



Biblioteca Pública del Condado de Cobb

¡Examen de la vista y anteojos GRATIS para niños!

21 de junio de 2022 de 9:30 am a 3:00 pm

Sibley Library, 1539 South Cobb Drive, Marietta, GA

¡NO se aceptarán visitas sin cita previa! ¡El espacio es limitado!

DEBE registrarse previamente enviando este formulario por correo electrónico a

Georgia@visiontolearn.org

Los exámenes son por orden de llegada. Recibirá un correo electrónico de confirmación SI su hijo ha sido seleccionado para un examen.

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

Durante el transcurso de este evento, su hijo será evaluado. Si su hijo no pasa el examen, un optometrista capacitado y con licencia le realizará un examen ocular básico a su hijo y le recetará anteojos, si corresponde. Se le informará si su hijo puede necesitar atención de seguimiento.

Después del examen de la vista, si su hijo necesita anteojos, tendrá la oportunidad de elegir entre una variedad de monturas y se pedirán anteojos para su hijo. Aproximadamente de 4 a 6 semanas después, Vision To Learn regresará a la biblioteca para entregar los anteojos de su hijo. El personal de la biblioteca le notificará una vez que los anteojos estén listos para que los recoja. **El examen de la vista y los anteojos están disponibles para todos los estudiantes que los necesiten, sin costo de bolsillo para los padres o los niños. ¡¡¡GRATIS!!!**

**Ante nuestros protocolos de COVID-19, queremos garantizar la seguridad de nuestros pacientes y empleados. Hemos creado una experiencia para el cliente y el paciente que prioriza la higiene y la seguridad sin sacrificar nuestra calidad de atención. * Se requieren máscaras en la clínica de visión médica*

Devuelva este formulario si desea que su hijo participe:

Por favor IMPRIMA toda la información: (ESCRIBA CLARAMENTE y complete todas las secciones)

Nombre completo del niño: _____ **Fecha de nacimiento**

del niño: _____ **Grado:** _____ **Número de teléfono:** _____

Correo electrónico: _____

Nombre del parente/tutor: _____

Dirección: _____