



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 _____)