



La ley de Illinois requiere la prueba de que un optometrista o médico (como un oftalmólogo) quien provea un examen ocular se entregue a la escuela a más tardar el 15 de octubre del año en que el niño se inscribió por primera vez o según lo que requiera la escuela para otro tipo de examen en los niños. El examen debe completarse dentro de un año antes del primer día del año escolar en que el niño ingresa al sistema escolar de Illinois por primera vez. El padre de cualquier niño que no puede obtener un examen debe enviar un formulario de exención a la escuela.

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

(Apellido) (Nombre) (Inicial segundo nombre)

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

(Mes/Día/Año)

Padre o Guardian \_\_\_\_\_

(Apellido) (Nombre)

Teléfono \_\_\_\_\_

(Código de área)

Dirección \_\_\_\_\_

(Número) (Calle) (Ciudad) (Código Postal / ZIP)

Condado \_\_\_\_\_

**Para ser completado por el Doctor Examinador**

**Historial de Caso**

Fecha del examen \_\_\_\_\_

Historia Ocular:  Normal o Positivo para \_\_\_\_\_

Historia Médica:  Normal or Positivo para \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos:  NKDA o Alérgico a \_\_\_\_\_

Otra información \_\_\_\_\_

	Distancia			Cerca
	Derecha	Izquierda	Ambos	Ambos
Agudeza visual no corregida	20/	20/	20/	20/
Mejor agudeza visual corregida	20/	20/	20/	20/

**Examinación**



Fue la refracción realizada con dilatación?  Si  No

	Normal	Anormal	No se puede evaluar	Comentarios
Examen externo (párpados, pestañas, córnea, etc.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Examen Interno (vítreo, lentes, fundus, etc.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reflejo Pupilar (pupilas) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Función binocular (estereopsis) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alojamiento y vergencia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Color vision _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Evaluación del Glaucoma _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Evaluación Oculomotora _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Otro \_\_\_\_\_

NOTA: "No se puede evaluar" se refiere a la incapacidad del niño para completar el examen, no a la incapacidad del médico para realizar el examen

**Diagnosis**

Normal  Miopía  Hipermetropía  Astigmatismo  Estrabismo  Ambliopía

Otros \_\_\_\_\_

**Recomendaciones**

1. Lentes correctivos:  No  Si, lentes o contactos deben ser usados para:
  - Uso constante  Visión de cerca  Visión de lejos
  - Retirarlos en la clase de Educación Física



2. Asiento preferencial recomendado:  No  Si

Comentarios \_\_\_\_\_

3. Recomendación para una re-evaluación:  3 meses  6 meses  12 meses

Otro \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

Escriba su nombre \_\_\_\_\_ Número de Licencia \_\_\_\_\_

Optometrista o médico (como un oftalmólogo) quien proporcionó el examen ocular  MD  OD  DO

**Consentimiento del Padre o Guardián**

Acepto dar la información anterior sobre mi hijo o tutela a la escuela o a las autoridades de salud correspondientes.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Firma del padre o guardian)

(Fecha)

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(Fuente: Enmendado en 32 Ill. Reg. \_\_\_\_\_, efectivo \_\_\_\_\_)