

REFERENCIA DE VISIÓN		Nombre de la escuela:	
Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah de acuerdo con UCA 53G-9-404		Dirección:	
Fecha de la referencia:		Código postal:	
		Teléfono:	
		Fax:	
Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:	Grado:
Padre:	Teléfono:	Correo electrónico:	
Enfermera de la escuela:	Teléfono:	Correo electrónico:	
<p>Estimado Padre / Tutor:</p> <p>Las escuelas evalúan la vista de forma rutinaria para identificar a los estudiantes que tienen problemas de visión o que podrían estar en riesgo de tener problemas de visión. Remitimos a los estudiantes a un examen de la vista cuando no pasan el examen de la vista o corren el riesgo de tener un problema de la vista debido a una razón médica o de desarrollo. <u>El examen de la vista no reemplaza un examen completo de la vista y una evaluación de la vista por parte de un oftalmólogo.</u></p> <p>Está recibiendo este documento porque su estudiante (mencionado arriba)</p> <ul style="list-style-type: none"> • no pasó el examen de la vista, o • debe hacerse un examen de la vista debido a un riesgo médico o de desarrollo de un problema de visión. <p>Se recomienda que su estudiante reciba un examen completo de la vista con un oftalmólogo (optometrista u oftalmólogo). Es importante programar este examen lo antes posible. ¡No te pierdas esta cita! Si el oftalmólogo encuentra un problema de visión, el tratamiento temprano conduce a los mejores resultados posibles para la visión de su estudiante.</p> <p>Si no tiene seguro y necesita asistencia financiera para obtener un examen de la vista y/o anteojos para su estudiante, comuníquese con la enfermera de la escuela para ver si califica para nuestro programa de atención de la vista.</p> <p>Motivo(s) de esta referencia.</p> <p><input type="checkbox"/> Ha fallado la agudeza visual (<input type="checkbox"/> visión de lejos / <input type="checkbox"/> visión de cerca)</p> <p><input type="checkbox"/> Anomalía ocular fácilmente reconocible (es decir, estrabismo, ptosis)</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnóstico conocido de trastorno del neurodesarrollo (es decir, discapacidad auditiva, deterioro cognitivo, trastorno del espectro autista, retraso del habla)</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad sistémica que se sabe que tiene un trastorno ocular asociado (es decir, diabetes)</p> <p><input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de problemas de visión.</p> <p><input type="checkbox"/> Referencia a la educación especial/fracasó en la evaluación de referencia de lectura</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____</p> <p>Complete el bloque de consentimiento y divulgación de información a continuación Y la parte superior de la parte posterior de esta página. Lleve este papel con usted al examen de la vista y déle el formulario a su oftalmólogo. Devuelva el formulario completo a la escuela después del examen, o pídale al oftalmólogo que envíe/envíe por fax los resultados del examen a la escuela.</p>			
CONSENTIMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN			
<p>Con mi firma a continuación, autorizo: (1) al médico de la vista de mi estudiante a enviar los resultados del examen a la escuela, (2) a la enfermera de la escuela y al médico de la vista a discutir los resultados del examen de la vista y (3) a la enfermera de la escuela a notificar a la escuela sobre cualquier problema de visión específico y recomendaciones relacionadas con las necesidades de visión específicas de mi estudiante. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mi capacidad para obtener un examen de la vista para mi estudiante.</p>			
Firma del Padre / Tutor:		Fecha:	

COMPREHENSIVE EYE EXAM RESULTS Utah Department of Health in Accordance with UCA 53G-9-404		Nombre de la escuela:
Fecha de referencia:		Dirección:
		Código postal:
		Teléfono:
		Fax:
Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Grado:
Padre/Tutor	Teléfono:	Correo electrónico:
Enfermera de la escuela:	Teléfono:	Correo electrónico:

RESULTADOS DEL EXAMEN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE LA VISTA (optometrista u oftalmólogo):		
El estudiante mencionado anteriormente está siendo referido para un examen completo de la vista basado en una evaluación escolar reciente.		
Complete la sección a continuación y devuelva el formulario a la escuela (dirección/faxes indicados arriba).		
Fecha del examen de la vista: Marque si corresponde:		
<input type="checkbox"/> No hay problema en el examen <input type="checkbox"/> Tratamiento recomendado <input type="checkbox"/> anteojos o lentes de contacto <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____		
Mejor agudeza visual con corrección: Derecho: _____ Izquierdo: _____		
<input type="checkbox"/> Existe un impedimento visual significativo, recomiendo la derivación para una Evaluación de la visión funcional de un maestro de los discapacitados visuales, ya sea a través de LEA o las Escuelas para sordos y ciegos de Utah.		
Notas o recomendaciones adicionales:		
INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE LA VISTA:		
Nombre del proveedor:	Fecha del examen:	
Firma del proveedor	<input type="checkbox"/> Oftalmólogo <input type="checkbox"/> Optometrista	
Dirección:	Ciudad:	Código Postal: