



SPARE PAIR & REPLACEMENT PROGRAM



EYEGLASSES REQUEST FORM

(Please Print Legibly)

Student's First Name: _____ Last Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Home Phone #: _____ Cell #: _____

Sex (Select): M F D.O.B. _____

Ethnicity (Check): Hispanic or Latino American Indian or Alaska Native Asian Black
Native Hawaiian or Other Pacific Islander White Two or more races

School Nurse's Name: _____ Phone #: _____

School District: _____ School Name: _____

Parents/Guardians

1. Complete and return this form to the school nurse or administrator. This form will be submitted to NM Lions Operation KidSight via fax at 575-524-1699 or scanned to email at nmlionskidsight@gmail.com to request a spare pair of glasses to be made and delivered directly to the school.
2. The glasses provided will remain at the school until the end of the school year or disenrollment.
3. NM Lions Operation KidSight/Save Our Children's Sight Fund will provide a pair of prescription eyeglasses including a fashion frame with polycarbonate lenses. Any options or special treatments to the requested glasses will not be considered without a letter of medical necessity written by the eye doctor that performed the current exam. The Nurse will receive pictures via email or sample frames in their office for your child to choose from for their Spare Pair.

Please Read and Sign the Agreement Below:

By signing this form you understand and consent to the following:

I, the parent/legal guardian, give my permission for the attending eye care professional and/or optician to furnish the school nurse listed above and NM Lions Operation KidSight Central Office with my child's current eye glasses prescription including the pupil distance measurement and frame size to have a spare pair of glasses to stay at school. I understand all HIPPA privacy regulations will be followed.

Print Parent/Guardian Name Parent/Guardian's Signature Date

Eye Doctors Office Name: _____ City: _____

Eye Doctors Phone: _____

IF GLASSES PROVIDED AT DIFFERENT LOCATION

Glasses Provider Office Name: _____ Phone: _____

To Be Completed by School Nurse/Administrator:

Frame Information: Model ID: _____ Color: _____ Size: _____
(Example: L8020) (Example: Navy) (Example: 49/15/140)



PROGRAMA DE PAR DE REPUESTO



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ANTEOJOS

(Por favor imprima legiblemente)

Nombre del Alumno: _____ Apellido: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Número de Teléfono: _____ Número de Celular: _____
 Sexo (Seleccionar): H M Fecha de Nacimiento: _____
 Etnicidad (Marcar): Hispano o Latino Raza: Nativo Americano o Nativo de Alaska
 Asiático Negro Nativo de Hawaii u otras Islas del Pacífico Blanco Multiracial
 Nombre de Enfermera Escolar: _____ Número de Teléfono: _____
 Distrito Escolar: _____ Escuela: _____

Padres/Tutores

1. Complete y devuelva este formulario a la enfermera o administrador de la escuela. Este formulario será enviado a NM Lions Operation KidSight por fax al 575-524-1699 o escaneada por correo electrónico a nmlionskidsight@gmail.com para solicitar que se fabriquen y entreguen un par de anteojos directamente a la escuela.
2. Los anteojos proporcionados permanecerán en la escuela hasta el final del año escolar o la cancelación de inscripción escolar.
3. NM Lions Operation KidSight / Save Our Children's Sight Fund proporcionará un par de anteojos recetados que incluyen un marco de moda con lentes de policarbonato. Cualquier opción o tratamiento especial de lentes solicitadas no se considerará sin una carta de necesidad médica escrita por el oculista que realizó el examen actual. La enfermera recibirá fotos por correo electrónico o marcos de muestra en su oficina para que su hijo/a elija su Par de Repuesto.

Por Favor Lea y Firme El Acuerdo a Continuación:

Al firmar este formulario, usted comprende y acepta lo siguiente:

Yo, el padre / tutor legal, doy mi permiso para que el profesional de la vista y / o óptico que atiende proporcione a la enfermera de la escuela, mencionada anteriormente y a la Oficina Central de NM Lions Operation KidSight, con la información actual de prescripción de anteojos incluyendo la medida de la distancia de la pupila y el tamaño del marco de mi hijo/a para tener un par de anteojos de repuesto que se quedaran en la escuela. Entiendo que se seguirán todas las normas de privacidad de HIPPA.

Nombre del Padre/Tutor

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Nombre del Consultorio del Oculista: _____ Ciudad: _____

Teléfono del Oculista: _____

SI SUS LENTES SON PROPORCIONADOS POR UNA ÓPTICA DIFERENTE

Nombre del consultorio médico/óptica que le proporciona sus lentes: _____

Teléfono: _____

Completado por la Enfermera/Administrador de la Escuela:

Información del Marco: ID del Modelo: _____ Color: _____ Medida: _____
(Ejemplo: L8020) (Ejemplo: Navy) (Ejemplo: 49/15/140)