

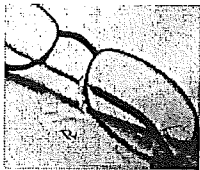
Permiso de Examen De Visión



Exámenes de la visión de su hijo/a para problemas visuales como ambliopía (ojo perezoso) se llevará a cabo a lo largo de sus años de escuela y es requerido por la ley del Estado de Utah para su escuela a realizar para todos los niños/as en edad preescolar y kindergarten en su escuela.

Ley del Estado de Utah requiere que todos los niños/as entrando en kindergarten deben dar prueba que tuvieron un examen de visión dentro de un año antes de la inscripción.

Muchos pediatras y Head Starts proporcionan esta prueba cuando lleven a cabo exámenes de la visión en sus ubicaciones y durante exámenes físicos médicos. Es la responsabilidad del padre o guardián cumplir con la ley para dar esta prueba de examen de la visión. Esta prueba es necesaria junto con sus registros de inmunización.



Por favor, asegúrese de que su hijo/a trae sus lentes en el día del examen de visión en su escuela si usa lentes. Los ojos de los niños/as pueden cambiar en el corto de tiempo como 6 meses y puede haber una necesidad de ver a su médico para un posible cambio en la prescripción.

Si los niños no pueden ver la pizarra, no pueden aprender.

Los niños/as a menudo no se quejan de visión pobre considerando que han visto todo de la misma manera durante años y no son conscientes de que el mundo no parece como lo vean. La ambliopía es un defecto de ojo común, pero no siempre es evidente, que debe identificarse antes de la edad de siete para el tratamiento más efectivo. Si no recibe tratamiento temprano, puede producirse la pérdida visual permanente. A menudo es corregible, si tratar oportunamente.

Por favor completar la parte siguiente y regresar a la escuela de su hijo.

Si _____ doy permiso

No _____ doy permiso



para que mi hijo/a _____
(por favor imprimir nombre completo del niño/a)

para recibir el examen de la visión coherente con los requisitos de la ley de Utah. Entiendo que los resultados del examen de la visión y la necesaria información adicional acerca de mi hijo/a que puede ser en sus registros de la escuela pueden ser compartidos con otros educadores y profesionales sanitarios que trabajan con las escuelas para proporcionar servicios de seguimiento adecuados para mi hijo/a.

Firma del padre o guardián

Fecha

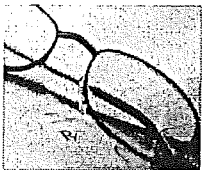


VISION SCREENING PERMISSION FORM

Vision screenings to screen your child for visual problems such as Amblyopia (lazy eye) will be conducted throughout their school years and is required by Utah State Law for their school to perform for all preschoolers and kindergartners in their school.

Utah State Law requires all children entering kindergarten must provide proof they had a vision screening within a year prior to enrollment.

Many pediatricians and Head Starts provide this proof as they conduct vision screenings at their locations and during medical physicals. It is each child's parent or guardian's responsibility to comply with the law to provide this proof of a vision screening. This proof is needed along with their immunization records.



Please be sure your child brings their eye glasses on the day of the vision screening at their school if they wear glasses. Children's eyes can change in as short of time as 6 months and there may be a need to see their eye doctor for a possible change in the prescription.

If children cannot see the blackboard, they cannot learn.

Children often do not complain of poor vision whereas they may have seen everything in the same manner for years and are not aware the world doesn't look the way they see it. Amblyopia is a common, but not always obvious, eye defect which must be identified before the age of seven for the most effective treatment. If not treated early, permanent visual loss may occur. It is often correctable, if treated promptly.

Please complete the following portion and return to your child's school.



I do _____ give permission

I do not _____ give permission

For my child, _____
(Please PRINT child's full name)

to receive vision screening consistent with the requirements of Utah Law. I understand that the results of the vision screening and necessary additional information about my child that may be in his/her school records may be shared with other educators and health care professionals working with the schools to provide appropriate follow-up services for my child.

Signature of Parent or Legal Guardian

Date