



Date of service/ Time
Fecha de servicio / tiempo

**APPLICATION FOR VISION SERVICES
LOW VISION CLINIC**

I request help from Dallas Services in securing vision examination and/or eye glasses for my child. *Solicito ayuda de Dallas en la obtención de visión examen u ojo gafas para mi hijo.*

Student's Name _____ Social Security # _____
Nombre de Estudiante Numero de Seguro Social

Address _____ City _____ State _____ ZIP _____
Domicilo Ciudad Codigo Postal

Home Phone _____ Mobile Phone (parent's) _____
Teléfono de casa Teléfono de Mobil

Email _____
El correo electrónico

Birthdate _____ Age _____ School _____ Grade _____
Fecha de Nacimiento Edad Esquela Ano Escolar

Race: American Indian/Alaska Native Asian Black/African American White
 Native Hawaiian/Pacific Islander

If student doesn't have SS # write school ID # _____
Si estudiantes no tienen SS # escritura escuela ID #

Free or reduced lunch program? YES _____ NO _____
¿Programa de almuerzo gratis o reducido?

AT THE PRESENT TIME, WOULD YOU SAY YOUR EYESIGHT IS
EN EL MOMENTO ACTUAL, DIRÍA USTED QUE SU VISTA ES
 EXCELLENT GOOD FAIR POOR VERY POOR?
EXCELENTE BUENA FERIA POBRE MUY POBRE

For School Nurse Only

(Nurses, please DO NOT send student's Medical Referral/Follow-up form to us)

Has student failed vision screening TWICE? Yes _____ No _____

Dates conducted vision screening 1) _____ 2) _____

Symptoms or Complaints _____

Parent's Name _____

School Nurse Name _____

Phone # _____ Email _____

Name of School and School District _____

School District _____ School _____ Nurse _____

RELEASE OF INFORMATION FORM

THIS FORM IS TO CONFIRM YOUR AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION FOR A SPECIAL PURPOSE.

I give my authorization to use or disclose my child’s protected health information.
I give the authorization voluntarily.

Name of Child: _____

Parent’s/Legal Guardian’s Name: _____

Home Address: _____ City _____ Zip code _____

Home telephone Number: _____

Email: _____

Name the people and organizations that you are authorizing to use and/or disclose protected health information

- DALLAS SERVICES’ LOW VISION CLINIC
- SCHOOL DISTRICTS

HIPAA Compliance Acknowledgment of Receipt

ACKNOWLEDGMENT FORM

I have received the “Notice of Privacy Practices” and I have been provided an opportunity to review it.

Name of Child: _____

Parent or Legal Guardian’s Signature: _____

Date: _____

School District _____ School _____ Nurse _____

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

ESTA FORMA ES DE CONFIRMAR SU AUTORIZACION PARA UTILIZAR O REVELER SU INFORMACION PROTEGIDA DE LA SALUD UN PROPOSITO ESPECIAL.

Doy mi autorización para usar o divulgar información de salud protegida de mi hijo.
Doy la autorización voluntariamente.

Nombre de niño: _____

Padres/Guardia Legal: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Codigo Postal: _____

Teléfono de la casa número: _____ De Celular _____

El correo electrónico: _____

Nombre de las personas y organizaciones que autoriza a utilizar o divulgar información de salud protegida:

- CLÍNICA DE BAJA VISIÓN DE DALLAS SERVICIOS
- DISTRITO ESCOLAR

Cumplimiento de HIPAA acuse de recibo

FORMA DE RECONOCIMIENTO

He recibido el "Aviso de Prácticas de Privacidad" y he recibido la oportunidad de revisarlo.

Nombre de niño: _____

Los padres o firma del Guardia Legal: _____

La Fecha: _____