

AVISO: PADRES, SU HIJO NECESITA UN EXAMEN DE OJOS Y VISIÓN

DATE _____ SCHOOL _____
FECHA _____ ESCUELA _____
STUDENT _____ GRADE _____ TEACHER _____
ESTUDIANTE _____ GRADO _____ MAESTRO/A _____

YOUR CHILD PASSED THE EYE AND VISION TEST
SU HIJO PASO ES EXAMEN DE OJOS Y VISIÓN: SI NO

REASON FOR NOT PASSING RAZÓN POR LA CUAL SU HIJO NO PASO ES EXAMEN DE OJOS Y VISIÓN

BLURRED VISION AT DISTANCE VISIÓN BORROSA A DISTANCIA <input type="checkbox"/>	EYE MUSCLE PROBLEM PROBLEMAS CON MUSCULOS DE LOS OJOS <input type="checkbox"/>
BLURRED VISION AT NEAR VISIÓN BORROSA DE CERCA <input type="checkbox"/>	EYE HEALTH SALUD ÓPTICA <input type="checkbox"/>
PLUS (+) LENS TEST EXAMEN DE CRISTAL DE MAS AUMENTO <input type="checkbox"/>	OTHER _____ OTRA RAZÓN <input type="checkbox"/>

ESTIMADOS PADRES,
El desarrollo académico de su hijo(a) depende en su habilidad de ver. El ochenta por ciento (80%) de lo que aprende su hijo llega vía su visión. Si su hijo(a) necesita ayuda, por favor no lo prive de la oportunidad de ejercer igual a los otros alumnos.

LA LEY ESTATAL DECLARA: El niño que no-pasa el examen de ojos y visión debiera ser examinado por un optómetra u oftalmólogo dentro de 60 días del día que ustedes los padres reciben el aviso que indica la razón por la cual su hijo(a) no paso el examen de ojos y visión. CODIGO ANOTADO DEL ESTADO DE ARKANSAS §6-1801502.

GRACIAS POR SU APOYO.

PARENT AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL (EYE) INFORMATION. SIGNATURE REQUIRED
AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN MÉDICA (DE OJOS Y VISIÓN)
FIRMA DE PADRES: _____

REPORT OF DOCTOR'S EVALUATION

<u>VISUAL ACUITY</u>	@ 20FT	@ NEAR	WITH RX:	@ 20 FT.	@ NEAR
WITHOUT RX	RIGHT 20/____	20/____		RIGHT 20/____	20/____
	LEFT 20/____	20/____		LEFT 20/____	20/____

EYE MUSCLES A-NORMAL B-ABNORMAL
ACCOMMODATION: _____ CONVERGENCE: _____ BINOCULARITY: _____ EYE MOVEMENT: _____

<u>EYE/VISION DIAGNOSIS</u>				
RIGHT HYPEROPIA _____	MYOPIA _____	ASTIGMATISM _____	AMBLYOPIA _____	MUSCLE PROBLEM _____
LEFT HYPEROPIA _____	MYOPIA _____	ASTIGMATISM _____	AMBLYOPIA _____	MUSCLE PROBLEM _____

INTERNAL AND EXTERNAL EYE HEALTH: _____

GLASSES PRESCRIBED: YES NO TO BE WORN: FULL TIME DISTANCE ONLY READING ONLY

OTHER PROBLEMS, COMMENTS OR INSTRUCTIONS: _____

DATE OF EXAMINATION: ____/____/____ DATE OF RE-EXAMINATION: ____/____/____

EXAMINERS NAME: _____ SIGNATURE: _____

ADDRESS: _____ PHONE: _____ DATE: _____

PLEASE FAX TO: _____ FAX NUMBER: _____