

**Escuelas Del Condado de Rockingham
Division de Servicio del Estudiante
Enfermeras de la Escuela**

Formula - 14

Reporte de Examen de la Vista

Nombre del niño(a): _____
Fecha: _____

Escuela: _____
Profesor(a): _____

Estimados Padres:

Un reciente examen de la vista conducido por la escuela, demuestra que su hijo puede tener alguna dificultad en la vista. Aunque estos resultados no necesariamente significan que requiera anteojos o tratamiento, se recomienda que lleve a su hijo(a) a examinar con un profesional de la vista. Por favor lleve esta forma cuando vaya al doctor y pídale que la llene. Envíe de regreso a la escuela los resultados del examen para agregarlo al record.

Nota: Si necesita información acerca de asistencia financiera, llámeme al _____

Defecto de visión:

Lejos	Cerca
Ojo Derecho 20/	Ojo Derecho 20/
Ojo Izquierdo 20/	Ojo Izquierdo 20/

Los niños que usan anteojos serán examinados con los anteojos puestos.

Rockingham Country School Nurse

Examiner please complete.

New corrective lenses prescribed: YES _____ NO _____

Visual acuity:

R 20/ _____	L 20/ _____	without glasses
R 20/ _____	L 20/ _____	with current glasses (if it applies)
R 20/ _____	L 20/ _____	with new Rx

Diagnosis:

Amblyopia	()	Glasses to be worn:
Muscle Imbalance	()	_____ at all times
Hyperopia	()	_____ for all schoolwork
Myopia	()	_____ distance vision
Astigmatism	()	_____ near vision
Eye Pathology	()	

Eye Examiner Signature

Date