



CRESCENT ELEMENTARY SCHOOL
HEALTH OFFICE

EXAMEN DE LA VISTA

Fecha: _____

El nombre del estudiante: _____

Fecha de examinación: _____

Diagnóstico: _____

Visión sin corrección: OD _____ OS _____
(lejos) (cerca) (lejos) (cerca)

Visión con corrección: OD _____ OS _____
(lejos) (cerca) (lejos) (cerca)

Equilibrio muscular: _____ Fusión: _____

¿El niño debe usar gafas? _____ ¿Cuándo? _____

¿Este niño alguna vez ha tenido una cirugía ocular? _____ Fecha: _____

Recomendación: _____

Nombre del médico

impreso Firma del médico

Sello del médico