



To complete this form electronically,
it must be opened in *Adobe Reader!*

Recomendaciones para el Examen de la Vista

Fecha

Estimados Padres de Familia/Guardián de

Un examen reciente de la vista que se realizó en la escuela indicó que su hijo(a) tal vez tenga dificultades con su visión. Esta carta es para sugerirle que haga una cita con un médico optometrista u optometrista. Por favor lleve esta forma con usted a la hora del examen y regrésela a la enfermera de la escuela de su hijo(a) con los resultados del optometrista o del médico optometrista.

Si necesita ayuda financiera para completar este examen, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela de su hijo(a).

Health Room Specialist

AL EXAMINADOR DE LOS OJOS: (TO EYE EXAMINER:)

We are referring this student to you for the following reason(s):

Failed the Snellen Test Date Right: 20/ Left: 20/

Tested with Glasses: Yes No

Signs or Symptoms of Visual Problems:
Comment

Other:
Comment

REPORTE DEL EXAMEN DE LA VISTA PARA LA ESCUELA (REPORT FROM EYE EXAMINER TO SCHOOL:)

Visual Acuity Right: 20/ Left: 20/
A) Without Correction B) With Correction Right: 20/ Left: 20/

Corrective Lenses: Not Prescribed Prescribed To be worn when?

Special Accommodations?

Diagnosis and/or etiology:

Comments:

Follow up:

Eye Examiner's Signature _____ Date

Printed Name: