

## Carta de remisión de la visión

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estimado padre/cuidador:

Nuestra escuela ofrece exámenes de la vista utilizando las pautas desarrolladas por el Departamento de Salud de Minnesota. La visión de su hijo fue examinada en

\_\_\_\_\_.

Lleve a su hijo a un oftalmólogo para que revise su visión. Entregue esta carta con los resultados del examen de visión de la escuela al oftalmólogo.

- Ojo derecho 10/\_\_\_\_\_ (20/\_\_\_\_) Ojo izquierdo 10/\_\_\_\_ (20/\_\_\_) para visión lejana.
- Su hijo no pudo leer las líneas de la tabla para su edad O la diferencia entre la visión en el ojo izquierdo y derecho fue mayor que una línea (con) (sin) lentes correctivos.
- Su hijo tuvo problemas para ver objetos de cerca (más la evaluación de lentes).
- Su hijo se quejó de que es difícil ver bien.
- La apariencia de los ojos de su hijo no es la típica para la mayoría de los niños. Explicación:  
\_\_\_\_\_
- Se observaron posibles problemas de equilibrio muscular ocular (pupilas que miran en la misma dirección) durante el examen.
- Reflejo retiniano anormal (luz roja)
- Antecedentes familiares/del niño de afecciones oculares.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para obtener un examen realizado por un profesional de la visión, comuníquese con nosotros.

\_\_\_\_\_

Solicite que su profesional de la visión complete el formulario y lo regrese completo a su escuela.

VISION REFERRAL LETTER

**Health Care Provider, please complete this form.**

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

School Name: \_\_\_\_\_

**Provider comments:**

I have examined this child on \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

My findings are:

Right: 10/\_\_\_\_ (20/\_\_\_\_) Left: 10/\_\_\_\_ (20/\_\_\_\_) without corrective lenses

- Insufficient to require treatment
- Corrective lenses prescribed or there is change in the current prescription.
- Best Correction: R\_\_\_\_/\_\_\_\_ L\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Muscular Condition was not found or insufficient to require treatment
- Muscular Condition is being treated by corrective lenses or other method
- There is no significant visual condition that will impact the child's learning
- This child has a visual condition that may impact learning. Recommendations include:  
 \_\_\_\_\_
- Other \_\_\_\_\_

Child should return for follow up examination on \_\_\_\_\_

Provider Name/Title: \_\_\_\_\_

Contact Information: \_\_\_\_\_

*Schools nurse or health staff fill out this section below before sending home*

**Please have the parent return this form to the school or you can return this to**

School Nurse Name: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Este formulario con plantilla fue desarrollado por MDH para su uso en las escuelas.

Minnesota Department of Health  
Child and Teen Checkups  
651-201-3650  
[health.childteencheckups@state.mn.us](mailto:health.childteencheckups@state.mn.us)  
[www.health.state.mn.us](http://www.health.state.mn.us)

12/2023

*Para obtener esta plantilla en un formato diferente, llame al: 651-201-3650.*