

visión de la escuela y consentimiento de la audiencia y expediente

Padres, por favor, completa el signo medio, superior y volver a nuestro maestro.

Niño debe han firmado el consentimiento para ser proyectada.

Nombre del estudiante _____ Nombre de los padres _____

Dirección _____ Teléfono _____

Fecha de nacimiento _____ Grado _____ Profesor _____

Visión y examen de audición es un servicio proporcionado por la escuela de Pittsville.

Solicito mi hijo participar en los programas de cribado. (por favor revise y firme)

Visión 5K-8 SI ___ No ___

Audición 5 K-3 SI ___ No ___

EVALUACIÓN de visión cercana: El niño se ha quejado de, o ha señalado cualquiera de las siguientes?

¿Síntomas si lleva sus gafas?

Sí No

Sí No

¿Frecuentes dolores de cabeza?			Cerrar o cubrir un ojo durante la lectura?		
¿Desenfoque de objetos lejanos?			¿Desenfoque de la impresión al leer?		
¿Sosteniendo un libro de menos de 12 pulgadas?			¿Un ojo que da vuelta en o hacia fuera en cualquier momento?		
¿Ver doble los objetos?			¿Su niño usa gafas?		
¿Su hijo ver y el doctor del ojo?					

¿Otras preocupaciones? _____

Firma del padre o tutor _____

Para uso escolar-archivado en registro de salud permanente

Compruebe si el niño lleva gafas y contactos O Check if not wearing glasses O Why? _____

Fecha: _____ <u>Distance Vision Screening</u> Ojo-20 a la derecha / Ojo-20 a la izquierda / Ambos ojos 20 /	Fecha: _____ <u>Distance Vision Screening</u> Ojo-20 a la derecha / Ojo-20 a la izquierda / Ambos ojos 20 /	Fecha: _____ <u>Examen de audición</u> Pase a la derecha (pass right) Pase a la izquierda (pass left) Volver a examinar (Rescreen)
--	--	---

Comentario de proyección: _____

Referencia fecha envió a los padres: _____

Seguimiento de enfermería: _____

Firma de la enfermera _____ Fecha _____

Proyección de la visión: En 5K y grados 1,2,3,4,5 y 6 su hijo se proyectará para la pérdida de la visión de distancia. El programa se ofrece en el otoño del año con el fin de recoger los problemas que pueden afectar el aprendizaje. Los padres son notificados por carta si su hijo muestra una pérdida de visión posible. Proyección no incluye prueba de visión cercana. Proyección no es un sustituto para el cuidado profesional completa de los ojos. Otros grados pueden ser analizados con una solicitud por escrito a la escuela.

Examen de audición: El programa de cribado de la audiencia se lleva a cabo en el otoño del año y se coordina con el programa de visión. Voluntarios capacitados los estudiantes en grados 5K, 1, 2 y 3 de la pantalla. Son el caso de los alumnos con pérdida auditiva posible. Una carta se notifiquen a los padres si necesita atención de seguimiento.

Notas de discriminador: _____

Fecha de Re-examen de audición: _____ Discriminador: _____

	1000HZ	2000HZ	3000HZ	4000HZ	2000HZ
R	20dB	20dB	20dB	20dB	25dB
L	20dB	20dB	20dB	20dB	25dB

Recommendatins - PHN para completer

O Pasar - No más necesario

O Referirse para evaluación médica o audio lógica

O Vuelva a probar el año que viene si falta en 4000HZ sólo en uno o ambos oídos. En caso de tercer grado, vuelva a probar entre el 1 de marzo - 30 de abril.