



Dr. A. Katrise Perera, Superintendent

Gresham-Barlow School District No. 10Jt

1331 NW Eastman Parkway, Gresham, OR 97030-3825  
www.gresham.k12.or.us

Phone: (503) 261-4550  
Fax: (503) 261-4553

## CERTIFICACION DE EXAMEN DE LA VISTA

**Nota:** Este formulario debe utilizarse con todos los estudiantes de 7 años de edad o menores y que comienzan un programa educativo por primera vez con la organización educativa.

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **CERTIFICACIÓN DE EXAMEN DE LA VISTA**

Ver 2013 Oregon HB3000 Sección 1: (2)(a) a (3)(b)

#### **SECCIÓN UNO:**

¿Su estudiante recibió un examen de la vista por un proveedor aparte de la escuela?  SÍ  NO

Fecha de evaluación o examen del la vista: \_\_\_\_\_

Resultados:  Pasó  Remisión (No pasó el examen de la vista)

Nombre del proveedor que realizó el examen o evaluación: \_\_\_\_\_

- O -

#### **SECCIÓN DOS:**

Ya he presentado la certificación a: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la Escuela)

- O -

#### **SECCIÓN TRES:**

No estoy proporcionando una certificación del examen de visión debido a:

Presentado a la escuela anterior/Proveedor educacional  Creencias Religiosas  Problemas Económicas

No tengo acceso a un proveedor  No puedo obtener una cita con un proveedor

\_\_\_\_\_  
Firma Padre/Madre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha