Clarksville Montgomery County School System
SERVICIOS DE SALUD

**DERIVACIÓN DE VISIÓN**

Nombre _____ Fecha _____

Grado _____ Profesor/a _____

Estimado padre/madre:
Su hijo/a participó recientemente en un examen de la vista exigido por el estado de Tennessee o un examen solicitado por educación especial. Se requiere un seguimiento por parte de su médico. Los resultados de este examen ayudarán al personal de la escuela a realizar todas las modificaciones necesarias en el programa educativo de su hijo/a.

**Prueba: Con corrección** ☐ **Sin corrección** ☐

Agudeza visual: Evaluador digital (visión puntual)

Tabla Snellen: Ojo derecho 20/ Ojo izquierdo 20/

Grado 2 SOLAMENTE: ☐ Prueba de percepción de color fallida

Fecha del examen _____ Enfermera escolar _____

Este formulario debe ser completado por el médico examinador y **devuelto a la enfermera de la escuela.**

Diagnóstico: _____

Sin Corrección: Ojo derecho 20/ Ojo izquierdo 20/

Con Corrección: Ojo derecho 20/ Ojo izquierdo 20/

Indique donde corresponda:
_____No hay lentes correctivos en este momento
_____Lentes correctivos_ Uso permanente, incluidas actividades de educación física
_____Lentes correctivos_ Uso a tiempo completo excluyendo actividades de educación física
_____Lentes correctivos_ Para todo el trabajo académico
_____Lentes correctivos_ Solo para trabajos académicos a distancia (pizarra, películas)
_____Otro
¿Deben limitarse las actividades debido a afecciones oculares? _____Sí _____No

Recomendaciones y comentarios _____

Se ha recomendado la reevaluación de este/a paciente en: _____Meses _____Año/s

_____ _____
Imprima o Escriba el Nombre del Oftalmólogo u Optometrista Licenciado Firma del Oftalmólogo u Optometrista Licenciado

_____ _____
Dirección Fecha de examen

_____ _____ _____
Ciudad Estado Código Postal Número de teléfono Número de fax