

Distrito Escolar de Sauk Prairie

207 Maple Street  
Sauk City, WI 53583  
Teléfono: 608-643-5509  
Fax: 608-643-5503

Enfermera Escolar



EXAMEN DE LOS OJOS PARA KINDERGARDEN

Fecha de Examen: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

Favor de completar esta forma. La información será parte del registro de salud del estudiante en la escuela.  
Gracias.

	Distancia	Cerca
Sin Corregir	Agudeza Visual	Agudeza Visual
	Derecha 20/	Derecha 20/
	Izquierda 20/	Izquierda 20/
Corregida	Agudeza Visual	Agudeza Visual
	Derecha 20/	Derecha 20/
	Izquierda 20/	Izquierda 20/
Visión Color	___/6 OD	___/6 OS
Visión 3D	___/9	

OCULAR MOTILIDAD-SENSORIAL \_\_\_\_\_ PUPILAS \_\_\_\_\_

SALUD GENERAL DE LOS OJOS \_\_\_\_\_

¿Usa su hijo lentes? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Si su respuesta es sí, ¿cuándo? Constantemente \_\_\_\_\_, Lectura solamente \_\_\_\_\_,  
Para ver en la distancia SOLAMENTE \_\_\_\_\_,  
Otro \_\_\_\_\_.

Recomendación para el siguiente examen (Fecha): \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor Examinando los Ojos (Favor de IMPRIMIR con letra o COMPUTADORA): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Doctor examinando los ojos: \_\_\_\_\_

**FAVOR DE REGRESAR A:** Enfermera de la escuela, Distrito Escolar de Sauk Prairie en la dirección de arriba o en el número de fax.