



Proyecto DOVES
Formulario de consentimiento de los padres/guardián

Estudiante _____

Los padres/guardián deberán estar de acuerdo con las siguientes pautas del Proyecto DOVES:

1. Autorizar a mi hijo/a a participar del Proyecto DOVES.
2. Autorizar para que se dé el informe del examen de la vista de mi hijo/a al Centro de Servicios Educativos de la Región 4 y al Centro para Mejorar la Vista de la Universidad de Houston para utilizarlo durante la evaluación de baja visión.
3. Asegurar que un miembro de la familia adulto consultará con un miembro certificado del personal de la escuela para programar la cita con el Centro para Mejorar la Vista.

Maestro del estudiante con problemas visuales Teléfono Correo electrónico

(El maestro del estudiante con problemas visuales deberá completar la información anterior antes de entregar este formulario al padre/madre o tutor)

4. Asegurar que un miembro de la familia adulto/tutor **transportará y acompañará** a mi hijo/a a las visitas iniciales y de seguimiento en el Centro para Mejorar la Vista ubicado en:

Universidad de Houston, Center for Sight Enhancement
505 J. Davis Armistead Building
4901 Calhoun Road, Houston, Texas 77204
Teléfono: 713.743.2020

5. Asegurar que se llevarán a cabo todas las evaluaciones y visitas de seguimiento que soliciten el Proyecto DOVES y el Centro para Mejorar la Vista.
6. Asegurar que los dispositivos recetados estarán disponibles para ser utilizados en la escuela durante el horario escolar.
7. ¿Cuáles son los problemas visuales de su hijo? _____

Firma del padre/madre o tutor Fecha

Domicilio/Ciudad/Código Postal

Número de teléfono durante horas el día Correo electrónico
Beneficios disponible de Medicaid SI No

