

<b>DERIVACIÓN OFTALMOLÓGICA / OPTOMÉTRICA</b>		Nombre de la escuela:	
Departamento de Salud de Utah Regulación UCA 53G-9-404		Dirección:	
Fecha de la Derivación:		Ciudad, Estado, Código Postal:	
		Teléfono:	
		Fax:	
Nombre del estudiante:		Fecha de Nacimiento:	Grado:
Padre:	Teléfono:	Correo electrónico:	
Enfermera Escolar:	Teléfono:	Correo electrónico:	
<p>Estimado Padre/Guardián:</p> <p>Las escuelas examinan rutinariamente la visión de los estudiantes para identificar a aquellos que tienen problemas de visión, o podrían estar en riesgo de tener problemas de visión. Derivamos a los estudiantes para un examen de la vista cuando no pasan el examen de la vista, o cuando están en riesgo de tener un problema de visión debido a una razón médica o de desarrollo. <u><i>El examen de la vista no es un sustituto de un examen completo de la vista ni de una evaluación de la vista por parte de un oftalmólogo.</i></u></p> <p>Usted está recibiendo este documento porque su estudiante (referido arriba):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• no pasó el examen de visión, o;</li> <li>• debe hacerse un examen de la vista debido a un riesgo médico o a un potencial desarrollo de un problema de visión.</li> </ul> <p>Se recomienda que su estudiante reciba un examen completo de la vista con un oculista (un optometrista o un oftalmólogo). Es importante que programe este examen lo antes posible. ¡No pierda esta cita! Si el oftalmólogo encuentra un problema de visión, el tratamiento temprano conduce a los mejores resultados posibles para la visión de su hijo.</p> <p>Si usted no tiene aseguranza y necesita ayuda financiera para obtener un examen de la vista y/o anteojos para su estudiante, por favor contacte a la enfermera de su escuela para ver si usted califica para nuestro programa de asistencia al cuidado de la vista.</p> <p>Razón(es) de esta derivación:</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de agudeza visual (<input type="checkbox"/> de lejos / <input type="checkbox"/> de cerca);</p> <p><input type="checkbox"/> Anomalía ocular fácilmente reconocible (es decir, estrabismo, ptosis);</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnóstico conocido de trastorno del desarrollo neurológico (por ejemplo, trastorno auditivo, trastorno cognitivo, trastorno del espectro autista, retraso del habla);</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad sistémica con conocidos trastornos oculares asociados (por ejemplo, diabetes);</p> <p><input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de problemas de visión;</p> <p><input type="checkbox"/> Derivación a Educación Especial / Fracaso en metas básicas de lectura;</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____</p> <p>Por favor complete la sección 'Consentimiento y Divulgación de Información' debajo, ASÍ COMO la parte superior detrás de esta página. Lleve este papel con usted al examen de la vista y entregue el formulario a su doctor de atención oftalmológica. Devuelva el formulario completo a la escuela después del examen, o pídale al oftalmólogo que envíe los resultados del examen por fax a la escuela.</p>			
<b>CONSENTIMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN</b>			
<p>Con mi firma abajo, autorizo lo siguiente: (1) que el doctor de atención de la vista de mi estudiante envíe los resultados del examen a la escuela, (2) que la enfermera de la escuela y el doctor de atención de la vista puedan discutir los resultados del examen de la vista, y (3) que la enfermera de la escuela notifique a la escuela de cualquier problema específico y haga recomendaciones relacionadas con las necesidades específicas de la vista de mi estudiante. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mi capacidad de obtener un examen de la vista para mi estudiante.</p>			
Firma del Padre/Guardián:		Fecha:	

<b>RESULTADOS DEL EXÁMEN OCULAR INTEGRAL</b> Departamento de Salud de Utah Regulación UCA 53G-9-404		Nombre de la escuela: Dirección: Ciudad, Estado, Código Postal:
Fecha de la Derivación:		Teléfono: Fax:
Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:	Grado:
Padre/Guardián:	Teléfono:	Correo electrónico:
Enfermera Escolar:	Teléfono:	Correo electrónico:

<b>RESULTADOS DEL EXAMEN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN OCULAR (optometrista u oftalmólogo):</b>		
El estudiante nombrado arriba está siendo derivado para un examen completo de la vista en virtud de la evaluación reciente de la escuela.		
<b>Por favor complete la sección de abajo y devuelva el formulario a la escuela (dirección/fax referidos arriba).</b>		
Fecha del examen ocular:		
Marque si es apropiado:		
<input type="checkbox"/> El examen no revela problema(s)		
<input type="checkbox"/> Tratamiento recomendado		
<input type="checkbox"/> gafas o lentes de contacto		
<input type="checkbox"/> otros (especifique): _____		
Mejor agudeza visual con corrección:      Derecho: _____      Izquierdo: _____		
<input type="checkbox"/> Existe un impedimento significativo de la visión, recomiendo la derivación del estudiante a las Escuelas de Utah para Sordos y Ciegos.		
Notas o recomendaciones adicionales:		
<b>INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN OCULAR:</b>		
Nombre del Proveedor:		Fecha del Examen:
Firma del Proveedor:		<input type="checkbox"/> Oftalmólogo <input type="checkbox"/> Optometrista
Dirección:	Ciudad:	Código Postal: