

<b>Remisión a especialistas de la vista</b> <b>Departamento de Salud y</b> <b>Servicios Humanos de Utah</b> <b>de acuerdo con la ley UCA 53G-9-404</b>		Nombre de la escuela: Dirección: Ciudad, Estado, Código postal: Teléfono: Fax:	
Fecha de remisión:			
Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:	Grado:
Nombre del padre :	Teléfono:	Correo electrónico:	
Enfermero escolar (o DVPP):	Teléfono:	Correo electrónico:	
<p>Estimados padres:</p> <p>Las escuelas examinan rutinariamente a los estudiantes para detectar problemas de la vista o para identificar a los estudiantes que podrían estar en riesgo de tener problemas de la vista. Remitimos a los estudiantes a un examen ocular cuando no pasan un examen de la vista o corren el riesgo de tener un problema de la vista debido a una razón médica o de desarrollo. Los exámenes de la vista no sustituyen a un examen ocular completo y a una evaluación de la vista realizada por un oculista. Está recibiendo este documento porque su estudiante (indicado arriba)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• no pasó el examen de la vista, o</li> <li>• debe someterse a un examen ocular debido a un riesgo médico o de desarrollo de un problema de visión.</li> </ul> <p>Se recomienda que su estudiante se someta a un examen ocular completo con un profesional de la salud visual (un optometrista o un oftalmólogo). Es importante que programe este examen lo antes posible. ¡No falte a esta cita! Si el oculista detecta un problema de visión, un tratamiento temprano permitirá obtener los mejores resultados posibles para la visión de su estudiante. Es posible que pueda acogerse a un programa de atención oftalmológica que puede ayudarle a pagar un examen ocular o anteojos para su hijo si no tiene seguro médico. Póngase en contacto con el enfermero de su escuela para ver si reúne los requisitos.</p> <p>Motivo(s) de esta remisión.</p> <p><input type="checkbox"/> Agudeza visual defectuosa (<input type="checkbox"/> distancia / <input type="checkbox"/> cerca)</p> <p><input type="checkbox"/> Anomalía ocular fácilmente reconocible (como estrabismo, caída del parpado superior)</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnóstico confirmado de trastorno del desarrollo neural (como discapacidad auditiva, discapacidad cognitiva, trastorno del espectro autista, retraso del habla).</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad sistémica asociada a un trastorno ocular (por ejemplo, diabetes)</p> <p><input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de problemas de la vista</p> <p><input type="checkbox"/> Remisión a educación especial/fallo en la evaluación de lectura estándar</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____</p> <p>Por favor, complete el cuadro de <i>consentimiento y autorización de uso de información que aparece a continuación</i> Y en la parte superior del reverso de esta página. Lleve este papel con usted al examen ocular y entregue el formulario al oculista de su estudiante. Devuelva el formulario completo a la escuela después del examen, o pídale al oculista que envíe por fax los resultados del examen a la escuela.</p>			
<b>Consentimiento y autorización para dar información</b>			
Con mi firma a continuación, autorizo: (1) al oculista de mi estudiante a enviar los resultados del examen a la escuela, (2) al enfermero de la escuela y al oculista a conversar sobre los resultados del examen de la vista, y (3) al enfermero de la escuela a notificar a la escuela sobre cualquier problema específico de la vista y recomendaciones relacionadas con las necesidades específicas de la vista de mi estudiante. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que ello no afectará el derecho de mi estudiante a ser examinado de la vista.			
Firma del padre/madre/tutor:		Fecha:	

<b>Resultados del examen ocular completo</b> Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah de acuerdo con la ley UCA 53G-9-404		Nombre de la escuela: Dirección: Ciudad, Estado, Código postal: Teléfono: Fax:	
Fecha de remisión:			
Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:	Grado:
Padre:	Teléfono:		Correo electrónico:
Enfermero de la escuela (o DVPP):	Teléfono:		Correo electrónico:

<b>Resultados del examen realizado por un profesional de la visión (optometrista u oftalmólogo):</b>	
<p>El estudiante indicado arriba ha sido referido para un examen ocular completo basado en un examen reciente en la escuela.          Por favor, complete la siguiente sección y envíela a la escuela (dirección/fax indicados arriba).</p> <p>Fecha del examen ocular:          Marque si es necesario:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún problema en el examen</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamiento recomendado:  <input type="checkbox"/> Anteojos o lentes de contacto  <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____</p> <p>Mejor agudeza visual con corrección:      Derecha: ____ Izquierda: ____</p> <p><input type="checkbox"/> Existe una deficiencia visual significativa, recomiendo la remisión a una Evaluación Funcional de la Visión realizada por un profesor de deficiencias visuales, ya sea a través de la agencia de educación local o de las Escuelas para Sordos y Ciegos de Utah.</p> <p>Notas o recomendaciones adicionales:</p>	

<b>Información de contacto del profesional de la visión:</b>		
Nombre del proveedor:		Fecha del examen:
Firma del proveedor		<input type="checkbox"/> Oftalmólogo <input type="checkbox"/> Optometrista
Dirección:	Ciudad:	ZIP:

# Comprehensive eye exam results

Utah Department of Health and Human Services  
in Accordance with UCA 53G-9-404

School name:  
Address:  
City, State, Zip:  
Phone:  
Fax:

Date of referral:

Student name:

Date of birth:

Grade:

Parent:

Phone:

Email:

School nurse (or DVPP):

Phone:

Email:

## Exam results from eye care professional (optometrist or ophthalmologist):

The above-named student is being referred for a comprehensive eye exam based on a recent school screening.

Please complete the section below and return to the school (address/fax listed above).

Date of eye examination:

Check if appropriate:

No problem on exam

Treatment recommended:

glasses or contact lenses

other (specify): \_\_\_\_\_

Best visual acuity with correction: Right: \_\_\_\_ Left: \_\_\_\_

Significant vision impairment exists, I recommend referral for a Functional Vision Assessment from a teacher of the visually impaired, either through the local education agency or the Utah Schools for the Deaf and Blind.

Additional notes or recommendations:

## Eye care professional contact information:

Provider name:

Date of exam:

Provider signature

Ophthalmologist

Optometrist

Address:

City:

ZIP: