



Estado de Illinois

Informe del examen ocular

Las leyes de Illinois requieren que se presente ante la escuela el comprobante de un examen ocular realizado por un optometrista o un médico (por ejemplo, un oftalmólogo) que realice exámenes oculares, a más tardar el 15 de octubre del año en que el niño se inscriba por primera vez o según lo exija la escuela para los demás niños. El examen debe completarse dentro del año previo al primer día del año escolar en el que el niño ingrese por primera vez al sistema escolar de Illinois. Los padres de un niño que no pueda obtener el examen deben presentar un formulario de exención a la escuela.

Nombre del estudiante _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Grado _____
(Mes/Día/Año)

Padre, madre o tutor _____
(Apellido) (Nombre)

Teléfono _____
(Código de área)

Dirección _____
(Número) (Calle) (Ciudad) (Código postal)

Condado _____

Para ser completado por el médico que realiza el examen

Historia clínica

Fecha del examen _____

Antecedentes oculares: Normal o Positivo para _____

Antecedentes médicos: Normal o Positivo para _____

Alergias farmacológicas: Sin alergias farmacológicas conocidas o Alergia a _____

Otra información _____

Examen

	Distancia			Cerca
	Derecho	Izquierdo	Ambos	Ambos
Agudeza visual no corregida	20/	20/	20/	20/
Agudeza visual mejor	20/	20/	20/	20/

¿Se realizó la refracción con dilatación? Sí No

	Normal	Anormal	No se puede evaluar	Comentarios
Examen externo (párpados, pestañas, córnea, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Examen interno (vítreo, cristalino, fondo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Reflejo pupilar (pupilas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Función binocular (estereopsis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Acomodación y convergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vista del color	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Evaluación de glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Evaluación oculomotriz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

NOTA: "No se puede evaluar" se refiere a la incapacidad del niño para completar la prueba, no a la incapacidad del médico para realizar la prueba.

Diagnóstico

Normal Miopía Hipermetropía Astigmatismo Estrabismo Ambliopía

Otro _____



Estado de Illinois Informe del examen ocular

Recomendaciones

1. Lentes correctivos: No Sí, se deben usar lentes aéreas o de contacto por:
 Desgaste constante Vista de cerca Vista de lejos
 Se pueden quitar para realizar educación física

2. Ubicación preferencial recomendada: No Sí

Comentarios _____

3. Nueva evaluación recomendada: 3 meses 6 meses 12 meses
 Otro _____

4. _____

5. _____

Nombre en letra de imprenta _____

Número de matrícula _____

Optometrista o médico (por ejemplo, un oftalmólogo)
 que realizó el examen ocular MD OD DO

Dirección _____

Teléfono _____

Firma _____

Fecha _____

**Consentimiento del padre, la
madre o el tutor**

Accepto divulgar la información anterior sobre mi hijo o pupilo a las autoridades escolares o de salud apropiadas.

(Firma del padre, la madre o el tutor)

(Fecha)

(Fuente: Modificado en 32 Ill. Reg. _____, entrada en vigencia _____)