



Informe de examen de la vista

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Lugar del examen: _____ Fecha del examen: ____/____/____

Esta carta es para informarle que su niño **no pasó** el examen de la vista.

El examen se realizó con un evaluador de visión SPOT. Después de tomar varias medidas de los ojos, nuestros resultados muestran que su hijo tiene un problema de visión con:

- Miopía (*visión de cerca*)
- Hipermetropía (*visión de lejos*)
- Estrabismo (*ojo desalineado*)
- Astigmatismo (*problema de enfoque*)
- Anisometropía (*potencia desigual*)
- Anisocoria (*tamaño de pupila desigual*)
- Otro _____

Su niño requiere una cita con un Oftalmólogo para un examen ocular completo. Si no se trata, la condición anterior podría causar la pérdida permanente de la visión y limitar la capacidad de aprender y tener éxito en la escuela.

Los pediatras no cuentan con el equipo o la experiencia adecuados para realizar exámenes de la vista o tratar afecciones oculares, por lo tanto, su hijo debe ser visto por un oftalmólogo. **Debido a que no todos los oftalmólogos atienden a niños menores de ocho (8) años, visite nuestro sitio web para obtener una lista de oftalmólogos en su área y programe una cita para su niño. Lleve este formulario con usted al examen de la vista.** La información ayudará al oftalmólogo a saber por qué su niño no pasó nuestro examen. El oftalmólogo completará el reverso de este formulario y lo devolverá a nuestra oficina. Esto nos ayuda a medir la precisión y el éxito de nuestro programa de exámenes de la vista.

Nos pondremos en contacto con usted pronto para ver cómo está progresando la visión de su niño. No podemos cerrar el caso de su niño hasta que se haya obtenido un examen de la vista.

¡Gracias por trabajar con nosotros para garantizar el desarrollo saludable de su niño!

Para obtener más información sobre el GROW Check de su niño y los recursos:

- Visite el Portal de la Familia
- Correo electrónico: support@getreadytogrow.org
- Teléfono: (585) 295-1008; Facsímil: (585) 295-1090
- Visite www.GetReadyToGROW.org para una lista de los proveedores de atención de la vista



Estimado Doctor,

Con base en nuestros resultados utilizando el dispositivo de detección de la vista SPOT, el niño que se menciona a continuación está siendo derivado para un examen completo de la vista para descartar posibles problemas de la vista. **Pida a los padres que firmen a continuación y envíen por fax este formulario a Get Ready to GROW al (585) 295-1090 con sus hallazgos profesionales.** ¡Gracias por ayudarnos a prevenir la pérdida de la visión de los niños de nuestra comunidad!

Por la presente doy permiso al oftalmólogo que se indica a continuación para enviar por fax el informe de la vista de mi niño al Children's Institute.

_____ Fecha: ____/____/____
Firma del padre/tutor

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: Varón Femenino

Lugar del examen: _____ Observaciones: _____

Fecha del examen: ____/____/____

Resultados del examen completo de la vista

Fecha del examen: ____/____/____

Diagnóstico

- Examen normal – no hay preocupación
- Hipermetropía
- Miopía
- Astigmatismo
- Ambliopía
- Estrabismo
- Anisocoria
- Anisometropía
- Otro: _____

Refracción

OD: _____
 OS: _____

Tratamiento

- Anteojos Sí No
- Parches
- Cirugía
- Observación: seguimiento en 6 meses o menos
- Observación: seguimiento en 1 año
- Otro: _____

Comentarios

Información del doctor que hizo el examen

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: (_____) _____ - _____
 Facsímil: (_____) _____ - _____

Tenga la bondad de enviar este formulario completado al: (585) 295-1090 • Atn: Get Ready to GROW