

Clínica Oftalmológica Móvil para Niños de Pacific University
Pacific University Mobile Eye Clinic for Kids

Estimado padre/madre/tutor:

¡La Clínica Oftalmológica Móvil de Pacific University visitará la escuela de su niño! Tendremos el privilegio de proporcionar un examen de la vista a su hijo/a mientras está en la escuela. Si fuesen necesarios, también le ordenaremos sus lentes. Los lentes se distribuirán en la escuela aproximadamente 6 semanas después del examen. Si su niño tiene seguro médico estatal (Medicaid/Oregon Health Plan, WA Apple Health), la factura será enviada al seguro. Si no tiene seguro, el examen y los lentes se le proporcionarán de forma gratuita mediante el uso de fondos de subvenciones/recursos comunitarios. **De una u otra manera, su familia no tendrá que pagar de su bolsillo por el examen ni los anteojos.** Su hijo/a primero será revisado por uno de nuestros estudiantes de optometría bajo la supervisión de optometristas autorizados de la universidad.

Con el fin de brindarle la mejor atención posible a los estudiantes, es necesario que utilicemos gotas dilatadoras para los ojos durante el examen. La dilatación es el mejor método de evaluar la salud de los ojos y nos ayuda a proporcionar una receta para anteojos más precisa. Las gotas dilatadoras pueden causar un escozor (o ardor) leve durante unos segundos luego de que se aplican. Las pupilas permanecerán más grandes y los ojos pueden ser más sensible a las luces brillantes por un periodo de hasta seis horas. Es normal que las gotas produzcan visión borrosa, principalmente al mirar de cerca, pero por lo regular esto desaparece en 24 horas.

Los papás podrán acceder a un resumen de los resultados del examen en aproximadamente 5 días hábiles después del examen. Para ver el resumen, debe ingresar a la plataforma de MyChart utilizando el siguiente enlace. <https://mychart.ochin.org/mychart/Authentication/Login>

Si tiene alguna pregunta sobre el examen, la dilatación o dudas específicas sobre lo anterior, puede comunicarse con la clínica *Pacific Eye Clinic Forest Grove* al 503-352-2020. Mencione que su niño fue o será revisado en la clínica móvil y pida hablar con la Dra. Carol Rymer.

Atentamente,

Carol Z. Rymer, OD, MBA, FAAO
Directora de Alcance Comunitario

Clínica Oftalmológica Móvil para Niños de Pacific University

Información del niño:

Nombre del niño: _____ Apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo (legal): _____ Pronombres: _____
Número de teléfono: (_____) _____ Correo electrónico: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ ☐ Domicilio no disponible
Alergias: _____ Condiciones médicas: _____

Información del seguro médico del niño:

Proveedor de seguros: _____
No. de póliza: _____ No. de grupo: _____
Nombre del suscriptor: _____ Apellido: _____
Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ ☐ **Mi hijo/a no tiene seguro**

Por medio de la presente, autorizo a los médicos de la Clínica Oftalmológica Móvil de la Facultad de Optometría de Pacific University (Pacific University College of Optometry EyeVan) a realizar un examen de la vista en mi hijo/a, incluyendo la dilatación. Si fuesen necesarios, también autorizo que se ordenen sus lentes.

Nombre del padre/madre/tutor: _____ Apellido: _____
Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____
Número de teléfono (para emergencias): _____
Fecha de nacimiento de los padres: _____

Aviso de prácticas de privacidad:

Pacific University respeta su privacidad y únicamente utiliza o divulga su información médica cuando sea necesario, apropiado, requerido por la ley o con su autorización. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad describe usos y divulgaciones potenciales de su información de salud en nuestras clínicas de atención médica y describe sus derechos de privacidad médica. Para ver nuestro Aviso de prácticas de privacidad, por favor visite la página web <https://www.pacificu.edu/node/18320>.

Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de la Clínica de Pacific University.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____