

Vision Screening Referral
Referencia de la Revisión de la Visión

Dear Parent /Guardian:
Estimado Padre o Guardián:

On _____ (date) your child _____ recently received a **Vision**
El día _____ (fecha) su niño _____ recientemente recibió una revisión
Screening Examination at school. The following results were obtained:
de la vista en la escuela. Los siguientes son los resultados de la revisión:

Snellen test: _____ **Right eye - 20/** _____ **Left eye – 20/** _____
Examen Snellen Ojo Derecho Ojo Izquierdo

Additional Procedures: _____
Procedimientos adicionales

Comments: _____
Comentarios

☐ **Your child passed the vision screening examination.**

Su niño pasó la revisión de la vista.

☐ **It is recommended that your child's eyes be examined by an eye or vision practitioner. Please take this form with you, have it completed by the examiner, and then return it your child's facility.**

Es recomendado que su niño reciba una revisión de la vista hecha por un especialista. Por favor lleve este formulario con usted, para que el especialista la llene, y lo regrese al instalaciones de su niño.

Thank You,
Gracias

Signature of Designated Health Staff
Firma del Personal Designado de Salud

I give my permission to share this information with the school.

Doy mi permiso para compartir esta información con la escuela.

Signature of Parent/Guardian
Firma del Padre o Guardián

REPORT OF EYE EXAMINATION
REPORTE DE LA REVISIÓN DE LA VISTA

Name of Student <i>Nombre del Estudiante</i>		Center <i>Centro</i>	Date Examined <i>Fecha de la Revisión</i>	Date of Re-Examination <i>Fecha de Reexaminación</i>
Visual Acuity <i>Agudeza de la Vista</i>		Lens Requirements <i>Requisitos para Lentes</i>		
Without Lens <i>Sin Lentes</i>	With Lens <i>Con Lentes</i>	Results <i>Resultados</i>		Frequency <i>Frecuencia</i>
R – 20/ D L – 20/ I	R – 20/ D L – 20/ I	☐ Correction not required <i>No requiere corrección</i> ☐ Correction prescribed <i>Corrección recetada</i> ☐ Glasses ☐ Contact lenses <i>Lentes Lentes de Contacto</i>		☐ Wear at all times <i>Necesita usarlos todo el tiempo</i> ☐ Wear for close work <i>Usarlos para trabajo cerca</i> ☐ Wear for distance only <i>Usarlos sólo para ver lejos</i>

Diagnosis:

Recommendations: (Special seating, large print, special Education placement, etc.)

Recomendaciones: (Lugar especial para sentarse, uso de imprenta grande, colocación en educación especial, etc.)

Examiner's Signature
Firma del Examinador/Especialista

Address:
Dirección:

Phone Number:
de Teléfono: