



Información sobre Niñez y Formulario #1 de Informe

Ubicación: _____ Fecha de Estreno: _____
Nombre del niño: (Imprimir) _____ Apellido _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Dirección: _____
..... Éntrenos no escriba debajo de esta línea.....

RESULTADOS E INTERPRETACIÓN:

SureSight:(Fiabilidad 6-9)

	Esphera	Cilindro	Diferencia
Pediavision	OD _____	_____	_____
SPOT	OS _____	_____	_____

Lugar resultado aquí, si se utiliza

Las pruebas de visión:

Stereo: Pase _____ Consulte _____ Gráficas de agudeza visual: Con Corrección: Sí: _____ No: _____
Lejos Distancia: OD _____ OS _____ Proximidad OD _____ OS _____

_____ Pase: Somos incapaces de detectar un problema de visión en este momento. Esta evaluación no es un sustituto de la un examen ocular completo. Consulte a su oculista si sospecha un problema de visión.

_____ Indeterminado: Su hijo puede tener un error de refracción leves (necesidad de gafas) que no necesita ser evaluado formalmente en este momento. Recomendamos el niño ser re-examinados por su pediatra en un año, o antes si usted sospecha un problema.

_____ CONSULTE: Su hijo debe ser examinado porque él o ella puede tener la siguiente condición que tiene el potencial de causar problemas de visión en uno o ambos ojos:

- _____ Estrabismo (ojos cruzados) (Gaze)
- _____ Anisometropía (Diferencia entre los ojos; puede causar problemas de visión en un ojo).
- _____ El astigmatismo (visión borrosa de la distorsión de la córnea)
- _____ Alta hipermetropía (hipermetropía) (puede contribuir al cruce de los ojos)
- _____ Miopía (miopía)
- _____ Datos ilegible o No puede probar.

Prueba de audición: Derecho: Pass _____ Consulte _____ Izquierda: Pass _____ Consulte _____

Usando: Audiometer _____ OAE/EroScan _____

Si su niño es referido de este examen, por favor llevarlo / ella para ver a un médico en su área. Si usted tiene alguna pregunta acerca de estos resultados, por favor llame a su Club de Leones.

(7.1.21)