

Dear Parent /Guardian:

On _____ (date) your child _____, recently received a **Vision Screening Examination** at school. The following results were obtained:

Snellen test: _____ Right eye - 20/ _____ Left eye – 20/ _____

Additional procedures: _____

Comments: _____

- Your child passed the vision screening examination.
- 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 to your Center Supervisor.

Thank you,

Signature of Designated Health Staff

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

Signature of Parent/Guardian

REPORT OF EYE EXAMINATION			
Name of Student	Center	Date Examined	Date of Re-Examination
Visual Acuity		Lens Requirements	
Without Lens	With Lens	Results	Frequency
R – 20/ L – 20/	R – 20/ L – 20/	<input type="checkbox"/> Correction not required <input type="checkbox"/> Correction prescribed <input type="checkbox"/> Glasses <input type="checkbox"/> Contact lens	<input type="checkbox"/> Wear at all times <input type="checkbox"/> Wear for close work <input type="checkbox"/> Wear for distance only
Diagnosis:		Recommendations: (Special seating, large print, special education placement, etc.)	
_____ Examiner's Signature		Address:	Phone number:

Distribution: White - Child's Health File Yellow – Parent

Estimado Padre o Guardián:

El día _____ (fecha) su niño _____, recientemente recibió un Exámen de la Vista en la escuela. Lo siguiente son los resultados del exámen:

Exámen Snellen: _____ Ojo Derecho - 20/_____ Ojo Izquierdo - 20/_____

Procedimientos adicionales: _____

Comentarios: _____

- Su niño pasó el exámen de la vista.
- Es recomendado que su niño sea examinado de la vista por un especialista. Por favor lleve ésta forma con usted para que el especialista la llene y regrese ésta forma a la supervisora del centro.

Gracias,

Firma del Personal Designado

Doy mi permiso para compartir esta información con la escuela.

Firma del Padre o Guardián

REPORTE DE LA EXAMINACIÓN DE LA VISTA

Nombre del Estudiante		Centro	Fecha del Exámen	Fecha de Re-Examinación
Agudez de Vista		Requisitos para Lentes		
Sin Lentes	Con Lentes	Resultados		Frecuencia
D - 20/ I - 20/	D - 20/ I - 20/	<input type="checkbox"/> No requiere corrección <input type="checkbox"/> Corrección recetada <input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto		<input type="checkbox"/> Necesita usarlos todo el tiempo <input type="checkbox"/> Usarlos solo cuando esta leyendo o por ejemplo: costura <input type="checkbox"/> Usarlos solo para ver lejos
Diagnosis:			Recomendación: (Lugar especial para sentarse, uso de imprenta grande, colocación en educación especial.)	
_____ Firma del Examinador/Especialista		Domicilio:		Teléfono:

Distribution: Blanca - Archivo de la Salud del Niño Amarilla - Entregue al Padre