

KinderSee

Conestoga Eye

Phone: (717) 541-9700 Fax: (717) 541-9705

Email: eyes@conestogaeye.com

conestogaeye.com



*Please complete these forms and return to
Mrs. Arelis Perez
at George Washington Elementary.*

Or

Send to:

Conestoga Eye

2104 Spring Valley Road

Lancaster, PA 17601

eyes@conestogaeye.com (email)

717.541.9705(fax)

This page intentionally left blank.

SCHOOL DISTRICT OF LANCASTER

Dear Parent,

I am excited to tell you about the KinderSee program in Lancaster School District and the impact it can have on your child. KinderSee conducts eye exams by under the direction of David Silbert MD FAAP a pediatric ophthalmologist who evaluates your child's eyes for any medical or vision issues. KinderSee also provides glasses or treatment to those students who have vision issues or vision loss.

If your child is eligible, the exam can take place during the regular school day and is provided at no out-of-pocket cost to you.

As you are probably aware, it is very important to identify eye issues when a child is young, so that they can be treated as soon as possible to prevent vision loss. Proper vision correction can dramatically improve a child's learning experience in and out of school.

We hope you will agree to let your child participate in this exam and encourage you to contact us at our office if you have any questions.

The clinic is located at:

KinderSee
George Washington Elementary School
545 South Ann Street
Lancaster, Pennsylvania 17602

Sincerely,

David I Silbert MD, FAAP
Pediatric Ophthalmologist
Conestoga Eye

DISTRITO ESCOLAR DE LANCASTER

Querido Padre ,

Estamos emocionados en decirle de nuestro programa KinderSee en el distrito de Lancaster y el impacto que puede tener en su hijo(a). KinderSee conducta exámenes bajo la dirección de Dr. Silbert MD FAAPun Oftalmologo, que evaluará los ojos de sus niños para problemas con la visión. KinderSee también proporciona gafas o tratamiento para estudiantes con problemas de visión.

Si su hijo(a) es elegible, el examen puede tener lugar durante el día escolar y no le costará nada.

Como usted debe saber, es importante identificar problemas de ojos a una edad joven, por lo tanto pueden ser tratados para prevenir pérdida de la visión. Corrección de la visión adecuada puede dramáticamente mejorar la experiencia de sus hijos (a) con su aprendizaje en su educación.

Esperamos que usted desee de que sus hijos(a) participen. Por favor llame a nuestra oficina con sus preguntas.

La clínica está localizada en:

KinderSee
George Washington Elementary School
545 South Ann Street
Lancaster, Pennsylvania 17602

Saludos,

David I Silbert MD, FAAP
Pediatric Ophthalmologist
Conestoga Eye

Nombre del Niño _____

Fecha de Nacimiento de Niño ____/____/____ Seguro Social del Niño _____
(mes/día/año)

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Nombre de Madre/Padre/Guadían _____ Telefono (____)_____

Escuela del Niño _____ Distrito Escolar _____

Origen Étnico del Niño (favor marcar todas las que apliquen)

- Africano American Asiático/Islands Pacificas Hispano/Latino Nativo Americano
 Blanco/Non-Hispano Otro _____

Hay alguien más que podemos hablar, aparte de mamá o papá sobre esta información en su nombre?

Nombre _____ Relacional Paciente _____ Telefono (____)_____

SEGURO MÉDICO

Nombre del Seguro _____ Número de identificación _____

¿Quién es el asegurado primario? _____ Número de grupo _____

Nombre del doctor de familia _____ Número de Teléfono (____)_____

¿Cuándo fue el último examen de la vista de su niño? Fecha _____ Nunca ha tenido un exam de la vista

¿Dónde fue el último examen de la vista? _____

¿Usa su niño gafas? Sí No ¿Ha tenido su niño cirugía en el ojo? Sí No

Favor marque cualquier condición que aplique a su niño:

- Artritis Retraso en el Desarrollo Diabetes Lesión en la cabeza
 ADHD Otro _____

¿Su niño fue prematuro? Sí No Tiempo de Gestación _____

¿Su niño está tomado algún medicamento? Sí No

Sí; Por favor liste: _____

Por favor explique cualquier otra condición médica que tenga su niño o cualquier alergia que tenga su niño:

Algún miembro de la familia sufre de lo siguiente: Ambliopía/Estrabismo (ojo vago) Glaucoma
 Otro _____

¿Tiene su niño alguna necesidad especial que debemos saber (desarrollo, emocional, etc.)?

No Sí (por favor explique) _____

¿Tiene usted alguna preocupación acerca de los ojos de su niño? Ha notado usted algún ojo virado, estrabismos de los ojos, dificultad leyendo?

Number of individuals in your household (including child) _____

Monthly Household Income before taxes \$ _____

My child is currently enrolled in the Free/Reduced Lunch Program Yes No

If your family meets or is under the listed annual income for your household size you are eligible for KinderSee. If your family exceeds this income an additional form will be sent home for your to sign. Some families who exceed this income level may not qualify for the KinderSee program.

| Household Size | Annual Income |
|----------------------------------------|---------------|
| 1 | \$ 23,760 |
| 2 | \$ 32,040 |
| 3 | \$ 40,320 |
| 4 | \$ 48,600 |
| 5 | \$ 56,880 |
| 6 | \$ 65,160 |
| 7 | \$ 73,460 |
| 8 | \$ 81,780 |
| <i>For each additional person add:</i> | \$ 8,040 |

Please return these forms to:
KinderSee
C/O Arelis Perez
George Washington Elementary
545 South Ann Street
Lancaster, PA 17602
(717) 291-6275

KinderSee Conestoga Eye

Número de personas viviendo en su hogar (incluyendo a su niño) _____

Ingreso mensual de la Familia antes de los impuestos \$ _____

Mi niño actualmente recibe Almuerzo Gratis/Reducido Sí No

Si su familia se reúne o está en la lista anual de los ingresos de su hogar usted es elegible para KinderSee. Si su familia es superior a la renta una forma adicional se enviará a su hogar para que lo firmen. Algunas familias que superan este nivel de ingresos no pueden calificar para el programa KinderSee.

| Tamaño de su hogar | Ingreso Anual |
|----------------------------------------------|----------------------|
| 1 | \$ 23,760 |
| 2 | \$ 32,040 |
| 3 | \$ 40,320 |
| 4 | \$ 48,600 |
| 5 | \$ 56,880 |
| 6 | \$ 65,160 |
| 7 | \$ 73,460 |
| 8 | \$ 81,780 |
| <i>Por cada persona adicional añada:</i> | \$ 8,040 |

Por favor devuelva el formulario del Aviso del las Prácticas de Privacidad y el Consentimiento para Tratamiento en el sobre adjunto a:

KinderSee
C/O Arelis Perez
George Washington Elementary
545 South Ann Street
Lancaster, PA 17602
(717) 291-6275

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICE
ACKNOWLEDGEMENT**

I acknowledge that I have received a copy of the Notice of Privacy Practice.

Parent/Guardian Signature

Parent/Guardian Name (please print)

Child's Name (please print)

Date

FOR OFFICE USE ONLY

Parent refused to sign acknowledgement of NPP receipt _____

The following circumstances prohibited the parent/guardian from signing the acknowledgement:

An emergency situation prevents the parent/guardian from signing the acknowledgement.

Office Personnel (Signature)

Name of Office Personnel (please print)

Date

**AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
RECONOCIMIENTO**

Yo reconozco que he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad.

Firma del Padre o Encargado

Padre / Encargado

Nombre del Niño (en letra de molde)

Fecha

Para uso de la oficina solamente

El Padre rechazó firmar el recibo del Reconocimiento de la NPP _____

La siguiente circunstancia no permitió que el padre/encargado firmara el Reconocimiento:

Una situación de emergencia evitó que el padre/encargado firmara el reconocimiento.

Empleado de la Oficina (firma)

Empleado de la Oficina (letra de molde)

Fecha

CONSENT FOR MEDICAL EYE EXAMINATION

Child's Name _____

Date of Birth _____

School _____

School District _____

Vision screening and screening for amblyopia (lazy eye) consists of checking a child's vision, and the performance of other tests such as photoscreening or other tests to detect a lazy eye. Medical Eye Examinations for those who fail screening includes, but is not limited to, dilation of eyes with eye drops, prescribing of eye glasses and careful examination of the eyes in the eye doctor's office during school hours (2104 Spring Valley Road, Lancaster, PA 17602).

I hereby authorize KinderSee, its ophthalmologists, optometrists and staff to provide medical eye care to the above named child if indicated. I understand that no guarantees have been made concerning the above named child's results of this vision screening, examination and treatment.

I understand that my consent is not required for KinderSee to use or disclose the above named child's health information to and from the following parties, and this may include the following activities, and others:

1. Ophthalmic health care personnel or facilities for the purpose of providing treatment or evaluation of the above named child's health related conditions, or for their payment activities.
2. To entities for treatment referrals such as the school health department, family independence agencies, health agencies and social service or assistance programs.
3. Any insurance company or third party payer, including government health care programs, for processing the claim and obtaining payment for the ophthalmic care provided, and for utilization review
4. To entities or business associates to perform health care operation activities on behalf of KinderSee including quality improvement, medical review, general business management and administrative activities.

I certify that the information given by me on behalf of the above named child in applying for payment under Title XIX, (Medicaid) of the Social Security Act or under any other governmental health care program or from any other third party payer is correct. Furthermore I authorize KinderSee to obtain the release from and to secure from anyone, medical, ophthalmic or other information about the above named child pertinent to qualify for Medicaid programs or benefits to release to and to secure from the Social Security Administration, the Pennsylvania State CHIP program or to other agencies or entities administering the Medicaid programs, or to intermediaries or carriers any information that is needed for this or a related Medicaid claim. I request that payment of authorized benefits be made on the behalf of the above named child to KinderSee for reimbursement for such ophthalmic care and treatment provided to the above named child.

I understand that the school is responsible for transportation of the above named child to and from KinderSee and if the above named child is injured during transportation to and from KinderSee or Family Eye Group, I release and hold harmless KinderSee on behalf of myself and the above named child, from any and all liability for personal injury.

I have read this consent for treatment, or have had it explained to me. I am the child's parent/guardian and I am authorized to consent on behalf of the above named child.

Parent/Guardian Signature

Parent/Guardian name (please print)

Child's name (please print)

Date

I hereby give permission to use my child's photo, video and name in an article or to be displayed in a newsletter.

Signature of parent or guardian _____

Parent/Guardian Signature

CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN MÉDICO DEL OJO

Nombre del Niño _____

Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____

Distrito Escolar _____

El examen de la visión y el examen de la ambliopía (ojo vago) consiste en comprobar la visión del niño y de hacer otros exámenes tales como el examen de luz y otros exámenes para detectar el ojo vago. El Examen Médico del Ojo para esos que fallan la prueba incluye, pero no se limita a, la dilación de los ojos con gotas, recetar espejuelos y un examen cuidadoso de los ojos en la oficina del doctor durante horas escolares (2104 Spring Valley Road, Lancaster, PA 17602).

Por este medio autorizo a KinderSee, sus oftalmólogos y empleados a proveer cuidado médico del ojo al niño arriba indicado. Entiendo que no se ha hecho ninguna garantía concerniente a los resultados del examen de visión y tratamiento del niño.

Entiendo que mi consentimiento no es requerido para que KinderSee utilice o divulgue la información de salud del niño mencionado arriba, y desde las siguientes partes, y esta información podría incluir las siguientes actividades y otras:

1. Empleados o lugares del cuidado de la salud oftálmica con el propósito de proveer tratamiento o evaluación de las condiciones relacionadas a la salud del niño arriba mencionado o para sus actividades de pago.
2. A entidades para el referido de tratamiento tales como el departamento de salud de la escuela, agencias de de la familia independientes y programas de servicios sociales o de asistencia.
3. A cualquier compañía de seguro u otro pagador, incluyendo programas del cuidado de la salud del gobierno, para proceso de reclamación y de obtener pagos por el cuidado oftalmológico provisto, y por el uso de revisión.
4. A las entidades y a los socios de negocios para realizar actividades de operaciones del cuidado de la salud a nombre de KinderSee incluyendo la mejora de la calidad, revisión médica, manejo general del negocio y actividades administrativas.

Certifico que la información que he dado a nombre del niño arriba mencionado para solicitar el pago bajo el Título XIX, (Medicaid) del Acto de Seguro Social o bajo cualquier otro programa gubernamental del cuidado médico o de cualquier otro pagador de tercera persona es correcta. Además autorizo a KinderSee a obtener la autorización de y para asegurar de cualquier persona, la información médica, oftálmica u otra información sobre el niño arriba mencionado para cualificar para los programas de Medicaid o beneficios para autorizar a, y para asegurar de la Administración del Seguro Social, el programa CHIP del estado de Pennsylvania o a otras agencias o entidades administrando los programas de Medicaid, o a los intermediarios o a los portadores de cualquier información que sea necesaria para esto o reclamación relacionada con Medicaid. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga a KinderSee en nombre del niño arriba mencionado para el reembolso del cuidado y tratamiento oftálmicos provistos al niño arriba mencionado.

Entiendo que la escuela es responsable por el transporte del niño arriba mencionado a, y desde KinderSee y si el niño arriba mencionado sufre alguna lesión durante el transporte a, y desde KinderSee o a Family Eye Group, yo relevo y sostengo inofensivo a KinderSee en mi nombre y a nombre del niño arriba mencionado, de cualquiera y de toda la responsabilidad por daños corporales.

He leído este consentimiento para tratamiento, o me ha sido explicado. Soy el padre/encargado del niño y estoy autorizado/a consentir a nombre del niño arriba mencionado.

Firma del Padre/Encargado

Nombre del Padre/Encargado (letra de molde)

Nombre del Niño (letra de molde)

Fecha

Yo autorizo para que utilicen fotos, videos y el nombre de mi hijo (a) en artículos o para ser exhibidos en la escuela.

Firma del Padre/Guardian