



2700 KEARNS BOULEVARD  
PARK CITY, UT 84060

OFFICE: (435) 645-5600  
FAX: (435) 645-5609

FORMULARIO DE OPCIÓN DE EVALUACIÓN DE VISIÓN

De acuerdo con la Ley del Estado de Utah (UCA 53G-9-404), "Todos los estudiantes menores de nueve años que ingresan a una escuela pública en Utah por primera vez sin prueba de evaluación deben ser examinados durante el año de ingreso por un optometrista, médico, enfermera registrada de práctica avanzada, terapeuta ocupacional o asistente médico "(UDOH, 2019).

PCSD proporciona un examen de la vista de distancia básica (nivel 1) para los grados PK, K, 1, 2, 3, 5, 7, 8, y 9º. Además, las enfermeras de PCSD pueden hacer un examen de la vista (nivel 2) para aquellos referidos por padres, maestros, educación especial u otros. En referencia, un cuestionario de visión es completado por el maestro o el padre (si el padre lo remite) y se lo entrega a la enfermera de la escuela. La enfermera de la escuela puede examinar problemas de distancia, de cerca, de enfoque o de seguimiento del ojo, deficiencia de la visión del color y / o insuficiencia de convergencia. Se puede dar una referencia a un optometrista u oftalmólogo a los padres si lo determina la condición de salud, el cuestionario de visión o la deficiencia de la vista determinada por el examen (UDOH, 2019).

Un examen de la vista no sustituye un examen completo realizado por un optometrista / oftalmólogo. Si le preocupa que su estudiante tenga un problema de visión, se recomienda programar una cita con un optometrista u oftalmólogo.

Según lo permitido en UCA 53G-9-404 (2019), un padre puede optar por que su hijo no se realice un examen de la vista.		
Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Año escolar:
Escuela:	Grado:	Maestro:
<b>Para ser completado por el padre/madre</b>		
Como padre del estudiante mencionado anteriormente, no deseo que mi estudiante tenga una evaluación de la visión durante este año escolar. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y que lo haré por escrito. Entiendo que esta solicitud es solo para el año escolar actual. Este formulario puede volver a enviarse cada año escolar.		
Nombre del padre / tutor:		
Firma del padre / tutor:	Fecha:	

Referencia: Departamento de Salud de Utah, "Utah School Vision Screening Policy August 2019".

[https://choosehealth.utah.gov/documents/pdfs/schoolnurses/Vision%20Forms/vision\\_screening\\_policy\\_8-19.pdf](https://choosehealth.utah.gov/documents/pdfs/schoolnurses/Vision%20Forms/vision_screening_policy_8-19.pdf)