

MIEMBROS DE LA JUNTA DE EDUCACIÓN
JACKIE GOLDBERG, PRESIDENTA
KELLY GONEZ
DR. GEORGE J. MCKENNA III
NICK MELVOIN
TANYA ORTIZ FRANKLIN
DRA. ROCÍO RIVAS
SCOTT M. SCHMERELSON



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES
OFICINAS ADMINISTRATIVAS
333 South Beaudry Avenue, Piso 24
Los Ángeles, California 90017
Tel. (213) 241-7000 | Fax: (213)241-8442

ALBERTO M. CARVALHO
Superintendente

Estimado Padre/Madre/Tutor legal/Titular de los derechos educativos (Padres) de un estudiante de LAUSD,

La escuela de su hijo(a) posiblemente reciba la oportunidad de ofrecer un **EXAMEN DE LA VISTA** gratuito en sus instalaciones, a cargo de un profesional de atención médica con licencia. El propósito de estos eventos de chequeos consiste en identificar las necesidades de la vista de su hijo(a), conectarlos con la atención correspondiente, y eliminar las barreras de salud para el aprendizaje. Nota: Los eventos que ofrecen estos exámenes complementan y no sustituyen a los requisitos legales en materia de salud de la vista que exige el artículo 49455 del Código de Educación. Si el examen de su hijo(a) se lleva a cabo y se observa que tiene un problema urgente, se le enviará una carta a su hogar por medio de su estudiante. Si recibe una carta, es importante que lleve a su hijo(a) a un especialista de la vista para una evaluación.

Participar en un chequeo de la vista en la escuela trae muchos beneficios:

- ✓ No es necesario que tome tiempo libre del trabajo.
- ✓ Usted no tendrá que faltar al trabajo ni sus hijos a clase.
- ✓ El examen de la vista **GRATUITO** se realiza a cargo de un profesional con licencia.
- ✓ Anteojos con prescripción **GRATUITOS**, en caso de ser necesario

Para más información sobre estos eventos gratuitos de exámenes de la vista en la escuela, favor de escanear este código QR: o visite: <http://achieve.lausd.net/visionscreening>.



Si **desea** que su hijo(a) reciba un examen gratuito de la vista, **NO ES NECESARIO QUE HAGA NADA MÁS**. El nombre de su hijo(a), la fecha de nacimiento, grado, nombre de su escuela y su nombre, número de teléfono y dirección se compartirán automáticamente con el profesional o los profesionales que realicen el examen.

Si usted ***NO*** desea que su hijo(a) reciba un examen de la vista gratuito, por favor complete la parte inferior de esta carta y entréguela en la escuela de su hijo(a) **a más tardar el viernes 13 de septiembre 2024**. Los formularios que se reciban **después** de plazo establecido podrán dar lugar a que se le proporcionen los servicios.

Sólo complete y firme el formulario directamente debajo de esta línea si **no desea** que su hijo(a) reciba un examen de la vista.

Nombre del estudiante: _____ DOB: _____

NO deseo que mi hijo(a) participe en el examen de la vista gratuito en el plantel.

*Firma del padre de familia

Fecha

***Para los estudiantes en situación sin hogar**, según la ley de California, las familias deben **autorizar** que se proporcione la información. Si desea que su hijo(a) participe, puede autorizar que LAUSD comparta la información con el profesional de atención médica autorizado completando la información a continuación y enviando una copia de este formulario a la escuela de su hijo(a) **a más tardar el viernes 13 de septiembre 2024**.

*Nombre del padre de familia con letra de molde:

*Firma del padre de familia

Fecha

*Escriba con letra de molde el nombre del estudiante y la fecha de nacimiento (mes/día/año)

Nombre de la escuela

For Office Use Only: MiSiS Instructions: MiSiS -> Miscellaneous tab -> Health Screening -> External Partners -> External Partner Vision Screening -> select -> Opt Out (drop down menu)