

委員會成員

SCOTT M. SCHMERELSON · 主席
KELLY GONEZ
KARLA GRIEGO
SHERLETT HENDY NEWBILL
NICK MELVOIN
TANYA ORTIZ FRANKLIN
DR. ROCÍO RIVAS



洛杉磯聯合校區

行政辦公室

333 South Beaudry Avenue, 24th Floor
Los Angeles, California 90017
電話：(213) 241-7000 | 傳真：(213) 241-8442

ALBERTO M. CARVALHO

學監

選擇退出 LAUSD 視力篩檢

尊敬的洛杉磯聯合校區 (LAUSD) 學生之家長/法定監護人/教育權利持有人 (家長)：

您孩子的學校可能有機會舉行免費的現場**眼科檢查**，檢查將由持執照的醫療保健專業人員負責進行。此次篩查活動的目的是確定您孩子的眼科需求，與護理資源建立連結，並為學習消除健康障礙。註：篩查活動是對《教育則例》第 49455 節規定的任何視力健康法律要求所作的補充，而不是替代。如果您的孩子在接受篩查後，發現存在緊急問題，您的孩子將被送回家，並提供一封信函。如果您收到一封信函，則您務必應當帶您的孩子至眼科保健服務提供者處進行評估。

參加學校的眼科篩查有眾多好處：

- ✓ 您不需要在工作日請假。
- ✓ 您不會錯過工作日，您的孩子也不會錯過上學日。
- ✓ 由持執照的專業人員**免費進行**眼科檢查。
- ✓ **免費**開具眼鏡處方（如有需要）。

有關免費現場眼科檢查的更多資訊，請掃描此 QR 碼：

或造訪：<http://achieve.lausd.net/visionsscreening>

眼科



如果您**希望**您的孩子接受免費的眼科檢查，則您**不需要採取進一步行動**。您孩子的姓名、出生日期、年級、學校名稱，以及您的姓名、電話號碼和地址將自動分享給負責進行篩查的保健專業人員。

如果您**不希望**您的孩子接受免費的眼科檢查，請填寫本信函的以下部分並在**九月第二週之前將本信函交回您孩子的學校**。如果表格在此截止日期**之後**收到，可能會導致服務仍然提供。

如果您**不希望**您的孩子接受眼科檢查，則只需在這一行的正下方填寫並簽署表格。

學生姓名：_____ 出生日期：_____

☐ 我**不**希望讓我的孩子參加學校的免費現場眼科篩查。

*家長簽名

日期

***對於無家可歸的學生**，根據加州法律，家庭**必須選擇參加**才能分享資訊。如果您希望您的孩子參加，您可以透過填寫以下資訊，並在**不晚於九月第一週之前**將此表格的副本寄至您孩子的學校，以授權 LAUSD 與持執照的醫療保健專業人員分享資訊。

*家長姓名 (工整填寫)

*家長簽名

日期

*學生姓名 (工整填寫) 和出生日期 (月/日/年)

學校名稱

**For Office Use Only: To input Information into MiSiS -> Miscellaneous tab -> Health Screening->Scroll Middle of Page-
External Partner Dental (select from drop down menu)-Opt-in**