



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.

**Diagnosis**

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><b>Consentimiento del Padre/Madre/Tutor</b>  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 \_\_\_\_\_)