



Estimados Padres _____ :

El _____, tu hijo(a) no paso el examen de la vista en la escuela, y debe recibir un examen profesional de los ojos con un optometrista o oftalmólogo. Su hijo(a) puede haber tenido un examen de los ojos y no sabemos los resultados. Por favor llene este formulario y envía lo a la dirección que se muestra abajo. Se agradece la prontitud en la respuesta.

Atentamente,

Lions / Lioness Club

Fecha

Nombre de la escuela

Número de teléfono

- Mi hijo(a) tiene una cita el _____ para un examen de los ojos. Nombre del optometrista o oftalmólogo _____
- Necesito ayuda financiera para pagar el examen de los ojos o lentes. Sí No
Si necesitas ayuda financiera llama al _____.
- Mi hijo tuvo un examen de la vista. _____.
Fecha del examen

Recordatorio – Por favor lleva este formulario a la cita de tu hijo(a).

Dear Doctor,
Please help us evaluate this program by completing and returning this form to the child’s school nurse.

Child’s Name: _____

Date of Exam: _____

The results were:

Normal Amblyopia Strabismus Refractive Error Hyperopia
 Astigmatism Myopia Other: _____

History: New Case Previously Diagnosed

Treatment: Glasses Patching Other: _____

Additional Comments: _____

Notes: _____

Doctor’s Name: _____

Please return this Record of Examination to:

Questions?
Email: info@pbwi.org