



Suite 200
 739 West Peachtree Street NW
 Atlanta, GA 30308-1137
 (404) 266-2020 tel
 (404) 266-0860 fax
 (800) 477-4448 toll free

Estimado Padre,

- ❑ **Su niño/a NO PASÓ la prueba de visión hoy y puede no sea ver tan bien como él o ella debe. Lea el reverso de esta pagina para los resultados de la prueba de visión de su niño.**

Es importante que se detectan y se corrigen a tiempo problemas de visión. Pueden conducir a la pérdida permanente de la visión o ceguera, bajo rendimiento escolar, falta de concentración, torpeza y/o la falta de confianza.

1. Haga una cita con un oculista u oftalmólogo ahora.
2. **Lleva esta hoja a su cita con la oculista u el oftalmólogo. Pregunta al oculista u oftalmólogo que complete la información necesaria al revés de esta hoja y devuélvelo a Prevent Blindness Georgia.**
3. Si tiene alguna pregunta o duda sobre la vista de su niño/a, llame a Prevent Blindness Georgia at 404-266-1548.

- ❑ **Su niño/a NO PASÓ la prueba de visión CON sus anteojos. Lea los resultados de la prueba de visión al revés de esta hoja.**

Si su hijo ya está bajo el cuidado de un oftalmólogo, es posible que ya esté consciente de estas preocupaciones. Sin embargo, es posible que desee ponerse en contacto con la oculista u oftalmólogo de los ojos para discutir los resultados de la prueba de visión si no son lo que usted espera. Si su niño tiene gafas pero no llevaba ellos durante la prueba de visión, él/ella tiene que llevar a la escuela con el fin de ver lo suficiente para aprender.

- ❑ **Su niño/a no completó la prueba de visión conducido por Prevent Blindness Georgia en su escuela hoy** porque fue incómodo o nervioso de participar en la prueba de visión, no quiso cooperar o no pudo responder apropiadamente a la prueba de visión. Si usted no puede tener la visión de su hijo repetir la prueba en seis meses, hacer una cita con un oculista u oftalmólogo.

Le recomendamos que siga esta la prueba de visión con un examen de la vista dentro de dos meses. Si su hijo tiene un problema de visión, su visión puede seguir empeorando hasta que se inicia el tratamiento.

Los ABC's de los Posibles Problemas de los Ojos en los Niños		
<i>Si su niño presenta uno o más de estos síntomas, haga que su hijo visto por un oftalmólogo.</i>		
Apariencia	Comportamiento	Quejas
<ul style="list-style-type: none"> • Los ojos parece estar bizco o no están alineados • Los ojos rojos (inflamados) o están llorosos • Orzuelos recurrentes (infecciones) párpados • Fotos a color de espectáculo ojo blanco reflexión en lugar de reflexión rojo típico o ninguna reflexión • Los bordes de los párpados están rojos, con legañas hinchados • Párpado caído 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrecierra los o frunce el ceno • Inclina o empujes la cabeza hacia adelante • Tiene dificultad en leer o hacer otros trabajados de cerca • Sostiene objetos cerca de los ojos • Pestañea más que lo normal o parece malhumorado cuando hace trabajos de cerca • Rígido cuando al mirar objetos distantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Picor de ojos, se arden o los ojos arden • No ver muy bien • Visión borrosa o visión doble • Mareos, dolores de cabeza o náuseas después de cerca el trabajo • Inusualmente sensibles a la luz

El examen de la vista de su hijo fue financiada gracias a donaciones de individuos, fundaciones y corporaciones. Para que otros niños tengan el chance que tuvo su hijo, le solicitamos que por favor contribuya a www.pbga.org para prevenir la ceguera en Georgia.



Suite 200
 739 West Peachtree Street NW
 Atlanta, GA 30308-1137
 (404) 266-2020 tel
 (404) 266-0860 fax
 (800) 477-4448 toll free

Child's Name _____ Screening Date _____

Screening Location _____ Screener _____

Dear Doctor:

This child was screened by a Prevent Blindness Georgia certified vision screener and has been referred for a professional eye examination. Please help us evaluate this program by completing and returning this form to us at the address or fax number listed above, or scan and email it to lirby@pbga.org. All results are confidential and for statistical use only.

Vision Screening Results/Reason for Referral ___ With glasses ___ Without glasses

Appearance, behavior or complaint symptoms observed: _____

Failed Lea Symbols® Distance Visual Acuity: Right Eye 20/____ ; Left Eye 20/____
 (Acuity > 20/50 for 3 year old, > 20/40 for 4-5 year old, or two line difference within passing range)

Failed plusoptix photoscreening _____

Eye Doctor's Diagnosis

- Amblyopia
- Muscle imbalance (type) _____
- Refractive Error
 - Myopia Hyperopia Astigmatism
 - OD sph _____ cyl _____ axis _____
 - OS sph _____ cyl _____ axis _____
- Ptosis
- Other
- Normal exam

History

- New case
- Previously diagnosed

Treatment

- Glasses prescribed
 - OD sph _____ cyl _____ axis _____
 - OS sph _____ cyl _____ axis _____
- Patch
- Other

Doctor's name (please print) _____

Ophthalmologist Optometrist Other: (type) _____

Exam date _____ Phone _____

Please return this form to Prevent Blindness Georgia at the address or fax number listed above, or scan the form and email it to lirby@pbga.org

Consentimiento y Liberación de los Padres

Autorizo el oftalmólogo de mi hijo para enviar los resultados del examen de Prevent Blindness Georgia.

 (Firma del los Padres)

 (Fecha)