

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