



# Referencia De La Vista

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Estimables Padres:**

El examen de la enfermera indica que este niño(a) debería de tener un examen completo de la vista. Es muy importante (1) que lleve esta forma cuando vaya a ver al doctor; y (2) la forma completa debe ser regresada a la escuela.

**Nota Para El Examinador:**

La atención de los padres se ha dirigido hacia una evaluación ocular porque \_\_\_\_\_

Para obtener información adicional, llame al (número de teléfono) \_\_\_\_\_

el  L  M  M  J  V (enfermera disponible) entre las horas de \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_.

**Estampa De La Escuela**

\_\_\_\_\_  
*Administrador de la Escuela*

\_\_\_\_\_  
*Enfermera de la Escuela*

## Report of Eye Exam

Diagnosis: \_\_\_\_\_

Visual Acuity Without Glasses: R 20/ \_\_\_\_\_ L 20/ \_\_\_\_\_

Visual Acuity With Glasses: R 20/ \_\_\_\_\_ L 20/ \_\_\_\_\_

If unable to measure acuity with the Snellen Chart, please indicate the student's ability with the maximum correction.

	Right Eye	Left Eye		Right Eye	Left Eye
Totally Blind	_____	_____	Detects Hand Movement	_____	_____
Restricted Visual Field	_____	_____	Object Perception	_____	_____
Counts Fingers	_____	_____	Light Perception	_____	_____

Glasses:  Yes  No When \_\_\_\_\_

Recommendations: \_\_\_\_\_

Return Appointment: \_\_\_\_\_

Return to Another Health Advisor: \_\_\_\_\_