**Gobierno del Estado de Illinois**

**Departamento de Salud Pública**

**Forma de Exención para el Examen de la Vista**

**Por favor imprima:**

Nombre del estudiante Fecha de nacimiento

 (Apellido) (Nombre) (Inicial) (Mes/Día/Año)

Nombre de la escuela Nivel de grado Género [ ]  Masculino [ ]  Femenino

Dirección

 (Número) (Calle) (Ciudad) (Código Postal)

Teléfono

 (Código del área)

Padre o tutor legal

 (Apellido) (Nombre)

Dirección del padre o tutor legal

 (Número) (Calle) (Ciudad) (Código Postal)

**No puedo obtener el examen de la vista requerido porque:**

[ ]  Mi hijo(a) está inscrito(a) en asistencia médica/ALL KIDS, pero no podemos encontrar un doctor que haga los exámenes de la vista o un optometrista en la comunidad que pueda examinar a mi hijo(a) y acepte la asistencia médica/ALL KIDS.

[ ]  Mi hijo(a) no tiene ninguna cobertura médica o de visión/cuidado de la vista, mi hijo(a) no califica para recibir asistencia médica/ALL KIDS, no hay clínicas de la vista de bajo costo en nuestra comunidad que atiendan a mi hijo(a), y he agotado todos los medios y no tengo un ingreso suficiente para proveerle a mi hijo(a) un examen de la vista.

[ ]  Otra carga excesiva o falta de acceso a un optometrista o a un doctor que dé exámenes de la vista:

Firma Fecha

(Fuente: Añadido en 32 Ill. Reg. \_\_\_\_\_\_\_\_\_, efectivo en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)