

Carta de Proyección de Agudeza Visual

Estimado Padre o Tutor:

De acuerdo con la ley estatal, su hijo ha hecho un examen de agudeza visual por un filtro de visión calificado

Información de la revisión:

<i>Nombre(esciba su nombre y apellido)</i>	Fecha de la revisión
_____	_____
<input type="checkbox"/> Su hijo <u>fue</u> capaz de leer la línea adecuada en la tabla con cada ojo para su edad.	
<input checked="" type="checkbox"/> Su hijo <u>NO</u> fue capaz de leer la línea adecuada en la tabla con cada ojo para su edad. Se recomienda que usted lleve a su niño a un examen de la vista profesional. Por favor lleve este formulario para ser completado por un profesional de cuidado de la vista y regresarlo a la enfermera de la escuela.	

El Departamento de Salud de Utah y los colegios de nuestra comunidad apoyan firmemente la visión de detección de rutina en las escuelas como una de las herramientas más fáciles y efectivas para detectar y proporcionar referencias para el tratamiento de ocurrencia de problemas visuales. La visión de los estudiantes es vital, especialmente para el aprendizaje en el aula, es muy importante identificar cualquier barrera para el aprendizaje que se puede corregir.

Examen de la vista no es un sustituto para un examen complete de los ojos y la evaluación visual por un oftalmólogo. Port lo tanto, si usted está preocupado que su hijo pueda estar teniendo problemas en los ojos, debe consultar a su médico familiar, un oftalmólogo u optometrista para una evaluación adicional

Algunos indicios de posibles problemas de los ojos son:

a. Visión doble	e. trastornos oculares
b. parpadeo excesivo, roce	f. enrojecimiento persistente
c. párpados caídos	g. entrecerrando los ojos
d. visión borrosa	

School:	For questions please call:
School Nurse:	FAX completed report to:

REPORT FROM THE EYE SPECIALIST

Date: _____ Telephone: _____

Glasses Recommended services from the Division of the Blind

Other _____

Diagnosis: _____

Name of Eye Specialist: _____ Signature: _____