



Authorization for Student to Receive Eye Care Services in School

This form allows ABC Eye Care to provide services/glasses, make decisions regarding your child's vision treatment, discuss and share medical information about your child and see all necessary medical records when you are unable to attend the visit with your child.

Students Full Name _____ Date of Birth _____

Parent/Legal Guardian's Name _____ Date of Birth _____

Relationship to Student _____

What insurance does the student have? **(Please circle below)** **Insurance Policy ID #** _____

- Medicaid - CHP+ - Other - No Insurance

I authorize ABC Eye Care to provide vision services to my child(ren),
to make all necessary decisions, and to dispense glasses.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Demographics/Medical

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Sex (circle one): Male Female

Cell Phone _____ Email _____ Preferred Language _____

Does your child have any health concerns? If so please list their health concerns _____

Does your child take any medication? If so, please list their medications _____

Does your child have any allergies? If so please list their allergies _____

Do you have any vision concerns for your child? _____

Has your child ever worn glasses before? _____

Does anyone in the family wear glasses? _____



Autorización para que el Estudiante Reciba Servicios de Atención Optometría en la Escuela

Este formulario permite a ABC Eye Care brindar servicios/lentes, tomar decisiones con respecto al tratamiento de la vista de su hijo, discutir y compartir información médica sobre su hijo y ver todos los registros médicos necesarios cuando usted no pueda asistir a la visita con su hijo.

Nombre del Estudiante _____ FDN _____

Nombre del padre/Tutor Legal _____ FDN _____

Relacion al Estudiante _____

¿Qué aseguranza tiene el estudiante? (Circule abajo porfavor) Número ID de Póliza _____

- Medicaid - CHP+ - Otro - No tiene aseguranza

Yo autorizo a ABC Eye Care a brindar servicios de la vista a mi(s)
hijo(s), a tomar todas las decisiones necesarias y a dispensar
anteojos.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Demografía/Formulario Médico

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Sexo (circule uno): Masculino Femenino

Número Celular _____ Correo Electrón _____ Idioma Preferido _____

¿Tiene su hijo/a algún problema de salud? Si es así, indique sus preocupaciones de salud _____

¿Su hijo/a toma algún medicamento? Si es así, indique sus medicamentos _____

¿Tu hijo/a tiene alguna alergia? Si es así, indique sus alergias _____

¿Tiene alguna preocupación sobre la visión de su hijo/a? _____

¿Alguna vez su hijo/a ha usado anteojos? _____

¿Alguien en la familia usa anteojos? _____