

Examen de visión del estudiante

Porque 80% del aprendizaje es visual, su visión de niño afecta magníficamente su habilidad de aprender. Tanto como 25 % de todos los niños tienen los problemas de la visión significativos para prevenirlos bastante de posterior como ellos deben en la escuela. Además, los niños no saben que ellos no ven bien. Cuando los adultos, es nuestra responsabilidad de seguir su beneficio.

Fecha (Date of Exam): _____ El nombre del estudiante (Student Name): _____

Maestro(a) (Teacher) _____ El grado (grade) _____

Please complete the following information. *Thank You.*

UNCORRECTED

DISTANCE	NEAR
Visual Acuities	Visual Acuities
RIGHT 20/	RIGHT 20/
LEFT 20/	LEFT 20/
BOTH 20/	BOTH 20/

CORRECTED

DISTANCE	NEAR
Visual Acuities	Visual Acuities
RIGHT 20/	RIGHT 20/
LEFT 20/	LEFT 20/
BOTH 20/	BOTH 20/

DIAGNOSIS FROM VISION TESTING/REFRACTION:

- | | | | |
|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Myopia (Nearsightedness) | <input type="checkbox"/> Mild | <input type="checkbox"/> Moderate | <input type="checkbox"/> High |
| Hyperopia (Farsightedness) | <input type="checkbox"/> Mild | <input type="checkbox"/> Moderate | <input type="checkbox"/> High |
| Astigmatism | <input type="checkbox"/> Mild | <input type="checkbox"/> Moderate | <input type="checkbox"/> High |
| Ambylopia | <input type="checkbox"/> Mild | <input type="checkbox"/> Moderate | <input type="checkbox"/> High |

COLOR VISION: Pass Fail

VISUAL ABILITIES:

- | | | |
|---------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Eye Teaming | <input type="checkbox"/> Adequate | <input type="checkbox"/> Inadequate |
| Convergence Ability | <input type="checkbox"/> Adequate | <input type="checkbox"/> Inadequate |
| Focusing Ability | <input type="checkbox"/> Adequate | <input type="checkbox"/> Inadequate |
| Stereopsis | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Absent |

EYE HEALTH STATUS: Normal Abnormal Findings: _____
 Refer to Specialist

GLASSES PRESCRIBED: Yes No

IF YES, GLASSES ARE TO BE WORN Constantly Distance only Reading only

RECOMMENDED DATE FOR NEXT EXAM: _____

Examining Eye Doctor's Name: _____
 (Please Print)

Examining Eye Signature: _____

Address: _____

RETURN FORM TO:

J F Luther Administration Bldg
School Nurse Office
201 Park Street
Fort Atkinson WI 53538
 920.563.7805 Fax 920.568.4477

Consentimiento de padre/madre o guardian: Estoy de acuerdo en proporcionar la información sobre mi hijo/a a las autoridades apropiadas de la escuela y estoy de acuerdo que mi hijo/a reciba el examen de los ojos.

Firma: _____ Fecha: _____