

Dear Parent/Guardian:

Each year vision screening is conducted on all third graders as mandated by the Commonwealth of Virginia. The results of the screening conducted on your child are as follows:

_____	Date of screening	_____	Date of screening
_____	Right eye	_____	Right eye
_____	Left eye	_____	Left eye

Ideal results for children this age are 20/20 or 20/30. As this test was conducted for the purposes of screening not diagnosis, it is recommended that you have your child's vision tested by an eye doctor such as an optometrist or ophthalmologist.

When your child has had an examination, please have the doctor or clinic complete the form at the bottom of this page and return it to the school.

If you have any questions regarding the screening procedure please contact me at the school. Thank you for your cooperation.

Sincerely,

School Nurse

Doctor or clinic: Please complete this form and return it to me at the above address:

I have examined _____

Findings: _____

Recommendations: _____

Date: _____

Signature _____

Estimados padres o apderados:

El Estado de Virginia exige que todos los años se les haga un examen de la vista a todos los alumnos de tercer grado. Los resultados del examen que se le hizo a su hijo fueron los siguientes:

_____	Fecha del examen	_____	Fecha del examen
_____	Ojo derecho	_____	Ojo derecho
_____	Ojo izquierdo	_____	Ojo izquierdo

Los resultados ideales para los niños de esta edad son 20/20 ó 20/30. Debido a que este examen de la vista se hizo como evaluación y no con el propósito de hacer un diagnóstico, se recomienda que un médico especialista en ojos, como ser un optometrista o un oftalmólogo, examine la vista de su hijo.

Cuando le hagan el examen de la vista a su hijo, por favor pídanle al médico o al personal del consultorio que completen el formulario que hay al final de la página y que lo devuelvan a la escuela.

Si tienen alguna pregunta con respecto al procedimiento del examen de la vista, por favor comuníquense conmigo en la escuela. Gracias por su colaboración.

Atentamente,

Enfermera de la escuela

Médico o personal del consultorio: Por favor completen este formulario y devuélvanmelo a la dirección que aparece arriba:

He examinado a _____

Resultados: _____

Recomendaciones: _____

Fecha: _____

Firma _____