

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 Instrument-Based Vision Screening Device		Date	Tested with glasses:		Yes	No
Myopia <i>(Nearsightedness)</i>	Hyperopia <i>(Farsightedness)</i>	Asymmetry <i>(Uneven eyes)</i>	Amblyopia <i>(Lazy eye)</i>	Gaze Symmetry <i>(Eyes look in different directions)</i>	Astigmatism <i>(Blurred vision)</i>	
Anisometropia <i>(Unequal refractive power)</i>	Strabismus <i>(Eye misalignment)</i>	Anisocoria <i>(Unequal pupil size)</i>	Refractive Error <i>(Problem focusing eye shape)</i>	Visual Acuity <i>(Clarity of vision)</i>		

Signs or Symptoms of Visual Problems:

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

Visual Acuity

A) Without Correction Right: 20/  Left: 20/  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: