



عزيزي الوالد أو الوصي:

تم إجراء اختبار فحص الرؤية إلى _____،

رقم الطالب _____، في _____ في _____ المدرسة.

بناءً على نتائج برنامج فحص الرؤية في المدرسة، نوصي بإجراء فحص عيون طفلك من قبل طبيب العيون. الرؤية الجيدة مهمة لجميع الطلاب حتى يكونوا مستعدين وقادرين على التعلم. تذكر أن الأطفال والمراهقين الذين يعانون من ضعف البصر قد يواجهون صعوبة في المدرسة والرياضة والمواقف الاجتماعية والحياة.

نتائج طفلك:

☐ لم يجتاز فحص رؤية مخطط العين

☐ العين اليمنى

☐ العين اليسرى

التعليقات / الملاحظات: _____

ماذا يجب ان تفعل:

1. حدد موعدًا لطفلك مع طبيب العيون
2. إحضار خطاب إحالة الرؤية إلى طبيب العيون
3. اطلب من طبيب العيون إكمال سجل الفحص الموجود على ظهره وإرساله بالفاكس إلى ممرضة مدرستك.

كيفية تحديد الموعد:

1. إذا كان لديك خطة تأمين خاص يغطي النظر - اتصل بخطتك للعثور على طبيب عيون.
2. إذا كان لديك بائع كبير بلس HMO - اتصل بخدمة العملاء أو الأعضاء في HMO لطفلك للحصول على قائمة بأطباء العيون المشمولين في خطتك.

i. خطة دين هيلث 1-800-279-1301

ii. GHC-SCW 1-800-605-4327

iii. الكوارتز للتأمين الصحي 1-800-362-3310

iv. يوناييتد هيلث 1-800-504-9660

v. انثم بلو كروس بلو شيلد 1-855-690-7800

3. اتصل بممرضة مدرستك إذا لم تكن قادرًا على متابعة خطة التأمين الخاصة بك أو ليس لديك تأمين رؤية أو لديك أسئلة. رقم التليفون: _____

ممرضة المدرسة

خذ هذا النموذج إلى طبيب العيون لاستكمال
تقرير طبي عن فحص العين

اسم الطفل: _____ تاريخ الميلاد: _____

تاريخ الامتحان: _____



اسم المزود: _____
مرفق المزود (العنوان ورقم الهاتف والفاكس): _____

1. التشخيص:

- ☐ عادي
☐ الغمش
☐ الحول
☐ الخطأ الانكساري:
☐ قصر النظر
☐ طول النظر
☐ الاستجماتيزم
☐ أخرى _____

2. النظارات المطلوبة: نعم _____ لا _____ تغيير في الوصفة الطبية _____

3. الاستخدام الموصى به للنظارات:

- أ. طوال الوقت _____
ب. مسافة _____
ج. قراءة _____
د. آخر _____

4. علاج آخر: _____

5. توصيات زيارة المتابعة: _____

| |
|---|
| إذن ولي الأمر بمشاركة المعلومات |
| أنا، ولي الأمر/الوصي على الطفل المذكور أعلاه، أسمح بتبادل المعلومات بين أخصائي رعاية العيون وممرضة مدرسة طفلي. أدرك أنه سيتم إرسال هذا النموذج بالفاكس إلى ممرضة المدرسة حتى تتمكن من المساعدة في ضمان اتباع التوصيات المذكورة أعلاه لمساعدة طفلي على التعلم. توقيع ولي الأمر/الوصي _____ تاريخ _____ |

| |
|-------------------------------|
| يرجى إعادته إلى ممرضة المدرسة |
| ممرضة المدرسة: |
| هاتف: |
| فاكس: |

**Dear Parent or Guardian:**

A vision screening test was given to _____,

Student Number _____, on _____

at _____ School.

Based on the results of the vision screening program at school we recommend that your child has an eye examination by an eye doctor. Good vision is important for all students so that they are ready and able to learn. Remember, children and adolescents who have poor vision, may have a harder time in school, sports, social situations and life.

Your Child's Results:

- ☐ Did not pass the eye chart vision screening
- ☐ Right eye
- ☐ Left eye

Comments / Observations: _____

What you should do:

1. Make an appointment for your child with an eye doctor
2. Bring the Vision Referral Letter to the eye doctor
3. Ask the eye doctor to complete the Record of Examination on the back and FAX it to your school nurse.

How to make the appointment:

4. If you have Private Vision Insurance Plan - contact your plan to find an eye doctor.
5. If you have a BadgerCare Plus HMO – contact your child's HMO's Customer or Member Service for a list of eye doctors that are under your plan.
 - i. Dean Health Plan 1-800-279-1301
 - ii. GHC-SCW 1-800-605-4327
 - iii. Quartz Health Insurance 1-800-362-3310
 - iv. United Healthcare 1-800-504-9660
 - v. Anthem Blue Cross Blue Shield 1-855-690-7800
6. **Contact your school nurse if you are not able follow-up with your insurance plan or do not have vision insurance or have questions. Phone number:** _____

School Nurse



**TAKE THIS FORM TO THE EYE DOCTOR TO COMPLETE
PROFESSIONAL REPORT OF EYE EXAMINATION**

Child's Name: _____ Date of Birth: _____

Date of Exam: _____

Provider Name: _____

Provider Facility (Address, Phone number, and Fax): _____

1. Diagnosis:

- ☐ Normal
- ☐ Amblyopia
- ☐ Strabismus
- ☐ Refractive Error:
- ☐ Myopia
- ☐ Hyperopia
- ☐ Astigmatism
- ☐ Other _____

2. Glasses Needed: Yes _____ No _____ Change in Prescription _____

3. Recommended Usage of Glasses:

- a. All the time _____
- b. Distance _____
- c. Reading _____
- d. Other _____

4. Other Treatment: _____

5. Follow-up visit recommendations: _____

PARENT AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

I, the parent/guardian of the above named child, authorize the exchange of information between the eye care professional and my child's school nurse. I understand that this form will be faxed to the school nurse so they may assist in assuring the above recommendations can be followed to help my child's learning.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE _____

Date _____

PLEASE RETURN TO SCHOOL NURSE

School Nurse: _____

Phone: _____



FAX