# Informe de Evaluación Visual

**PADRE/TUTOR:** Este formulario se proporciona para su conveniencia y la del proveedor de atención médica de su hijo para cumplir con el requisito de evaluación visual en las escuelas de Nebraska. La ley no exige ningún formulario específico. La información proporcionada aquí puede compartirse con el personal de la escuela según sea necesario para promover la seguridad y el éxito educativo de su hijo.

| Nombre del estudiante | Escuela | Grado |
|---|---|---|
| Código Postal | Fecha de Nacimiento | Sexo: ☐ M ☐ F |

Nombre del médico

**PARTE I: Proveedor** Al firmar a continuación, el examinador médico calificado (como se indica arriba) certifica que el estudiante especificado recibió una evaluación visual según lo requerido por el Estatuto Revisado de Nebraska 79-214 para la entrada a la escuela en el grado inicial (Kindergarten o 1er grado), o transferencia desde otro estado a cualquier grado.

| Informe de evaluación visual | APROBADO | REPROBADO | Evaluación adicional recomendada |
|---|---|---|---|
| Ambliopía | ☐ | ☐ | ☐ |
| Estrabismo | ☐ | ☐ | ☐ |
| Salud Interna del Ojo | ☐ | ☐ | ☐ |
| Salud Externa del Ojo | ☐ | ☐ | ☐ |
| Agudeza visual | ☐ | ☐ | ☐ |

20 pies: Derecha 20/_____ Izquierda 20/_____ con/sin gafas

16 pulgadas: Derecha 20/_____ Izquierda 20/_____ con/sin gafas

Comentarios:

| Firma del examinador | Fecha del examen |
|---|---|

Nombre/Título del Examinador (por favor escriba en letra de imprenta o use sello)

Dirección del examinador o sello de la clínica:

**PARTE II: Padre/Tutor:** Como padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, doy mi consentimiento para la divulgación de esta información a:

_____
Nombre de la escuela

_____ _____
Firma del padre/tutor Fecha

_____
Nombre en letra de imprenta y relación con el estudiante