

Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

## Formulario de resultados de examen oftalmológico para niños

Herramienta utilizada para el examen: Chart Plus-Optix SPOT Sure Sight

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

### ¿Usa anteojos/lentes de contacto?

- Sí
- No

### ¿Los tiene con usted hoy?

- Sí
- No

### Los resultados de su hijo

Aprobado y no se necesita hacer nada más en este momento.

No pasó el examen oftalmológico.

**Menor de 6** (marque con un círculo el ojo al que se refiere):  
Derecho o Izquierdo

**Mayor de 6:** Ojo derecho: 20/\_\_\_\_ Ojo izquierdo: 20/\_\_\_\_

El instrumento de examen oftalmológico detectó un posible problema.

### Resultados normales del examen:

Edad 6+: 20/32 en cada ojo

Observaciones: \_\_\_\_\_

Si su hijo no pasó el examen oftalmológico, lea las instrucciones de seguimiento que figuran en el reverso de este formulario. Le recomendamos llevar a su hijo a un oftalmólogo para que le hagan un examen oftalmológico completo.

### Record of Examination

Dear Eye Doctor, this child was screened by a Prevent Blindness Wisconsin certified vision screener. Please help us evaluate this program by completing and returning/faxing this form to us at the address listed at the bottom. **All examination results are confidential and for statistical use only.**

Child's Name \_\_\_\_\_ Exam Date \_\_\_\_\_

Eye Doctor's Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Eye Doctor's Signature \_\_\_\_\_

I hereby authorize my child's results to be released to Prevent Blindness Wisconsin.

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_

**History:**  New  Previously Diagnosed

### Visual Acuity:

Uncorrected Right: 20/ \_\_\_\_\_

Left: 20/ \_\_\_\_\_

Corrected Right: 20/ \_\_\_\_\_

Left: 20/ \_\_\_\_\_

### Diagnosis:

- Normal Vision
- Amblyopia
- Strabismus
- Refractive Error:
  - Myopia
  - Hyperopia
  - Astigmatism
  - Other: \_\_\_\_\_

**Treatment:**  Glass Prescribed

Other: \_\_\_\_\_



731 North Jackson Street  
Suite 405  
Milwaukee, WI 53202  
Phone: (414) 765-0505  
Fax: (414) 765-0377  
wisconsin.preventblindness.org

## **SI SU HIJO NO PASÓ EL EXAMEN:**

### **Qué debe hacer:**

1. Programe una cita para su hijo con un oftalmólogo.
2. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la enfermera de su escuela.

### **Opciones para la atención de seguimiento:**

#### **Si tiene un plan de seguro oftalmológico privado:**

Consulte con su plan para encontrar un oftalmólogo participante.

#### **Si tiene BadgerCare (Medicaid):**

Comuníquese con Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta HMO para hablar con un Defensor de HMO y encontrar un oftalmólogo.

#### **Si no tiene un plan de seguro oftalmológico privado o BadgerCare:**

Prevent Blindness Wisconsin podría darle un vale que cubrirá un examen oftalmológico y un par de anteojos. Comuníquese con Prevent Blindness Wisconsin al (414) 765-0505 para obtener una solicitud de vale.

Comuníquese con Prevent Blindness Wisconsin para obtener una solicitud si:

- El ingreso familiar es igual o inferior al 200 % del nivel de pobreza
- Su hijo no tiene cobertura de Medicaid ni ningún otro seguro oftalmológico
- Su hijo tiene 19 años o menos y no se ha graduado de la escuela secundaria
- El niño o el padre es ciudadano estadounidense o inmigrante documentado con un número de seguro social
- Su hijo no ha usado un vale en los últimos 12 meses

## **¡El seguimiento de los padres es importante!**

Los niños pequeños con problemas de visión a menudo no saben que su manera de ver el mundo no es la que todos ven. Una visión clara es importante para triunfar en el aula. Programe una consulta con el oftalmólogo de su hijo. El tratamiento temprano puede salvar su vista y evitar la pérdida de la visión.



**Prevent  
Blindness**  
Wisconsin

731 North Jackson Street  
Suite 405  
Milwaukee, WI 53202

Teléfono: (414) 765-0505  
Fax: (414) 765-0377  
Correo electrónico: [info@pbwi.org](mailto:info@pbwi.org)