



DISTRITO ESCOLAR DE WINTON REFERENCIA DE VISTA

Escuela: _____ Telefono: _____

Nombre de Estudiante: _____ Fecha: _____

Estimados Padres o Guardianes,

Como resultado de un programa de investigación reciente de la vista en la escuela, creemos que su niño debe tener una examinación completa de los ojo. Le urgimos a dar a esto su mayor atención pronto. Por favor lleve esta forma su doctor del OJOS y pida que él/ella la complete y la regresa a la Asistente de Salud de la escuela. Si usted desea información adicional, la asistente de salud lo asistirá con alegría.

Diane Gannon, Enfermera del Distrito (209) 357-6585 Completado por: _____

NOTA AL EXAMINADOR:

Hemos dirigido la atención del padre a la necesidad de una examinación completa de los ojos debido a que no resolvió los criterios de nuestra investigación de la vista. Nuestros resultados para _____ fueron los siguientes: (Nombre del estudiante)

Funcionamiento en la prueba de Snellen: _____ derecha 20/ _____ Izquierda 20/ _____ Ambo s 20/ _____

Señales y síntomas: _____ \

Aprecio un informe de usted y con recomendaciones. Gracias por su ayuda en ayudar al proceso educativo de este estudiante.

REPORTE DE EXAMINADOR A LA ASISTENTE DE LA SALUD DE LA ESCUELA

Sin lentes	Con lentes	_____ No prescrito
Derecha 20/_____	Izquierda 20/_____	_____ Prescrito
Izquierda 20/_____	Derecha 20/_____	_____ Usar todas veces
Ambos 20/_____	Ambos 20/_____	_____ Usar para trabajo cerrado
Diagnosis: _____		_____ Usar solo para distancia
		_____ Asiento Preferencial

Otras Recomendaciones: _____

Firma _____ Nombre de Optometrista _____

(Imprimir)

Fecha que se dio el cuidado: _____ Dirección: _____