



San Francisco Unified School District
Student, Family, and Community Support Department
1515 Quintara St.
San Francisco, CA 94116
415/242.2615
Fax: 242.2618
<http://www.healthiersf.org>

Kính thưa Quý Phụ Huynh/Người Giám Hộ:

Một cuộc khám tầm soát thị lực (vision screening) được tổ chức tại trường của con quý vị vào ngày _____.
Con quý vị không qua được cuộc khám tầm soát thị lực này và em cần phải được khám thêm.

- Xin quý vị đưa con quý vị đến một bác sĩ nhãn khoa để được đánh giá thêm hoặc điều trị.
Xin quý vị vui lòng yêu cầu bác sĩ nhãn khoa điền vào mặt sau của mẫu đơn này và gửi đến địa chỉ ghi trên đây.
- Nếu quý vị không có bác sĩ nhãn khoa, quý vị có thể liên lạc với bác sĩ gia đình để được giới thiệu đến một bác sĩ nhãn khoa gần nhà quý vị. Quý vị hãy chắc chắn rằng bác sĩ nhãn khoa chấp nhận bảo hiểm của con quý vị trước khi tiến hành cuộc hẹn. Nếu quý vị không có bảo hiểm về thị giác, xin vui lòng xem các văn bản đính kèm thư giới thiệu này.

Nếu quý vị có điều gì muốn hỏi liên quan đến thư giới thiệu này, xin vui lòng liên lạc trực tiếp với chuyên viên khám tầm soát: OPTOMETRIC EYECHECKERS, INC. tại số (415) 375-0393 hoặc gửi email qua trang mạng <http://eyecheckers.thruhere.net>.

Quý vị cũng có thể liên lạc với Y tá trực trong ngày tại số **415-242-2615**, nếu quý vị cần thêm thông tin về việc xin khám mắt cho con mình. Xin cảm ơn quý vị.

KẾT QUẢ KHÁM TẦM SOÁT THỊ LỰC

_____	_____	_____	_____
Tên Học Sinh	Trường	Lớp	HO#
_____	_____		
Địa chỉ Đường	Thành phố/Mã Số Bưu Điện		

SNELLEN TEST: (R) 20/_____ (L) 20/_____ <input type="checkbox"/> Examined with glasses on			
<input type="checkbox"/> Myopia	<input type="checkbox"/> Hyperopia	<input type="checkbox"/> Astigmatism	<input type="checkbox"/> _____tropia
Other: _____			

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.