REFERENCIA DE EXAMEN DE LA VISTA

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Maestro/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado\_\_\_\_\_\_\_\_

Estimado Padre o tutor:

El estado de Washington añadió el examen de visión cercana a los requisitos de la escuela y actualizó el procedimiento de cribado de la visión a distancia a partir de julio de 2017. (Capítulo 246-760 WAC)

Los exámenes de visión se completaron recientemente para la clase de su hijo/a. Los resultados revelan que su hijo puede tener dificultades para ver. El cribado en la escuela no es un sustituto de un examen ocular completo. Por favor, programe una cita con un profesional de la visión con licencia para un examen de la vista integral y lentes correctivas si es necesario. Después de que su hijo haya sido evaluado, y este formulario de referencia completo, por favor devuélvalo a la escuela.

***Los resultados del cribado de la visión***

**La distancia de visión**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Derecho** | **Izquierda** | **Comentarios** |
| Sin gafas  [ ]  Con gafas  [ ]  | Pase [ ]   Consulte [ ]  | Pase [ ]   Consulte [ ]  |  |

**La visión de cerca**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Los Dos Ojos** | **Comentarios** |
| Sin gafas    [ ]  Con gafas [ ]  | Pase [ ]   Consulte [ ]  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La enfermera Número de teléfono de la enfermera de la escuela

Esta parte del formulario debe ser completada por el profesional del cuidado de la visión; por favor devuelva el formulario a la escuela.

***Findings and Recommendations from Professional Eye Exam***

Diagnosis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Corrective lenses needed [ ] YES [ ] NO

 [ ]  Glasses [ ]  Contact lenses [ ]  Other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Best corrected acuity R \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

When corrective lenses are to be worn [ ]  At all times [ ]  Reading only [ ]  Other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Preferential seating in classroom [ ] YES [ ] NO

Special visual aids \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Other recommendations/comments \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Follow-up appointment date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Signature Printed name Date Telephone