



GWINNETT COUNTY
PUBLIC LIBRARY

Sistema de Bibliotecas Públicas del Condado de Gwinnett Exámenes de la vista y lentes GRATIS para niños de 5 a 18 años

Fecha: 1 de junio de 2022 de las 9:30am a las 3:00pm

Lugar: Sede de Buford, 2100 Buford Hwy,
Buford, GA 30518

¡NO se aceptarán visitas sin citas! ¡Espacios limitados!
Se **DEBE** preinscribirse por enviando este formulario
a Georgia@visiontolearn.org

Los exámenes se realizan por orden de llegada.
**Recibirá un correo electrónico de confirmación SI su
hijo ha sido elegido para un examen.**

Este verano, el Sistema de Bibliotecas Públicas del Condado de Gwinnett, en coordinación con Vision To Learn, ofrecerá exámenes de visión y, si es necesario, anteojos para su hijo. **Estos servicios son gratuitos y se le proporcionarán SIN COSTO alguno.** El cuidado de la visión de calidad es un componente importante para la educación; los estudiantes que no pueden ver regularmente tienen dificultades para aprender a leer, ver el pizarrón, y tener éxito académico.

Durante el curso de este evento, su hijo será evaluado. Si su hijo no pasa la evaluación, un optometrista capacitado y con licencia le hará un examen básico de los ojos y si es apropiado le recetará lentes. Se le informará si su hijo necesita atención de seguimiento.

Después del examen de visión, si su hijo necesita lentes tendrá la oportunidad de escoger de una variedad de marcos y se le ordenarán los lentes para su hijo. Aproximadamente 4 o 6 semanas después, Vision To Learn regresará a la biblioteca para entregar los lentes de su hijo. El personal de la biblioteca le notificará una vez que los lentes estén listos para recogerlos. **El examen ocular y los anteojos están disponibles para todos los estudiantes que lo necesiten, sin ningún costo para los padres o para los niños, ¡ES GRATIS!**

**A la luz de nuestros protocolos de seguridad del COVID-19, queremos asegurar la seguridad de nuestros pacientes y empleados. Hemos creado una experiencia para nuestros clientes y pacientes que prioriza la higiene y seguridad sin sacrificar nuestra calidad de atención. *Se requiere el uso de cubrebocas en la clínica de visión médica.*

Devuelva este formulario si desea que su hijo participe:

Por favor escriba toda la información con letra de IMPRENTA: (Por favor ESCRIBA CLARAMENTE y complete todas las secciones)

Nombre completo del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____

Grado: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombra del padre o tutor legal: _____

Dirección: _____
