



**Departamento de Salud Pública de Illinois**  
**Formulario de Renuncia Voluntaria del Examen de la Vista**

Con letra de molde por favor:

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial Mes/Día/Año

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Sexo  Masculino  Femenino

Dirección \_\_\_\_\_  
(Número) (Calle) (Ciudad) (Código Postal)

Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Código de area)

Nombre del Padre/Encargado: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Dirección del Padre/Encargado: \_\_\_\_\_  
(Número) (Calle) (Ciudad) (Código Postal)

No puedo obtener el examen de la vista requerido porque:

- Mi hijo está inscrito en la asistencia médica / ALL KIDS, pero no hemos podido encontrar un médico que hace exámenes de la vista o un optometrista de la comunidad que es capaz de examinar mi hijo y acepta la asistencia médica / ALL KIDS.
- Mi hijo no tiene ningún tipo de cobertura médica o de la visión, mi hijo no califica para recibir asistencia médica / ALL KIDS, no hay clínicas de visión de bajo costo en nuestra comunidad que verán a mi hijo, y yo he agotado todos los otros medios y no tengo ingresos suficientes para proporcionar a mi hijo con un examen de los ojos.
- Otro carga excesiva o la falta de acceso a un optometrista o un médico que ofrece exámenes de la vista: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Source: Added at 32 Ill. Reg. \_\_\_\_\_, effective \_\_\_\_\_)