



Child Information	Contact Information
First name: _____ <i>Nombre primer</i>	Mailing address: _____ <i>Domicilio de correo</i>
Last name: _____ <i>Nombre apellido</i>	_____
Date of Birth: ____/____/____ <i>Fecha de nacimiento</i>	City: _____ Zip: _____ <i>Ciudad Código de postal</i>

VISION SCREENING RESULTS / RESULTADOS DE LA REVISIÓN DE LA VISTA

Electronic Screening Device: PASS / Paso REFER / Remita

RECOMMENDATION / RECOMENDACIÓN

NORMAL SCREEN COMPLETED, NO EXAM REQUIRED.
Evaluación normal completa, no necesita examen.

COULD NOT BE TESTED, RESCREEN WITHIN 6 MONTHS.
No se pudieron hacer pruebas; volver a evaluarlo dentro de los siguientes 6 meses.

REFERRED FOR DILATED EYE EXAM, PLEASE MAKE APPOINTMENT WITH AN EYE DOCTOR.
Referido/a para que se le haga un examen con la pupila dilatada; le agradeceremos hacer una cita con un médico de la vista.

The screening tests are not the same as having a complete eye examination. If the vision screening suggests that your child may have an eye problem, we strongly recommend that he/she see an ophthalmologist or optometrist for a comprehensive, dilated eye exam. This does not constitute ongoing care.

Los exámenes preliminares de la vista no son lo mismo que un examen completo. Si el examen preliminar sospecha que su hijo/a tiene un problema con la vista, recomendamos absolutamente que reciba un examen completo de los ojos con dilatación hecho por un oftalmólogo o un optometrista. Esto no constituye cuidado continuo.