

Formulario de Exención de Examen Ocular por Illinois

Nombre de Estudiante _____
(Apellido) (Primer) (Inicial del segundo nombre)

Fecha de Nacimiento _____ Género: ___ M ___ F Nivel del Grado _____
(Mes/Día/Año)

Dirección _____
(Número) (Calle) (Ciudad) (Código postal)

Número de Teléfono _____
(Código de área)

Padre/Tutor _____
(Apellido) (Primer)

Dirección de Padre/Tutor _____
(Número) (Calle) (Ciudad) (Código postal)

No puedo mandar el examen ocular de mi hijo(a) porque:

___ Mi hijo(a) tiene seguro de salud/ALL KIDS, pero no podemos encontrar un médico que realice exámenes oculares o un optometrista en la comunidad que pueda examinar a mi hijo(a) con un examen ocular.

___ Mi hijo(a) no tiene seguro de salud, mi hijo(a) no califica para ALL KIDS, no hay clínicas de visitas/ oculares de bajo costo en nuestra comunidad que puedan ver a mi hijo, y no tengo lo suficiente para realizarle un examen ocular a mi hijo.

___ Otra razón: _____

Firma de Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

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