



Estado de Illinois

Informe del Examen de la Vista

La ley de Illinois requiere que la prueba de un examen de la vista por un optometrista o médico (como un oftalmólogo) que proporcione exámenes de la vista se presente a la escuela a más tardar el 15 de octubre del año en que el niño se inscribe por primera vez o según lo requiera la escuela para otros niños. El examen debe completarse dentro de un año antes del primer día del año escolar en el que el niño ingresa al sistema escolar de Illinois por primera vez. El padre de cualquier niño que no pueda obtener un examen debe presentar un formulario de renuncia a la escuela.

Nombre del estudiante _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento _____ Género _____ Grado _____
(Mes/día/año)

Padre o Guadian _____
(Último) (Primero)

Teléfono _____

Dirección _____
(Número) (Calle) (Ciudad) (Código postal)

Condado _____

Para ser completado por el Médico Examinador

Historia del caso

Fecha del examen _____

Historial ocular: ☐ Normal o Positivo para _____

Historial médico: ☐ Normal o Positivo para _____

Alergias a medicamentos: ☐ NKDA o alérgico a _____

Otra información: _____

Examen	Distancia			cercana
	Derecho	Izquierdo	Ambos	Ambos
Agudeza visual no corregida	20/	20/	20/	20/
agudeza visual mejor corregida	20/	20/	20/	20/

¿Se realizó refracción con dilatación? ☐ Sí ☐ No

	Normal	Anormal	No se pueden evaluar los	comentarios
Examen externo (párpados, pestañas, córnea, etc.)	☐	☐	☐	_____
Examen interno (vítreo, cristalino, fondo de ojo, etc.)	☐	☐	☐	_____
Reflejo pupilar (pupilas)	☐	☐	☐	_____
Función binocular (estereopsis)	☐	☐	☐	_____
Alojamiento y convergencia	☐	☐	☐	_____
La visión del color	☐	☐	☐	_____
Evaluación de glaucoma	☐	☐	☐	_____
Evaluación oculomotora	☐	☐	☐	_____
Otro _____				

NOTA: "No capaz de evaluar" se refiere a la incapacidad del niño para completar la prueba, no a la incapacidad del médico para realizar la prueba.

Diagnóstico

☐ Normal ☐ Miopía ☐ Hipermetropía ☐ Estigmatismo ☐ Estrabismo ☐ Ambliopía

Otro _____

Recomendaciones

1. Lentes correctivos: ☐ No ☐ Sí, se deben usar anteojos o lentes de contacto para:

☐ Uso costante☐ Visión de cerca

☐ Visión de lejos Puede quitarse para la educación física

2. Se recomienda asiento preferencial: ☐ No ☐ Sí

Comentarios

3. Recomendar un nuevo examen: ☐ 3 meses ☐ 6 meses ☐ 12 meses

Otro _____

4. _____

Imprimir Nombre Número de licencia

Optometrista o médico (como un oftalmólogo) que realizó el examen ocular ☐MD ☐OD ☐DO

Dirección _____

Teléfono _____

Firma _____

Fecha de firma _____

Consentimiento del padre o tutor

Estoy de acuerdo en divulgar la información anterior sobre la dirección de mi hijo o bajo la tutela de las autoridades escolares o sanitarias correspondientes.

(Firma del padre o tutor)

(Fecha)

(Fuente: Enmendado en 32 Ill. Reg. _____, efectivo _____)