Remisión para examen visual

Alumno:_____ Fecha de nacimiento:_____ Escuela:_____

Estimado padre o tutor:
Un examen de la visión realizado recientemente en la escuela indicó que su hijo puede tener un problema visual. Recomendamos que se lleve a cabo un examen visual a cargo de un profesional. Lleve este formulario con usted en el momento del examen y entréguelo completo a la escuela. Si tiene alguna pregunta, llame al centro de salud al _____.

Evaluación de Servicios de Salud:_____ Fecha:_____

Informe escolar para el examinador de la visión:

Remitimos a este alumno para que sea examinado por el siguiente motivo:

No aprobó la prueba Snellen: ☐ Derecho: 20/_____ ☐ Izquierdo: 20/_____

Señales o síntomas de problemas visuales: _____

Informe del examinador de la visión para la escuela:

1. Agudeza visual:
   (a) Sin corrección D 20/_____ I 20/_____
   (b) Con corrección D 20/_____ I 20/_____
   (c) Agudeza de la visión cercana D 20/_____ I 20/_____
2. Anteojos: ☐ Recetados ☐ No recetados
   ☐ Para usar en forma permanente
   ☐ Sólo para ver de cerca al trabajar
   ☐ Sólo para ver a la distancia
   ☐ Para usar durante juegos y deportes
3. Diagnóstico: _____
4. ¿Cuándo debe volver el alumno para un nuevo examen? _____
5. Comentarios: _____

   _____

Examinador de la visión: _____ Fecha: _____

Dirección de la clínica: _____

_____

Entregue el formulario completo en la oficina escolar: _____

_____

For school office use only*: Updated information entered into Skyward Date:* _____ *By*_____