

**FORMA DE REGISTRO DE PREESCOLAR
PARA LAS ESCUELAS DEL
CONDADO DE RUSSELL**

PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE

2023-2024

KSI Start Date _____ End Date _____
____ NT – Non Transported
____ T1 – Over 1 mile twice daily
____ T2 – Under 1 mile twice daily
____ T3 – Over 1 Mile Once Daily
____ T4 – Under 1 Mile Once Daily
____ T5 – Handicapped-Special Vehicle

(Nombre oficial del Acta de Nacimiento)

Nombre del Niño(a) _____ Nombre como le dicen en la casa _____
Apellidos Primer nombre Segundo nombre

Número de Seguro Social (opcional) _____ Condado donde Reside _____
(Condado donde se encuentra la casa)

Dirección donde recibe el correo _____ Ciudad _____ Estado _____
Código Postal _____

Dirección del Hogar _____ Teléfono del hogar _____
(Si es diferente que el de arriba) (Ponga el nombre de la calle)

Lugar de Nacimiento del niño(a) _____ Estado _____
County

Nombre y dirección de donde lo cuidan después de la escuela (si aplica) _____ Teléfono _____

Última Escuela que Atendió _____ En qué condado? _____

Nombre de las Personas con las que Vive el Niño(a) _____
(Padres/Padraastro, madrastra/Abuelos/Tutor)

Relación con el niño(a) _____ Teléfono _____
(Si es diferente que el de arriba)

Género del niño(a) Hombre _____ Mujer _____ Raza _____
(Cheque todos los que apliquen al estudiante)
Blanco (no Hispano) Negro (no Hispano)
Hispano Asiático o Isleño del Pacifico
Fecha de nacimiento _____ Indio Americano o de Alaska Otro

Si se habla otro lenguaje que no sea Inglés en el hogar por favor póngalo en la lista: _____

¿Tomará el niño(a) el autobús escolar? Mañana y Tarde _____ Mañana Solamente _____ Tarde Solamente _____
No lo tomará _____

Escriba la distancia que hay de la escuela a donde vive el niño(a) _____ milla(s)

Nombre de la Mamá _____ Teléfono de Trabajo _____
Primer Nombre Apellido

Dirección de la Mamá _____
(Si es diferente a la dirección del niño(a) que escribió arriba)

Ocupación _____ Lugar de Trabajo _____

Nombre del Papá _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección del Papá _____
(Si es diferente a la dirección del niño(a) que escribió arriba)

Ocupación _____ Lugar de Trabajo _____

Cheque una (si aplica)

____ Padres separados _____ Madre fallecida
____ Padres divorciados _____ Padre fallecido

Número de Hermanos _____ Más grandes _____ Más chicos
Número de Hermanas _____ Más grandes _____ Más chicas

Escriba los nombres de hermanos y hermanas y cualquier otro menores de 18 que vivan con la familia

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA QUE ASISTE	GRADO

Escriba cualquier alergia a comida o medicina y cualquier otro problema de saluds que tiene su hijo(a) _____

¿Su hijo(a) toma algún medicamento diariamente? Por favor haga una lista _____

Haga una lista de los medicamentos que tiene que tomar durante la escuela _____

Por favor siga estas normas:

1. El medicamento debe estar en la botella original que tiene las instrucciones de la dosis y el nombre del niño(a)
2. El medicamento debe traerse inmediatamente a la oficina y registrarse.

Doctor Familiar _____ Teléfono _____

Dentista Familiar _____ Teléfono _____

Nombre de la Compañía Aseguradora y Número de la Tarjeta Médica _____

En caso de que su hijo se enferme o se lastime en la escuela, ¿Cuál es la mejor manera de contactarlo a usted? _____

Número Telefónico _____

Si no podemos contactarlo, ¿a quién deberemos contactar?

Nombre _____ Teléfono _____ Relación con el niño(a) _____

Nombre _____ Teléfono _____ Relación con el niño(a) _____

Si no podemos contactarlo por teléfono, por favor sepa que llevaremos a su hijo(a) al doctor u hospital en el autobús o ambulancia si es necesario.

¿Qué otra persona a parte del padre legal o tutor tiene permiso para recoger a su hijo(a) de la escuela? (Por favor sepa que no podemos impedir que los padres legales o tutores recojan a su hijo(a) al menos que haya una orden judicial archivada en la escuela.)

¿Quién **NO** tiene permiso para recoger a su hijo(a)? _____

*Si este niño(a) tiene un EPO (Orden Protectora de Emergencia) o una orden de restricción, usted deberá proveer una copia actual a la escuela cada año escolar.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

↓↓↓ For agency use only. Do not write below this line. ↓↓↓

Income verified? Y N By { } W-2 { } Check stub { } Tax return { } Other:
Birth verified? Y N By { } Certified birth cert
Signature of verifying staff member _____ Date _____

Russell County

Board of Education



Estimado Padre /Guardián:

Nuestra escuela toma parte en la Opción de Elegibilidad de Comunidad (CEP) bajo el Programa Nacional de Comida escolar. El programa CEP está dirigido hacia escuelas con un porcentaje alto de estudiantes económicamente con desventajas. El programa CEP ha decidido que todos los estudiantes reciben un desayuno/almuerzo gratis todo el año escolar. Sin embargo, para determinar elegibilidad y recibir beneficios adicionales para su niño(s) deberá completar la forma de casa e ingresos.

1. **¿NECESITO COMPLETAR UNA SOLICITUD POR CADA HIJO?** No. *Use una Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido para todos los estudiantes en su hogar.* No podemos aprobar una solicitud que no esté completa, asegúrese de completarla con toda la información requerida. Devuelva la solicitud completa a la escuela de su hijo(a).
2. **MIS HIJOS YA RECIBEN COMIDAS GRATUITAS EN SU ESCUELA. ¿POR QUE DEBO COMPLETAR ESTA SOLICITUD TAMBIEN?** Muchos programas estatales y federales utilizan estatus socioeconómica (que es, información de casa e ingresos) para determinar elegibilidad para sus programas. Además, el cálculo primario de fondos del estado utiliza el estatus socioeconómico. Completando esta forma, su escuela puede determinar elegibilidad para programas adicionales en que su niño(s) pueden calificar. Sin embargo, su niño(s) todavía recibirá comidas gratuitas en su escuela.
3. **¿A QUIÉNES DEBERÍA INCLUIR COMO MIEMBROS DE MI FAMILIA?** Debe incluir a todas las personas que vivan en su hogar, emparentados o no (como abuelos, otros familiares o amigos) que compartan ingresos y gastos. Se debe incluir usted mismo y todos los hijos que vivan con usted. Si vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo, personas a quienes no mantiene, que no comparten sus ingresos con usted o sus hijos y que pagan una cuota prorrateada por los gastos), no las incluya.
4. **¿QUÉ SUCEDE SI MI INGRESO NO ES SIEMPRE EL MISMO?** Apunte el monto que normalmente recibe. Por ejemplo, si normalmente recibe \$1000 por mes, pero si faltó al trabajo el último mes y sólo recibió \$900, ponga que recibió \$1000 por mes. Si normalmente recibe horas extras, inclúyalas, pero no lo haga si solamente trabaja horas extras de vez en cuando. Si ha perdido un trabajo o le han reducido su horario o salario, utilice su ingreso actual.
5. **ESTAMOS EN EL EJÉRCITO. ¿INCLUIMOS NUESTRO SUBSIDIO DE VIVIENDA COMO INGRESO?** Si recibe un subsidio de vivienda fuera de la base, debe incluirlo como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Vivienda para Militares, no incluya su subsidio de vivienda como ingreso.
6. **MI CÓNYUGE ESTÁ DESTINADO EN UNA ZONA DE COMBATE. ¿SU PAGO POR COMBATE CUENTA COMO INGRESO?** No, si el pago por combate lo recibe adicionalmente a su pago básico por su despliegue y no lo recibió antes de ser destinado, el pago por combate no cuenta como ingreso. Contacte a su escuela para más información.

Si necesita ayuda, por favor llame al teléfono: 270-343-3191.

Atentamente,

Michael Ford
Superintendent
Russell County Schools

Hogar y Formulario de Ingreso (KY Household and Income Form)

Año Escolar 2023-2024

Carta a las Familias

Hogar y Formulario de Ingreso (KY Household and Income Form)

Año Escolar 2023-2024

Carta a las Familias

FORMA DE INGRESOS DE CASA

Distrito Escolar del Condado de Russell está participando en la Provisión de Elegibilidad de la Comunidad (CEP) bajo el Programa Nacional de Comida Escolar. Bajo el CEP, **todos** los estudiantes reciben desayuno/almuerzo gratuito a pesar de los ingresos y la terminación de esta forma. Sin embargo, para determinar elegibilidad para varios beneficios de programas estatales y federales adicionales en que su niño (s) puede calificar, por favor complete, firme y regrese **una sola aplicación por familia** a su escuela. *Para asegurar la **CONFIDENCIALIDAD** usted puede **regresar ESTA FORMA** en un sobre con atención a: Tabitha Bell.*

SECCIÓN 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Nombres de <u>todas</u> las personas que viven en su hogar (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Escuela a la que asiste el niño, o indique "NA" si el miembro de la familia no está en la escuela	Grado del niño	Marque si es un niño acogido (responsabilidad legal de la agencia de bienestar o corte.) Si todos los niños listados abajo son niños acogidos, pase a la Sección 4 para firmar este formulario.
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

SECCIÓN 2. SIN HOGAR, MIGRANTE, ESCAPADO

SI PRESENTA LA SOLICITUD PARA UN NIÑO SIN HOGAR, MIGRANTE O QUE SE ESCAPÓ DEL HOGAR, MARQUE LA CAJA CORRESPONDIENTE Y LLAME A **Tabitha Bell, FRAM Coordinator al 270-343-3191** SIN HOGAR MIGRANTE ESCAPADO

SECCIÓN 3. INGRESO TOTAL DEL HOGAR ANTES DE IMPUESTOS (antes de las deducciones). Incluye todos los ingresos en la misma línea para la persona que los recibe. Marque la caja para la frecuencia con la cual los recibe. Escriba cada ingreso solo una vez. Si ingresa "0" o deja los campos en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que reportar.

Rechazar para proporcionar ingresos - marque esta casilla si no desea proporcionar su información de ingresos; Su estado será automáticamente "Pagado".

1. NOMBRE (Escriba solo los miembros del hogar con ingresos)	2. INGRESO TOTAL Y FRECUENCIA CON LA CUAL SE RECIBE														
	Ingreso por trabajo antes de deducciones.	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Subsidio del Estado, Manutención Infantil, Pensión alimenticia	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Pensiones, retiro, Seguro Social SSI beneficios a VA	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual
<i>(Ejemplo) Jane Smith</i>	\$200	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$150	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN 4. FIRMA (UN MIEMBRO ADULTO DE LA FAMILIA DEBE FIRMAR)

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basándose en la información que brindo. Comprendo que los oficiales de la escuela pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si doy información falsa de forma intencional, mis hijos pueden perder los beneficios.

Firme aquí: _____ Escriba el nombre: _____ Fecha: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Número de Teléfono: _____ Número de Celular: _____

NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA. ESTO ES PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA. (DO NOT FILL OUT THIS PART. THIS IS FOR SCHOOL USE ONLY.)

Annual Income Conversion: Weekly x 52; Every 2 Weeks x 26; Twice A Month x 24; Monthly x 12

Total Income: _____ Per: Week Every 2 Weeks Twice A Month Month Year Household size: _____

Categorical Eligibility: _____ Date Withdrawn: _____ SES Code: Free _____ Reduced _____ Paid _____

Reason: Income Foster SNAP Homeless Incomplete Do not wish to apply Other: _____

FRAM Coordinator: _____ Date: _____

Declaración de No Discriminación: De conformidad con la Ley Federal y la política del Departamento de Educación de los Estados Unidos, se prohíbe a esta institución discriminar por raza, color, origen nacional, sexo, identidad de género, edad o discapacidad. Para presentar una queja de discriminación, escriba al Departamento de Educación de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, The Wanamaker Building, 100 Penn Square East, Suite 515, Philadelphia, PA 19107-3323 o llame al (215) 656-8541 (Voz). Las personas con impedimentos auditivos o discapacidades del habla pueden comunicarse con el DOE de los EE. UU. A través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339; O (800) 845-6136 (Español). El Departamento de Educación de los Estados Unidos es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Aviso de Privacidad: El Departamento de Educación de Kentucky requiere que las escuelas recojan la información en este formulario. No tiene que dar esta información, pero si no lo hace, no podemos determinar la elegibilidad de su hijo para recibir beneficios adicionales bajo los programas estatales y federales. Sostenemos la información que nos proporcione como privada y confidencial en la medida requerida por la ley. Sin embargo, compartiremos su estatus socioeconómico con varios programas estatales y federales para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores para las revisiones del programa y con los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Independientemente, todos los estudiantes matriculados en una escuela de Provisión de Elegibilidad de la Comunidad recibirán comidas sin costo alguno.

LISTA DE COMPROBACIÓN DEL HOGAR

- ¿Ha incluido a todos sus hijos como miembros del hogar?
- Para cada miembro del hogar que recibe ingresos, ¿está marcada la casilla de verificación de frecuencia?
- ¿Ha firmado el formulario?

INSTRUCCIONES PARA SOLICITUD

Sección 1: Todos los Miembros de la Familia (**un miembro de la familia es cualquier niño o adulto que viva con usted**): Todos los solicitantes deben completar esta parte. Escriba el nombre de cada miembro de la familia, el nombre de la escuela a la cual asiste cada niño y el grado de cada uno. Si el niño es un niño acogido, marque la caja para niño acogido. Si un miembro de la familia no tiene ingreso, marque la caja sin ingreso. Todos los miembros de la familia, incluyendo los niños acogidos, deben ser incluidos aquí. Si necesita más espacio, incluye una hoja separada.

Si presenta la solicitud de un niño(a) que **está sin hogar, es migrante o se escapó de su hogar**, siga las siguientes instrucciones.

Sección 2: Marque la categoría adecuada y llame a Tabitha Bell, FRAM Coordinator al 270-343-3191

Sección 3: Omite esta parte.

Sección 4: Firme el formulario.

Si presenta la solicitud *solamente* por uno o varios **niño(s) acogidos**, siga las siguientes instrucciones. **No** necesita completar una solicitud separada para cada niño acogido en su familia. (Si hay niños acogidos y niños que no son acogidos en su familia, siga las instrucciones de abajo para todas las otras Familias).

Si **todos los niños en la familia son marcados como niños acogidos en la Sección 1:**

Sección 2: Omite esta parte.

Sección 3: Omite esta parte.

Sección 4: Firme el formulario.

TODAS LAS OTRAS FAMILIAS, incluyendo familias de WIC y familias con niños acogidos igual que familias con niños que no son acogidos , siga las siguientes instrucciones:

Sección 2: Omite esta parte.

Sección 3: Siga las siguientes instrucciones para reportar el ingreso total de la familia en este mes o el anterior.

- **Sección 1–Nombre:** Incluye a todos los miembros de la familia que reciben un ingreso.
- **Sección 2 –Ingreso Antes de Impuestos y con qué frecuencia se reciben:** Incluye el ingreso de cada miembro de la familia. Marque la caja para la frecuencia con la cual la persona recibe el ingreso—semanal, semana de por medio, dos veces al mes o mensual.
- **Ingresos de Trabajo:** Incluye el **ingreso antes de impuestos**, no el pago neto. El ingreso antes de impuestos es el total ganado *antes* de deducciones. Debería poder encontrarlo en su talón de pago o su jefe puede decírselo. El ingreso neto *solo* debe ser informado si tiene su propio negocio, granja o ingreso por alquileres.
- **Subsidio del Estado, Manutención Infantil, Pensión Alimenticia:** Incluye el total que cada persona recibe y marque la caja para informarnos la frecuencia.
- **Pensiones, Retiro, Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI), beneficios de Veteranos y beneficios por incapacidad.** Marque el total que recibe cada persona, y marque la caja de la frecuencia con la cual lo reciben.
- **Otros Ingresos:** Incluye la Compensación Laboral, beneficios de desempleo o huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso que reciba semanalmente, cada semana de por medio, dos veces al mes, mensual, trimestralmente o de forma anual. **No incluya el ingreso de KTAP, SNAP, WIC, beneficios Federales de educación y pagos de niños adoptivos recibidos por su familia de parte de la agencia de colocación.**
- Si está en la Iniciativa de Vivienda Privatizada para Militares o recibe un pago por combate, no incluya estos subsidios como ingreso.

Sección 4: Un miembro adulto de la familia debe firmar este formulario. Por favor incluya su dirección y número telefónico en caso que el Coordinador de FRAM tenga una pregunta acerca de su información.

PREVENTATIVE HEALTH CARE EXAMINATION FORM

All local boards of education shall require a preventative health care examination of each child first entering a Kentucky public school within a period of twelve (12) months prior to initial admission to school and within one (1) year prior to entry to sixth grade. Local school boards may extend this time not to exceed two (2) months. (702 KAR 1:160)

PLEASE COMPLETE THE IDENTIFYING INFORMATION AND RECORDS

IDENTIFYING INFORMATION

Student Name: _____ Gender: M F Grade: _____
 Date of Birth: _____ Age: _____ yrs _____ months Preferred Language: _____
 Parent or Guardian Name: _____

RECORD OF IMMUNIZATIONS TO BE REPORTED ON IMMUNIZATION CERTIFICATE FORM, EPID 230.

MEDICAL HISTORY

Allergies: _____

Current Prescribed Medications to be taken daily at school: _____

Significant Historical Information: _____

SCREENING RESULTS:

Height: _____ ft _____ inches Weight _____ BMI: _____ BMI% _____ B/P: _____

Vision	Right 20/_____	Passed <input type="checkbox"/>	Hearing - Right	Passed <input type="checkbox"/>	Failed <input type="checkbox"/>	Referred <input type="checkbox"/>
	Left 20/_____	Failed <input type="checkbox"/>		Passed <input type="checkbox"/>	Failed <input type="checkbox"/>	Referred <input type="checkbox"/>
		Referred <input type="checkbox"/>	Hearing - Left	Passed <input type="checkbox"/>	Failed <input type="checkbox"/>	Referred <input type="checkbox"/>

Optional: Hct/HGB: _____ Lead: _____ Urinalysis: _____

Gross dental (teeth and gums) Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____
 Head/scalp/skin Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____
 Eyes/Ears/Nose/Throat Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____
 Chest/Lungs/Heart Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____
 Abdomen Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____
 Scoliosis assessment Normal Abnormal _____ Refer/Tx: _____

This child has the following problems that may impact the educational experience:

- Vision Hearing Speech/Language Physical Social/Behavioral Cognitive

Specify: _____

- This child has a health condition that may require emergency action at school, e.g. seizures, allergies. Specify below.

Recommendations (Attach additional sheet if necessary): _____

(Please Check One)

- This child may participate fully in school activities including physical education.
 This child may participate in school activities including physical education with the following restriction/adaptation.

(Specify reason and restriction) _____

ANTICIPATORY GUIDELINES

Discussed and/or handout given

SCHOOL READINESS

- Establish routines
- After-school care/activities
- Friends
- Bullying
- Communicate with teachers

MENTAL HEALTH

- Family time
- Anger management
- Discipline for teaching not punishment
- Limit TV, computer

NUTRITION AND PHYSICAL ACTIVITY

- Healthy weight
- Well-balanced diet, including breakfast
- Fruits, vegetables, whole grains, dairy

- 60 minutes of exercise/day

ORAL HEALTH

- Regular dentist visits
- Brushing/Flossing
- Fluoride

SAFETY

- Sexual safety
- Pedestrian safety
- Safety helmets
- Swimming safety
- Fire escape plan
- Smoke/carbon monoxide detectors
- Guns
- Sun
- Appropriately restrained in all vehicles

Additional comments or recommendations: _____

Signed: _____
Physician/APRN/PA/EPSDT Provider

Date: _____

Address: _____

Telephone: _____

KRS 156.160 (1) (g) requires proof of a vision examination by an optometrist or ophthalmologist. This evidence shall be submitted to the school no later than January 1 of the first year that a three (3), four (4), five (5) or six (6) year old child is enrolled in public school, public preschool, or Head Start program.

PLEASE COMPLETE THE IDENTIFYING INFORMATION

Date of student's enrollment: _____

Date of Vision Examination: _____

IDENTIFYING INFORMATION

Student Name: _____

Date of Birth: _____

Parent or Guardian Name: _____

CASE HISTORY

Date of Exam: _

Ocular History: Normal or Positive for: _____

Medical History: Normal or Positive for: _____

Drug Allergies: NKDA or Allergic to: _____

Family Ocular and Medical History: Amblyopia Strabismus Glaucoma Diabetes

Other: _

Other Pertinent Information: _

Refraction with cycloplegic? (Please indicate one.) YES NO

	OD	OS
Unaided Acuity	20/	20/
Best Corrected Acuity	20/	20/ <input type="checkbox"/>

Type of Examination	Normal	Abnormal	Notable to Assess
External Exam (eye and adnexa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Internal Exam (media, lens, fundus, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurological Integrity (pupils)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Binocular Function (stereopsis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accommodation and convergence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Color Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Diagnosis:

Normal Myopia Hyperopia Astigmatism Strabismus Amblyopia

Other: _____

Recommendations: _____

1 Glasses prescribed: YES NO

2 _____

3 _____

Age appropriate and suggested anticipatory guidance (health assessments):

- Educate (parents/patients) about eye/vision disorders and needed vision care
- Counsel (parents/patients) regarding eye safety
- Stress importance of early, preventative eye care
- Recommend re-examination, as appropriate

Signed: _____
Optometrist/Ophthalmologist

Date: _____

Address: _____

Telephone: _____