Programa del examen de la vista para niños

Carta de referencia

# \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Nombre del niño Edad Sexo Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Dirección

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Cuidad Código Postal Número de teléfono

Querido padre:

Un examen de la vista reciente indica que su hijo puede estar experimentando alguna dificultad visual. Aunque estos resultados no son un diagnóstico y no significan necesariamente que se necesiten anteojos o tratamiento, le recomendamos que haga una cita ahora y lleve a su hijo a un optometrista para determinar si hay un problema de visión. El examen de la vista de su hijo indicó lo siguiente::

□ El niño no pasó la prueba de visión lejana Derecha: 20/\_\_\_\_\_\_ Izquierda: 20/\_\_\_\_\_\_

□ Había una diferencia de dos líneas entre los ojos Derecha: 20/\_\_\_\_ Izquierda: 20/\_\_\_

□ Se observo un signo o síntoma de un problema \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ El niño no pasó la prueba de visión cercana Binocular: 20/\_\_\_\_\_\_\_

□ El niño no pasó la prueba de visión de color

□ El niño no pasó el examen de estereopsis

Entregue este formulario al profesional de atención de la vista cuando lleve a su hijo a un examen. Esta información ayudará al médico a comprender el motivo de esta derivación.

Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a esta derivación para la vista, comuníquese conmigo al número de teléfono que se indica a continuación..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de la enfermera/evaluadora de la escuela (letra de molde) Firma de la enfermera/evaluadora de la escuela

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la escuela Dirección de la escuela

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono Ciudad Estado Código Postal

**► Lleve este formulario al optometrista y pídale que complete el reverso de esta carta.Formulario de informe del examinador**

 42

Asistencia médica:

La vista de este niño fue evaluada recientemente en la escuela y se recomendó un examen ocular profesional en base a los resultados de la evaluación. Complete el formulario de informe y devuélvalo a la enfermera de la escuela a la dirección indicada en el reverso de este documento.

**Nombre del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Fecha de la examinación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Criterios de referencia**

20/50 o peor en cualquiera de los ojos para un niño de 4 o 5 años.

20/40 o peor en cualquiera de los ojos a partir de los 6 años.

2 líneas de diferencia en la agudeza visual entre los ojos.

Detección de estereopsis fallida.

**Agudeza Visual:**

Distancia: Derecha 20/\_\_\_\_\_ Izquierda 20/\_\_\_\_\_

Cercana: Binocular: 20/\_\_\_\_\_\_\_\_

**Diagnostico:**

□ Ambliopía

□ Desequilibrio muscular (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Error Refractivo: □ Miopía □ Hipermetropía □ Astigmatismo

□ Otro (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Ningún problema detectado

**Tratamiento:**

□ Anteojos recetados: □ Sí □ No □ Tiempo completo □ Tiempo parcial (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Atención de seguimiento recomendada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del examinador** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Número de teléfono** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**===============================================================================**

*Consentimiento del padre/tutor: Acepto que la información anterior se pueda divulgar al sistema escolar con el fin de proporcionar servicios educativos a mi hijo.*

*Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del padre/tutor* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 43

**Programa de examen de la vista para niños**

Estimado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

El \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se le envió una carta notificándole que su hijo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

reprobó el examen de la vista en la escuela y debe recibir un examen ocular realizado por un optometrista. Es posible que el niño ya haya tenido un examen ocular y simplemente no estoy al tanto de los resultados.

Complete este formulario y envíemelo por correo a la dirección que se muestra a continuación. Su respuesta pronta es apreciada enormemente.

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enfermera de escuela Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de escuela Numero de teléfono

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Cuidad Estado Código Postal

**▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬▬**

* He llevado a mi hijo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a un examen ocular para:

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Resultados de examen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Le recetaron anteojos? □ Sí □ No

Otros tratamientos o recomendaciones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Mi hijo tiene una cita el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para un examen ocular con:

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Necesito ayuda para planificar o pagar por un examen ocular. □ Sí □ No

Comentarios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Escuela y grado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 44

**Formulario de informe del examinador**

Asistencia médica:

La vista de este niño fue evaluada recientemente en la escuela y se recomendó un examen ocular profesional en base a los resultados de la evaluación. Complete el formulario de informe y devuélvalo a la enfermera de la escuela a la dirección indicada en el reverso de este documento.

**Nombre del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Fecha de la examinación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Criterios de referencia**

20/50 o peor en cualquiera de los ojos para un niño de 4 o 5 años.

20/40 o peor en cualquiera de los ojos a partir de los 6 años.

2 líneas de diferencia en la agudeza visual entre los ojos.

Detección de estereopsis fallida.

**Agudeza Visual:**

Distancia: Derecha 20/\_\_\_\_\_ Izquierda 20/\_\_\_\_\_

Cercana: Binocular: 20/\_\_\_\_\_\_\_\_

**Diagnostico:**

□ Ambliopía

□ Desequilibrio muscular (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Error Refractivo: □ Miopía □ hipermetropía □ Astigmatismo

□ Otro (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Ningún problema detectado

**Tratamiento:**

□ Anteojos recetados: □ Sí □ No □ Tiempo completo □ Tiempo parcial (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Atención de seguimiento recomendada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del examinador** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Número de teléfono** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**===============================================================================**

*Consentimiento del padre/tutor: Acepto que la información anterior se pueda divulgar al sistema escolar con el fin de proporcionar servicios educativos a mi hijo.*

*Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del padre/tutor* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 45