

FERNDALE SCHOOL DISTRICT NO. 502
Ferndale, WA 98248

REFERENCIA DE EXAMEN DE LA VISTA

Estudiante: _____ Dirección: _____
Grado: _____ Teléfono : _____
Escuela: _____ School
Dirección: P.O. Box
Teléfono: (360) _____ Fax: (360) _____

Estimados Padres/Guardianes:

Los resultados de una evaluación de la vista hecha en la escuela, indican que su niño/a necesita un examen profesional. **Por favor lleve este reporte con usted** cuando el examen se lleve a cabo, y regréselo firmado por el doctor, a la "enfermera de la escuela" en la oficina. Si necesita ayuda para encontrar un doctor o tiene preguntas, no dude en llamarme.

Gracias.

Enfermera de la Escuela *Fecha* *Teléfono*

Screening results: Right Eye ____/____; Left Eye ____/____; ____ with glasses on.

Other findings: _____

____ Student reports glasses: Lost, broken, or not available at school for school screening.

Annual exam recommended.

*Funding resources for exam/glasses is available upon request to the school nurse.

RECOMMENDATION FROM PROFESSIONAL EYE EXAMINATION:

1. Glasses ☐ None needed
 ☐ Prescribed – to be worn _____
 ☐ Other _____
2. Best corrected acuity with glasses: Right _____ Left _____
3. Recommendations:
 ☐ Preferential seating, comments _____
 ☐ Special visual aids, type _____
 ☐ Return for re-evaluation, (when) _____
 ☐ Consider as visually handicapped _____

Eye Care Specialist's Signature

Date of Exam

Printed name

Phone

Padres/guardianes, por favor regresen este reporte a la escuela.