

**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/Tutor legal/Titular de los derechos educativos (Padre) de un estudiante de LAUSD,

La escuela de su hijo/a posiblemente reciba la oportunidad de organizar un **examen de la vista** gratuito en sus instalaciones, a cargo de un profesional de atención médica titulado. El propósito de este evento de chequeo consiste en identificar las necesidades de la vista de su hijo/a, conectarlo con la atención correspondiente, y eliminar las barreras de salud para el aprendizaje. Nota: Los eventos de chequeos complementan y no sustituyen a los requisitos legales en materia de salud visual que exige el artículo 49455 del CE. Si se realiza el chequeo para su hijo/a 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 a un oftalmólogo para una evaluación.

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

- ✓ No es necesario que se 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.
- ✓ Lentes graduados **GRATUITOS**, en caso de ser necesarios

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 profesionales de la salud que realicen el chequeo.

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 6 de octubre 2023**. Los formularios que se reciban **después** de plazo podrán dar lugar a que se proporcionen los servicios.

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

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

**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 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 más tardar el viernes 6 de octubre 2023**.

\_\_\_\_\_  
\*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