El doctor debe llenar el formulario. Padres, favor de regresar el formulario a la escuela de su estudiante, o envíelo a healthforms@cps.edu

Estado de Illinois
Departamento de Salud Pública de Illinois

Estado de Illinois
Informe del Examen de la Vista

La ley de Illinois requiere que se entregue a la escuela la prueba de un examen de la vista realizado por un optometrista o médico (como un oftalmólogo) que realiza exámenes de la vista, a más tardar del 15 de octubre del año en que se inscribió al niño por primera vez o según lo exija la escuela para otros niños. El examen debe completarse dentro de un año antes del primer día del año escolar en que el niño ingresa al sistema escolar de Illinois por primera vez. El padre de cualquier niño que no pueda obtener un examen debe presentar un formulario de exención a la escuela.

Nombre del/la Estudiante _____
(Primer Apellido) (Nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Grado _____
(Día/Mes/Año)

Padre/Madre/Guardián _____
(Primer Apellido) (Nombre)

Teléfono _____
(Código de Área)

Dirección _____
(Calle) (Número) (Ciudad) (Código Postal)

Condado _____

Para Ser Completado por el/la Doctora Examinadora

Historia del Caso

Fecha del Examen_____

Historia Ocular: □ Normal o Positivo para _____

Historia Médica: □ Normal o Positivo para _____

Alergias a Medicamentos: □ NKDA o Alérgico(a) a _____

Otra información_____

Examen

	Distancia			Cerca
	Derecho	Izquierdo	Ambos	Ambos
Agudeza visual no corregida	20/	20/	20/	20/
Mejor agudeza visual corregida	20/	20/	20/	20/

¿Se realizó la refracción con dilatación? □ Sí □ No

	Normal	Anormal	No se Puede Evaluar	Comentarios
Examen externo (párpados, pestañas, córnea, etc.)	□	□	□	_____
Examen interno (vítreo, lente, fondo del ojo, etc.)	□	□	□	_____
Reflejo pupilar (pupilas)	□	□	□	_____
Función binocular (estereopsis)	□	□	□	_____
Acomodación y vergencia	□	□	□	_____
Color de la visión	□	□	□	_____
Evaluación de glaucoma	□	□	□	_____
Evaluación oculomotora	□	□	□	_____
Otro_____	□	□	□	_____

NOTA: "No se Puede Evaluar" se refiere a la incapacidad del niño para completar el examen, no a la incapacidad del médico para realizar el examen.

Diagnosis

□ Normal □ Miopía □ Hipermetropía □ Astigmatismo □ Estrabismo □ Ambliopía

Otro_____

Estado de Illinois
Departamento de Salud Pública de Illinois

Estado de Illinois
Informe del Examen de la Vista

Recomendaciones

1. Lentes Correctivos: □ No □ Sí, se deben usar anteojos o lentes de contacto para:
   □ Desgaste constante □ Visión cercana □ Visión lejana
   □ Pueden ser removidos para educación física

2. Se recomienda un asiento preferencial: □ No □ Sí
   Comentarios

3. Se recomienda una reevaluación: □ 3 meses □ 6 meses □ 12 meses
   □ Otro _____

4. _____

5. _____

Nombre en letra de imprenta _____
Optometrista o médico (como un oftalmólogo) que realizó el examen ocular □ MD □ OD □ DO

Número de Licencia_____

Dirección

Teléfono _____

Consentimiento del Padre/Madre/Tutor
Acepto divulgar la información anterior sobre mi hijo/a o dependiente a las autoridades escolares o de salud apropiadas.

_____
(Firma del padre o tutor)

_____
(Fecha)

Firma_____ Fecha _____

(Fuente: Modificado en 32 Ill. Reg. _____, efectivo _____)

Impreso por la Autoridad del Estado de Illinois IOCI 15-391