

MEMBERS OF THE BOARD
SCOTT M. SCHMERELSON, PRESIDENT
KELLY GONEZ
KARLA GRIEGO
SHERLETT HENDY NEWBILL
NICK MELVOIN
TANYA ORTIZ FRANKLIN
DR. ROCÍO RIVAS



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
ADMINISTRATIVE OFFICES
333 South Beaudry Avenue, 24th Floor
Los Angeles, California 90017
Telephone: (213) 241-7000 | Fax: (213) 241-8442

ALBERTO M. CARVALHO
Superintendent

LAUSD Vision Screening Opt-out

Dear Parent/Legal Guardian/Educational Rights Holder (Parent) of a LAUSD student,

Your child's school may have the opportunity to host a free on-site **EYE EXAMINATION** by a licensed healthcare professional. The purpose of this screening event is to identify your child's vision needs, connect to care, and eliminate health barriers to learning. Note: Screening events are supplemental to, and do not replace, any legal requirements for vision health required by EC Section 49455. 5. If your child is screened and found to have an urgent problem, your child will be sent home with a letter. If you receive a letter, it is important that you take your child to an eyecare provider for an evaluation.

Participating in a school vision screening has many benefits:

- ✓ You do not need to take time off from work.
- ✓ No missed workdays for you or missed school days for your child(ren).
- ✓ **FREE** eye examination by a licensed professional.
- ✓ **FREE** prescription eyeglasses, if needed.



For more information about the free on-site eye exams, please scan this QR code:
or visit: <http://achieve.lausd.net/visionscreening>.

If you *want* your child to receive a free eye examination, **NO FURTHER ACTION IS NEEDED**. Your child's name, date of birth, grade, school name, and your name, phone number, and address will automatically be shared with the health professional(s) conducting the screening.

If you ***DO NOT*** want your child to receive a free eye examination, please complete the portion below of this letter and return it to your child's school **by the second week of September**. Forms received *after* this deadline may result in services being rendered. *Only complete and sign the Form directly below this line if you **do not** want your child to receive an eye examination.*

Student's Name: _____ DOB: _____

☐ I **DO NOT** wish to have my child participate in the school's free on-site vision screening.

*Parent Signature

Date

****For students experiencing homelessness, under California law, families must opt in to share information. If you would like your child to participate, you can authorize LAUSD to share information with the licensed healthcare professional by completing the info below and sending a copy of this form to your child's school no later than the second week of September.***

*Print Parent Name

*Parent Signature

Date

*Print Student Name and birthdate (mo./day/year)

Name of School

MIEMBROS DE LA JUNTA DE EDUCACIÓN
SCOTT M. SCHMERELSON, PRESIDENTE
KELLY GONEZ
KARLA GRIEGO
SHERLETT HENDY NEWBILL
NICK MELVOIN
TANYA ORTIZ FRANKLIN
DRA. ROCÍO RIVAS



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

Formulario para Optar por No Participar en el Examen de la Vista

Estimado Padre/Madre/Tutor legal/Titular de los derechos educativos (Padres) de un estudiante de LAUSD,

La escuela de su hijo(a) posiblemente reciba la oportunidad de ofrecer un **EXAMEN DE LA VISTA** gratuito en sus instalaciones, a cargo de un profesional de atención médica con licencia. El propósito de estos eventos de chequeos consiste en identificar las necesidades de la vista de su hijo(a), conectarlos con la atención correspondiente, y eliminar las barreras de salud para el aprendizaje. Nota: Los eventos que ofrecen estos exámenes complementan y no sustituyen a los requisitos legales en materia de salud de la vista que exige el artículo 49455.5 del Código de Educación. Si el examen de su hijo(a) se lleva a cabo 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 especialista de la vista para una evaluación.

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

- ✓ No es necesario que tome tiempo libre del trabajo.
- ✓ Usted no tendrá que faltar al trabajo ni sus hijos a la escuela.
- ✓ El examen de la vista **GRATUITO** se realiza a cargo de un profesional con licencia.
- ✓ Anteojos con prescripción **GRATUITOS**, en caso de ser necesario

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/visionsscreening>



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 los profesionales que realicen el examen.

Si usted ***NO*** desea que su estudiante reciba un examen de la vista gratuito, por favor complete la parte inferior de esta carta y entréguela en la escuela de su estudiante **a más tardar la segunda semana de septiembre**. 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(a) reciba un examen de la vista.

Nombre del estudiante: _____ FDN: _____

☐ **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 optar por participar 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 la segunda semana de septiembre.***

**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

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