



**Distrito Escolar Unificado de San Francisco**  
Departamento de Apoyo a estudiantes, Familias y  
Comunidad  
Nº.1515 calle Quintara  
San Francisco, CA 94116  
415/242.2615  
Fax: 242.2618  
<http://www.healthiersf.org>

Estimado Padre / Tutor:

En la escuela de su hijo se llevó a cabo un examen de la vista el \_\_\_\_\_. Su hijo no pasó el examen de la vista y su / sus ojos deben ser examinados

- Por favor, lleve a su hijo a un *oculista* para una evaluación o tratamiento adicional. Por favor, pida al *oculista* que rellene la parte de atrás de este formulario y envíelo por correo a la dirección antes mencionada.
- Si usted no cuenta con un médico *oculista* (de ojos), puede comunicarse con su médico general para una remisión o ir a un *oculista* cerca de su casa. Antes de hacer una cita, por favor asegúrese de que el *oculista* acepta el seguro médico de su hijo. Si usted no tiene seguro de la vista, por favor, revise los archivos adjuntos a esta remisión.

Si tiene alguna pregunta con respecto a esta remisión, por favor no dude en comunicarse directamente con el responsable de dicho examen: EYECHECKERS optométrico, Inc. al (415) 375-0393 o por correo electrónico a través de su portal de Internet <http://eyecheckers.thruhere.net>.

También puede comunicarse con la enfermera escolar en turno, llamando al **415-242-2615**, si necesita más información relacionada con obtener el examen de la vista para su hijo.  
Gracias.

### RESULTADOS DEL EXAMEN DE LA VISTA

_____	_____	_____	_____
<i>Nombre del alumno</i>	<i>escuela</i>	<i>grado</i>	<i>HO#</i>
_____	_____		
<i>Domicilio</i>	<i>Ciudad/código postal</i>		

### EXAMEN SNELLEN:

(ojo derecho) 20/\_\_\_\_\_ (ojo izquierda) 20/\_\_\_\_\_  *Examinado con lentes puestos*  
 *Miopía*  *Hipermetropía*  *Astigmatismo*  \_\_\_\_\_ *tropía*

Otro: \_\_\_\_\_

**Dear Eye Care Practitioner:**

*This student is being referred to you because s/he did not pass her/his vision screening at school. Please examine the child, complete the report below and return it to:*

*School Health Programs, SFCSD, SFUSD  
Attention: Vision Screening Program  
1515 Quintara Street, San Francisco, CA 94116*

---

**DATE OF EXAM:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Refractive Condition:** \_\_\_\_\_

VISUAL ACUITY	WITHOUT CORRECTIVE LENSES	WITH CORRECTIVE LENSES	NEAR ACUITY	<input type="checkbox"/> WITH RX
				<input type="checkbox"/> WITHOUT RX
O.D.				
O.S.				
O.U.				

**Were glasses prescribed?**     Yes     No

**When should student wear glasses?**

- All the time
- Classroom Only
- Other: \_\_\_\_\_

**Were glasses ordered for student?**

- No
- Yes, to be picked up on or around \_\_\_\_\_

**Other conditions found:** \_\_\_\_\_

**Recommendations:**

- Preferential Seating
- Referral to SFUSD Visually Impaired Services
- Other: \_\_\_\_\_

**Name of Eye Examiner:** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_

*Thank you very much for completing and returning this form.*