

VOUCHER #: \_\_\_\_\_  
DATE ISSUED: \_\_\_\_\_

TO BE FILLED OUT BY SCHOOL NURSE (please print)

Student's Name: \_\_\_\_\_ Sex (Circle): M F D.O.B. \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Home Phone #: \_\_\_\_\_ Cell #: \_\_\_\_\_

School Name: \_\_\_\_\_ School District: \_\_\_\_\_

School Nurse's Name: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

It has been verified from a vision screening that the student needs an eye exam.

It has been verified that student is not covered by Medicaid or insurance. Verification Code: \_\_\_\_\_

I have contacted and sent this completed voucher to the student's parent/guardian for signature.

I have coordinated with the NM Lions Operation KidSight Central Office Program Manager

**The phone number to activate this voucher is 575-525-5631 and fax number 575-524-1699 or scan to email [nmlionskidsight@gmail.com](mailto:nmlionskidsight@gmail.com) for submission of completed form**

\_\_\_\_\_  
School Nurse's Signature

\_\_\_\_\_  
Email Address

\_\_\_\_\_  
Date

**Padres/Tutores**

- 1) El/la enfermera de la escuela rellena esta forma que indica que su hijo necesita un examen completo de los ojos provisto de un optometrista u oftamólogo. El/la enfermera le da a Usted (padres/tutor) una lista de proveedores de cuidado ocular. **Usted necesita llamar** a una de esas oficinas para hacer una cita para un examen de los ojos para su hijo. Dile a la oficina que el examen estará pagado por NM Lions Operation KidSight.
- 2) Si el examen de optometrista u oftamólogo indica que necesita espejuelos el fondo de NM Operation KidSight/Operation Save Our Children's Sight paga por una montura de moda y también lentes básicos hecho de policarbonata (lo que usa para todos los niños bajo de 19 años). Cualquier mejora, como lentes transiciones o ahumados NO está incluido.
- 3) Tiene que dar esta forma al optometrista que hace el examen de los ojos en el momento del examen. *Esta forma no se puede transferar o usar por otra persona sino cuyo nombre está escrito encima. Copias o fax no se puede combinar con otra oferta o promoción.*
- 4) Por favor, lea y firma el acuerdo abajo:

\_\_\_ Yo, el padre o tutor legal, admito que mi hijo no está cubierto por Medicaid ni seguro privado que cubriría el precio de un examen ocular y el tratamiento (como espejuelos) si sea necesario.

**Firmar con las iniciales si tiene seguro pero ya lo usó para este año y no hay fondos en este momento.**

\_\_\_ **Numero Medicaid:** \_\_\_\_\_

\_\_\_ Yo, el padre o tutor legal, doy permisión al/a la optometrista para dar los resultados del examen ocular a NM Lions Operation KidSight Central Office para facilitar el pago del examen y espejuelos. Entiendo que las regulaciones de la privacidad de HIPPA estará seguido.

\_\_\_ **Entiendo que este cupón expira 30 días de la fecha emitido.**

\_\_\_\_\_  
Nombre o padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha