



MOBILE ON-SITE EYE EXAM TEAM & ON-SITE EYEGLASS SHOP AT YOUR SCHOOL



MOVIL EN EL LUGAR DEL EXAMEN CON LOS OJOS DEL EQUIPO Y EN EL SITIO LENTE TIENDA EN SU ESCUELA

Gillian George, OD
Optometric Physician
NY LIC#006888
NJ LIC#27TOA00592600

Ma-Le Trieu, OD
Optometric Physician
NY LIC#007689
NJ LIC#27OA00630700

Abeer Ayoub
Ophthalmic Dispenser
NY LIC#007472
NJ LIC#31TD00330100

Zeina Zoobi
Ophthalmic Dispenser
NY LIC#009212

PARENT CONSENT, STUDENT INFORMATION & MEDICAL HISTORY

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES, ALUMNOS DE INFORMACIÓN Y LA HISTORIA CLÍNICA

PLEASE COMPLETE, SIGN & RETURN TO SCHOOL

POR FAVOR, COMPLETAR, FIRMAR Y REGRESAR A LA ESCUELA

☐ **Yes!** I would like my child to have a Complete Eye Exam by Optical Academy's Vision Team and their Independent Doctors of Optometry and Ophthalmology!
¡Sí! Me gustaría que mi niño tenga un examen ocular completo por el equipo de Vision Optical Academy!

☐ **Yes!** I would like to have a Complete Eye Exam by Optical Academy's Vision Team and their Independent Doctors of Optometry and Ophthalmology!
¡Sí! Me gustaría que tengo un examen ocular completo por el equipo de Vision Optical Academy!

SCHOOL NAME (NOMBRE DE LA ESCUELA): _____ DATE (FECHA): _____

GENERAL INFORMATION (INFORMACIÓN GENERAL)

CHILD/PATIENT'S LAST NAME (APELLIDO DEL NIÑO/PACIENTE): _____ FIRST NAME (NOMBRE): _____

ADDRESS (DIRECCIÓN): _____ CITY (CIUDAD): _____

STATE (ESTADO): _____ ZIP: _____ DATE OF BIRTH (FECHA DE NACIMIENTO): ____/____/____ GENDER (GÉNERO): M ___ F ___

PARENT GUARDIAN/EMAIL (PADRE / TUTOR DE CORREO ELECTRÓNICO): _____

HOME PHONE (TELÉFONO DE LA CASA): _____ CELL: _____

OPTIONS (OPCIONES)

☐ 1 Child/Patient has vision insurance and will be using the vision insurance.

Name of vision insurance: _____ Group/ID Number _____

Member First Name: _____ Member Last Name: _____

Member D.O.B. _____ Member Social Security # _____

☐ 2 Child/Patient has a medical condition and/or complaint and will be using my medical insurance.

Name of vision insurance: _____ Group/ID Number _____

Member First Name: _____ Member Last Name: _____

Member D.O.B. _____ Member Social Security # _____

**** If your insurance requires a referral, please have referral prior to the day of the exam ****

☐ 3 Child/Patient is uninsured or not eligible.

☐ I am able to pay the full fee for an eye exam: \$75

☐ I am unable to pay the full fee and will be using my Optical Academy Membership given by my school and agreeing to pay a \$30 subsidized fee for my exam

☐ I am unable to pay the full nor subsidized fee and will request full financial assistance. I will acquire an additional application for charity care from my school.

☐ 4 Child/Patient would like an additional contact lens exam and fitting for an additional \$30

(which may not be covered through insurance)

MEDICAL & OCULAR HISTORY (HISTORIA MÉDICA)

(A thorough and complete medical and ocular history are important for a proper eye examination and evaluation)

DOES THE CHILD/PATIENT OR ANYONE IN THE FAMILY HAVE ANY OF THE FOLLOWING?

¿USTED O ALGUIEN DE LA FAMILIA TIENE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES?

___ DIABETES (DIABETES) ___ HIGH BLOOD PRESSURE (PRESIÓN ARTERIAL ALTA) ___ THYROID PROBLEMS (PROBLEMAS DE LA TIROIDES)

___ HEART DISEASE (ENFERMEDADES DEL CORAZÓN) ___ ASTHMA (ASMA) ___ CANCER (CÁNCER) ___ GLAUCOMA ___ CATARACTS

___ EYE SURGERY (OJO LA CIRUGÍA) ___ SEE DOUBLE (VER DOBLE) ___ FREQUENT HEADACHES (DOLORES DE CABEZA FRECUENTES)

___ SEIZURES (INCAUTACIONES) ___ ALLERGIES (ALERGIAS) ___ RED EYES (LOS OJOS ROJOS) ___ ITCHING (PICAZÓN)

___ OTHER (OTRO) _____

PLEASE LIST ALL MEDICATIONS (ANOTE TODOS LOS MEDICAMENTOS): _____

PLEASE LIST ANY DRUG ALLERGIES (ANOTE CUALQUIER ALERGIA A MEDICAMENTOS): _____

PLEASE CHECK ONE IF IT'S A CHILD BEING EXAMINED (POR FAVOR, ELIGE UNA):

- ☐ You are invited to visit and see your child receive their complete eye exam and help your child choose the eyewear if needed.
Usted está invitado a visitar y ver a su hijo recibir su examen de la vista completo y ayudar a su hijo a elegir las gafas si es necesario.
- ☐ You can allow our Frame Stylist or school representative to choose the high quality eyewear if your child needs an eyeglass prescription.
Puede permitir que nuestra estilista o el representante de la escuela ayudar a elegir las gafas de alta calidad si su hijo necesita una receta de anteojos.
- ☐ Please send the prescription home with my child and I will order online at www.YourOpticalShop.com or visit the local Optical-Academy optical shops located:
Por favor, envíenme la receta a casa con mi hijo. Yo voy a ordenar en línea en www.YourOpticalShop.com, o visitar el local de Optical-Academy Tiendas de óptica ubicados:

New Jersey: 1430 Main Ave - Clifton, NJ 07011

New York: 115 W 45th Street - Suite 504 - New York, NY 10036

1-800-530-2730

www.Optical-Academy.com

- ☐ Please send the prescription home with my child. I would like to order from my own optical shop.
Por favor envíenme la receta a casa con mi hijo. Me gustaría pedir desde mi propia tienda de óptica.

HIPPA The privacy of your medical information is important to us. We understand that your medical information is personal and we are committed to protecting it. This notice will tell you about the ways we may use and share medical information about you. We also describe your rights and certain duties we have regarding the use and disclosure of medical information. Our Legal Duty-Law Requires Us to keep your medical information private and give you this notice describing our legal duties, privacy practices, and your rights regarding your medical information. Notice of Change to Privacy Practices: Before we make an important change in our privacy practices, we will change this notice and make the new notice available upon request. Use and Disclosure of Your Medical Information. The following section describes different ways that we use and disclose medical information. Not every use or disclosure will be listed. However, we have listed all of the different ways we are permitted to use and disclose medical information. We will not use or disclose your medical information for any purpose not listed below, without your specific written authorization. Any specific written authorization you provide may be revoked at any time by writing to us. For Treatment: We may use medical information about you to provide you with medical treatment or services. We may disclose medical information about you to doctors, nurses, technicians, medical students, or other people who are taking care of you. We may also share medical information about you to your other health care providers to assist them in treating you. Notifications: We may use and disclose medical information to notify or help notify: a family member, your personal representative or another person responsible for your care. We will share information about your location, general condition, or death. If you are present, we will get your permission if possible before we share, or give you the opportunity to refuse permission. In case of emergency, we will share only the health information that is directly necessary for your healthcare, according to our professional judgment. We will also use our professional judgment to make decisions in your best interest about allowing someone to pick up medicine, medical supplies, x-ray or medical information for you. Acknowledgement of Receipt and General Consent I acknowledge that I have reviewed a copy of Optical Academy, Your Eye Exam in Your School. I further consent to the release of my health information for purposes of treatment, payment and health care operations and as authorized or required by law under the circumstances described in the Notice of Privacy Practices.

HIPPA La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Entendemos que su información médica es personal y estamos comprometidos a protegerla. Este aviso le dirá sobre las maneras en que podemos usar y compartir información sobre medicina usted. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de información médica. Nuestro deber-ley legal nos obliga a mantener su información médica privada y darle este aviso que describe nuestras obligaciones legales, las prácticas de privacidad y sus derechos respecto a su información médica. Notificación de Cambio de Prácticas: Antes de hacer un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad: Vamos a cambiar este aviso y hacer el nuevo aviso a pedido. Uso de la divulgación de su información médica. La siguiente sección describe las formas diferentes que podemos usar y divulgar información médica. Se enumerarán No todo uso o divulgación. Sin embargo, hemos hecho una lista de todas las maneras diferente somos permitido utilizar y divulgar información médica. No vamos a utilizar o divulgar su información médica para cualquier fin que no se enumeran a continuación, sin su autorización expresa y por escrito, cualquier autorización específica por escrito que usted proporcione puede ser revocada en cualquier momento por escrito. Para tratamiento: Podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos revelar información médica acerca de usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y demás personas que están tomando el cuidado de usted. También podemos compartir información médica acerca de usted a sus otros proveedores de atención médica para ayudar en su tratamiento. Notificaciones: Podemos utilizar y divulgar información médica para notificar o ayudar a notificar: un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado. Vamos a compartir información sobre su ubicación, condición general o muerte. Si usted está presente, obtendremos su permiso, si es posible antes de que compartamos, o le damos la oportunidad de negar el permiso. En caso de emergencia, vamos a compartir sólo la información de la salud, que es directamente necesario para su cuidado de la salud, de acuerdo a nuestro criterio profesional. También utilizaremos nuestro juicio profesional para tomar decisiones en su mejor interés de permitir a alguien para recoger medicamentos, suministros médicos, radiografías o médica para usted. Acuse de Recibo y Consentimiento General reconozco que he revisado una copia de la Academia Óptica, su examen de la vista en su escuela. Además doy mi consentimiento para la divulgación de mi información de salud para fines de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud y según lo autorizado o requerido por la ley en virtud de las circunstancias descritas en el anuncio de las prácticas de privacidad.

METHOD OF PAYMENT (FORMA DE PAGO)

CASH___ VISA___ MASTERCARD___ DISCOVER___

NAME ON CARD (NOMBRE EN LA TARJETA): _____

CARD # (TARJETA #): _____ EXPIRATION (EXPIRACIÓN): ____/____

BILLING ZIP: _____ CODE (CÓDIGO): _____ SIGNATURE (FIRMA): _____ DATE (FECHA): _____

READ AND SIGN BELOW I UNDERSTAND AND AUTHORIZED OPTICAL ACADEMY AND ITS AFFILIATED DOCTORS TO PROVIDE THE COMPLETE EYE EXAM FOR THE LISTED CHILD/PATIENT. I AUTHORIZED & DIRECT OPTICAL ACADEMY TO BILL & COLLECT PAYMENT FROM ANY MEDICAID, INSURANCE, OR OTHER PAYER. IF I HAVE VISION INSURANCE, I WILL BE BILLED FOR & AGREE TO PAY ANY DEDUCTIBLE AND/OR COPAYS. I ALSO AGREE TO PAY FOR ANY UPGRADES AND/OR ADDITIONAL OPTIONS FOR EYE WEAR. FOR MY CHILD: UNLESS I HAVE MADE PRE-ARRANGEMENTS TO ATTEND, AND AM THERE AT THE TIME OF SERVICE, SERVICES WILL BE PROVIDED WITHOUT MY PRESENCE.

PARENT/LEGAL GUARDIAN SIGNATURE (FIRMA DEL PADRE / TUTOR LEGAL)

DATE (FECHA)

PRINT NAME (IMPRIMIR EL NOMBRE)