

RECOMENDACIÓN PARA UN EXAMEN DE LA VISTA

Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado
-----------------------	---------------------	---------	-------

Enfermera Escolar	Nro. de teléfono	Fecha
-------------------	------------------	-------

Estimados padres:
 Las leyes del estado requieren que los estudiantes que al ser examinados demuestren una deficiencia visual sean derivados a un especialista. **Un estudiante que no corrija su agudeza visual estará en una situación desventajosa para aprender.** Los siguientes son los resultados de la examinación reciente de la vista:

	<u>Sin lentes</u>		<u>Con lentes o lentes de contacto</u>	
	OD	OI	OD	OI
Visión a distancia				
Visión cercana				
Comentarios				

Examen del Oftalmólogo u Optometrista

	<u>No corregida</u>		<u>Corregida</u>	
	OD	OI	OD	OI
A distancia				
De cerca				

Se prescribieron lentes: Sí No

Deberá usar los lentes: para ver de lejos Para ver de cerca Todo el tiempo

Otras recomendaciones _____

El estudiante deberá regresar: _____

Sello del doctor

Por favor envíe el formulario completo por fax a:

Firma del doctor	Fecha
------------------	-------

Firma del padre o madre (Permiso para enviar el formulario)	Fecha
--	-------