



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>

Mahal na Magulang/Tagapangalaga:

Ang isang screening sa paningin ay isinasagawa sa paaralan ng inyong anak noong .
 Ang inyong anak ay hindi pumasa sa screening sa paningin at dapat ipatingin ang kanyang mga mata.

- Mangyaring dalhin ang iyong anak sa isang doktor sa mata para sa karagdagang pagsusuri o pagagamot. Ipakumpleto sa doktor sa mata ang nasa likod ng form na ito at ipadala ito sa address sa itaas.
- Kung wala kang doktor sa mata, maaari kang makipag-ugnay sa iyong sariling medical practitioner para sa isang referral o pumunta sa isang doktor sa mata (optometrist) na malapit sa iyong tahanan. Mangyaring tiyakin na ang iyong doktor sa mata ay tumatanggap ng insurance ng iyong anak bago magpa-appointment. Kung wala kang vision insurance, mangyaring suriin ang mga kalakip na nasa referral na ito.

Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa referral, mangyaring makipag-ugnay nang direkta sa screener: OPTOMETRIC EYECHECKERS, INC. at (415) 375-0393 o sa pamamagitan ng e-mail sa kanilang website <http://eyecheckers.thruhere.net>.

Maaari ka ring makipag-ugnay sa Nurse of the Day, **415-242-2615**, kung kailangan mo ng karagdagang impormasyon tungkol sa pagkuha ng isang pagsusuri sa mata para sa iyong anak. Salamat po.

MGA RESULTA SA SCREENING SA PANINGIN

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<i>Pangalan ng Mag-aaral</i>	<i>Paaralan</i>	<i>Gr</i>	<i>HO#</i>
<hr/>		-	-
<i>Street Address</i>		<i>City/Zip Code</i>	

<i>SNELLEN TEST: (R) 20/_</i>		<i>(L) 20/_</i>		<input type="checkbox"/> <i>Sinuri na may suot na salamin</i>
<input type="checkbox"/> <i>Myopia</i>	<input type="checkbox"/> <i>Hyperopia</i>	<input type="checkbox"/> <i>Astigmatism</i>	<input type="checkbox"/> <i>_____ tropia</i>	
<i>Iba Pa: _____</i>				

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.