



La ley de Illinois requiere que se entregue a la escuela la prueba de un examen de la vista realizado por un optometrista o médico (como un oftalmólogo) que realiza exámenes de la vista, a más tardar del 15 de octubre del año en que se inscribió al niño por primera vez o según lo exija la escuela para otros 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 pueda obtener un examen debe presentar un formulario de exención a la escuela.

Nombre del/la Estudiante _____
(Primer Apellido) (Nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Grado _____
(Día/Mes/Año)

Padre/Madre/Guardián _____
(Primer Apellido) (Nombre)

Teléfono _____
(Código de Área)

Dirección _____
(Calle) (Número) (Ciudad) (Código Postal)

Condado _____

Para Ser Completado por el/la Doctora Examinadora

Historia del Caso

Fecha del Examen _____

Historia Ocular: Normal o Positivo para _____

Historia Médica: Normal o Positivo para _____

Alergias a Medicamentos: NKDA o Alérgico(a) a _____

Otra información _____

Examen

	Distancia			Cerca
	Derecho	Izquierdo	Ambos	Ambos
Agudeza visual no corregida	20/	20/	20/	20/
Mejor agudeza visual corregida	20/	20/	20/	20/

¿Se realizó la refracción con dilatación? Sí 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, lente, fondo del ojo, 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"/>	_____
Acomodación y vergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Color de la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Evaluación de glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Evaluación oculomotora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

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.

Diagnos

Normal Miopía Hipermetropía Astigmatismo Estrabismo Ambliopía

Otro _____



Recomendaciones

1. Lentes Correctivos: No Sí, se deben usar anteojos o lentes de contacto para:
 Desgaste constante Visión cercana Visión lejana
 Pueden ser removidos para educación física

2. Se recomienda un asiento preferencial: No Sí

Comentarios

3. Se recomienda una reevaluación: 3 meses 6 meses 12 meses

Otro _____

4. _____

5. _____

Nombre en letra de imprenta _____

Número de Licencia _____

Optometrista o médico (como un oftalmólogo)
que realizó el examen ocular MD OD DO

Dirección

Teléfono _____

Firma _____

Fecha _____

<p>Consentimiento del Padre/Madre/Tutor Acepto divulgar la información anterior sobre mi hijo/a o dependiente a las autoridades escolares o de salud apropiadas.</p> <p>_____</p> <p>(Firma del padre o tutor)</p> <p>_____</p> <p>(Fecha)</p>
--

(Fuente: Modificado en 32 Ill. Reg. _____, efectivo _____)