad de pago.

Complete toda la información a continuación si desea que su hijo sea visto para servicios de la vista. De lo contrario, solo escriba el nombre de su hijo y firme al pie del formulario.

| | | | | |
|----------------------------|---------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Nombre legal del niño | Fecha de nacimiento | Edad | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Idioma hablado en casa |
| Dirección | Ciudad | | Código postal | |
| Nombre de la madre / tutor | Fecha de nacimiento | Número de teléfono | Email | |
| Nombre del padre / tutor | Fecha de nacimiento | Número de teléfono | Email | |

| | | | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|--|--|--|
| Número de personas en la familia | Ingresos del hogar por año | ¿Qué grupo le describe mejor? | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Más de un grupo | <input type="checkbox"/> Blanco | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano | <input type="checkbox"/> Latino o Hispano | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> No latino o Hispano | | | |

| Medicaid / Información del seguro de la vista | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------|
| ¿Tiene su hijo Medicaid?? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Número del Medicaid del niño | Otro seguro de visión y número de póliza |

| Historial medico del paciente | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Dolores de cabeza? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ¿Migrañas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia ocurren? (Círcule): Diario Semanal Mensual |

¿Algún otro problema médico? (corazón, pulmones, diabetes, neurocirculación, muscular, sangre):

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| ¿Alergias a algún medicamento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ¿Alergias estacionales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enumere otras alergias: |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|

Medicamentos que su hijo está tomando actualmente:

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| ¿Alguna vez su hijo ha usado anteojos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Fecha del último examen de la vista con un médico: |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| ¿Su hijo actualmente usa anteojos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ¿Cuántos años tienen las gafas? |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|

Enumere cualquier problema de visión:

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| ¿Algún problema de salud con los padres o hermanos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Si es así, explique: |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|

Al firmar y completar este formulario, acepto que soy el tutor legal y consiento que mi hijo reciba servicios de la vista. Esto también incluye el consentimiento para que los miembros del personal de Cherry Health compartan la información de mi hijo con el personal escolar relevante.

| | |
|-------------------------|-------|
| Firma del Padre / Tutor | Fecha |
|-------------------------|-------|