

SCHOOL VISION EVALUATION Report Form

A School Vision Evaluation is required for all children **within six months prior to entering** Nebraska schools for the first time (*includes beginner grades including Kindergarteners, transfers, and other students new to Nebraska*) [Nebraska Revised Statute 79-214]

Name: _____ Date of Birth: _____

School: _____ Date: _____

Student Status (*check one*): Beginner Grade Transfer Student from Out of State

REQUIRED TESTS*	Pass	Fail	Recommend Further Evaluation <i>(comments noted below)</i>
Amblyopia	_____	_____	_____
Strabismus	_____	_____	_____
Internal Eye Health	_____	_____	_____
External Eye Health	_____	_____	_____
Visual Acuity			
Right eye @ distance (20 ft.):		20/_____	aided/unaided
Left eye @ distance (20 ft.):		20/_____	aided/unaided
Right eye @ near (16 in.):		20/_____	aided/unaided
Left eye @ near (16 in.):		20/_____	aided/unaided

**A vision evaluation consisting of these required tests meets the legal requirements for the State of Nebraska but is not a complete eye examination such as most eye doctors perform.*

ADDITIONAL TESTS	Pass	Fail	Recommend Further Evaluation	Did Not Test
Eye Alignment at Distance	_____	_____	_____	_____
Eye Alignment at Near	_____	_____	_____	_____
Depth Perception	_____	_____	_____	_____
Color Vision	_____	_____	_____	_____
Focusing Amount	_____	_____	_____	_____
Focusing Flexibility	_____	_____	_____	_____
Focusing Lag (Accuracy)	_____	_____	_____	_____
Convergence (Crossing) Ability	_____	_____	_____	_____
Saccade (Rapid) Eye Movement	_____	_____	_____	_____
Pursuit (Tracking) Eye Movement	_____	_____	_____	_____
Other: _____	_____	_____	_____	_____

COMMENTS/RECOMMENDATIONS: _____

Evaluation performed by: _____ O.D. ___ M.D. ___ P.A. ___ A.P.R.N.
(signature)

Office Phone Number: (_____) _____ - _____ Date: _____

EVALUACIÓN DE LA VISIÓN DADA POR LA ESCUELA
Formulario de Informe

Se requiere una nueva evaluación de la vista de todos los niños dentro de seis meses antes de entrar a las escuelas de Nebraska por primer vez (incluye los primeros grados de Kinder, trasladados, y otros alumnos nuevos a las escuelas de Nebraska) [Estatuto Revisado de Nebraska 79-214]

Nombre: _____ Fecha/nacimiento: _____

Escuela: _____ Fecha: _____

(marque uno) El estudiante está en: _____ (grado) o se ha traslado de otro estado _____

EXAMENES REQUERIDOS	Aprobado	No aprobado	Requiere otra evaluación (ver comentarios abajo)
Ambliopía	_____	_____	_____
Strabismus	_____	_____	_____
Salud de ojo interno	_____	_____	_____
Salud de ojo externo	_____	_____	_____
Acuidad visual	_____	_____	_____
<p>Ojo derecho a la distancia (20 pies): 20/____ con ayuda/sin ayuda Ojo izquierdo-distancia (20 pies): 20/____ con ayuda/sin ayuda Ojo derecho-cerca (16 “): 20/____ con ayuda/sin ayuda Ojo izquierdo-cerca (16 “): 20/____ con ayuda/sin ayuda</p>			
<p><i>* Una evaluación de los ojos que consiste de estos exámenes requeridos cumple con los requisitos legales para el Estado de Nebraska pero no es un examen de los ojos completos como la mayoría de los oculistas realizan.</i></p>			

EXAMENES ADICIONALES	Aprobado	No aprobado	Requiere otra Evaluación
Alineación del ojo a una distancia	_____	_____	_____
Alineación del ojo de distancia próxima	_____	_____	_____
Percepción de profundidad	_____	_____	_____
Visión en cuanto a los colores	_____	_____	_____
Cantidad de enfoque	_____	_____	_____
Flexibilidad de enfoque	_____	_____	_____
Demora de flexibilidad (precisión)	_____	_____	_____
Habilidad de cruzar (converger)	_____	_____	_____
Movimiento rápido (Saccade)	_____	_____	_____
Habilidad de seguir movimiento	_____	_____	_____
Otro: _____	_____	_____	_____

COMENTARIOS / RECOMENDACIONES: _____

Evaluación hecha por: _____ OD ___ M.D. ___ P.A. ___ A.P.R.N.
 (firma)

Oficina Teléfono: (____) _____ - _____ Fecha: _____