



**NEW YORK CITY DEPARTMENT OF HEALTH AND MENTAL HYGIENE**  
 Mary T. Bassett, MD, MPH  
*Commissioner*

**NEW YORK CITY DEPARTMENT OF EDUCATION**  
 Carmen Fariña  
*Chancellor*

Estimado padre, madre o tutor:

¿Sabía usted que el 25% de todos los niños no pasan el examen de la visión? Estos alumnos a menudo requieren anteojos para leer o ver el pizarrón. Su hijo puede recibir el examen y anteojos, de necesitarlos, gratuitamente por medio de un programa patrocinado por el Departamento de Salud y Salud Mental, el Departamento de Educación y la compañía Warby Parker Eyewear.

La escuela de su hijo le informará con anticipación cuándo se llevará a cabo el examen de la visión. Sea tan amable de asegurarse de que su hijo no falte, ya que solamente contamos con financiamiento para visitar cada escuela una vez al año.

Se examinará la visión de su hijo para ver de cerca (leer un libro), y para ver de lejos (leer del pizarrón) usando gráficos de letras o símbolos. No se colocarán gotas ni instrumentos en los ojos de los alumnos.

Un doctor examinará a los alumnos que no puedan ver las letras o los símbolos el mismo día. Si el doctor le receta anteojos, ayudaremos a su hijo a elegir un marco. Su hijo recibirá los anteojos y las instrucciones para usarlos alrededor de dos semanas después.

Si NO desea que su hijo obtenga estos servicios del programa de la visión, por favor llene y devuelva a la escuela la sección que figura debajo.

Ante cualquier inquietud sobre este programa, no dude en llamar a Paula Johnson, Directora de Optometría, al 718-310-2849 o a Marcia Rodriguez, supervisora de la Unidad de Seguimiento, al 718-310-2875 (habla español).

Atentamente,

Thomas Phelan  
 Director del Programa de Optometría de Salud Escolar

**COMPLETE ESTE FORMULARIO SI NO DESEA QUE SE EXAMINE LA VISIÓN DE SU HIJO**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre y apellido del padre/madre) NO deseo que mi hijo reciba estos servicios del programa de la visión del DOHMH.

**Nombre y apellido del alumno:** \_\_\_\_\_

**Nombre y apellido del padre, madre o tutor:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre, madre o tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Número telefónico durante el día:** \_\_\_\_\_

**Escuela:** \_\_\_\_\_ **Class:** \_\_\_\_\_