



Date: _____

Name: _____

DOB: _____

ID#: _____

Campus: _____

Grade: _____

Homeroom: _____

Kính thưa Quý Phụ Huynh: Lớp của con em quý vị vừa hoàn tất một đợt khám mắt. Kết quả cho biết em có thể gặp phải khó khăn với thị giác (khả năng nhìn). Xin quý vị vui lòng lấy hẹn với bác sĩ nhãn khoa ngay để em được chẩn đoán đúng đắn. Sau khi em được bác sĩ khám và điền vào mẫu đơn dưới này xong, xin quý vị mang đơn này trở lại trường cho y tá nhà trường.

Nếu con em quý vị đã được khám và chữa cho vấn đề này, xin quý vị ký vào phần từ chối vào cuối của lá thư này và đem nộp cho y tá nhà trường. Nếu quý vị có thắc mắc về chương trình khám mắt hoặc muốn biết nhiều hơn về việc này, xin vui lòng gọi cho tôi.

Y Tá Nhà Trường (School Nurse)

Distance Acuity Screen:

Distance Acuity Screen form with columns for First Screen and Second Screen, including fields for Date, With Correction, Chart Used, Right Eye 20/, Left Eye 20/, Pass/Fail checkboxes, and Symbol.

HIRSCHBERG CORNEAL LIGHT REFLEX and COVER-UNCOVER TEST sections with diagrams for eye examinations and instructions for marking light reflex and eye movement.

REFERRAL TO EYE CARE SPECIALIST (OPHTHALMOLOGIST OR OPTOMETRIST) DUE TO:

- Distance Acuity Test, Plus Lens Test, Hirschberg-Corneal, Cover-Uncover Test, Unscreenable, Parent/M.D. Request, Observable Signs or Symptoms, Light Reflex Test, Other

Comments _____

Name of Screener _____

Physician, please complete the following:

Results: _____
Recommendations: _____
Comments: _____

Signature _____

Title _____

Printed Name _____

Date _____

Return completed referral to school nurse

WAIVER OF REFERRAL (Từ Chối việc Khám Mắt)

Con tôi, _____, hiện đang được một bác sĩ nhãn khoa lo lắng cho vấn đề được nêu trên.

Chữ Ký của Phụ Huynh (Parent's Signature)

Tháng, ngày, năm (Date)