



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.)	☐	☐	☐	_____
Examen interno (vítreo, lente, fondo del ojo, etc.)	☐	☐	☐	_____
Reflejo pupilar (pupilas)	☐	☐	☐	_____
Función binocular (estereopsis)	☐	☐	☐	_____
Acomodación y vergencia	☐	☐	☐	_____
Color de la visión	☐	☐	☐	_____
Evaluación de glaucoma	☐	☐	☐	_____
Evaluación oculomotora	☐	☐	☐	_____
Otro _____	☐	☐	☐	_____

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 _____

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

Número de Licencia _____

Dirección

Teléfono _____

Consentimiento del Padre/Madre/Tutor

Acepto divulgar la información anterior sobre mi hijo/a o dependiente a las autoridades escolares o de salud apropiadas.

(Firma del padre o tutor)

(Fecha)

Firma _____

Fecha _____

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