



## PRUEBA VISUAL GRATIS

Hay un examen de vista gratis en su guardería.

FocusFirst sometió 250.000 muchachos a un chequeo de la visión. Descubrió más de 26.500 muchachos que sufrían de impedimentos visual no detectados.

Si no se detectan, problemas de la visión pueden causar dificultades en leer, retardar el desarrollo social, y resultar, en algunos casos, en la ceguera permanente.

Los beneficios de las pruebas de FocusFirst:

- La tecnología avanzada identifica más problemas visuales que los exámenes tradicionales y no requiere las gotas.
- Si se descubre un problema, va a tener acceso a cuidado visual económico o gratis.
- La prueba confirma las recetas de los niños que ya llevan gafas.

Por favor, llena la forma adjunta completamente y devuélvela al proveedor del cuidado de niños. Usa el nombre del niño que se usó en el clase.

Si quiere más información, llámanos a (850) 645-5323.

*Nota: Este programa está basado en un proceso que es de exploración por naturaleza, no de diagnóstico. La exploración tiene el objetivo de identificar, con razonablemente alta probabilidad, a los niños con una amplia gama de problemas con los ojos, quienes deberán buscar los servicios de un profesional del cuidado de los ojos para que le realicen un examen y diagnóstico. Al igual que con cualquier proceso de exploración, no existe garantía de que se detectarán todos los problemas. De igual forma existen problemas de los ojos que normalmente no se detectan por medio de este proceso de exploración, incluyendo enfermedades que afectan la retina y del nervio óptico, glaucoma, algunos astigmatismos y daltonismo. Ningún proceso de exploración, incluyendo el de FocusFirst, reemplaza un examen completo realizado por un profesional calificado en el cuidado de los ojos.*



**FOCUSFIRST**

# Forma para el Examen de Vista

(Por favor, llena la forma completamente. Estaremos en contacto contigo si su niño tiene un problema de visión.)

## Información del Niño

<b>Nombre</b>																			
<b>Apellido</b>																			
<b>Maestro</b>																			

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA):

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Género (círculo un):

MASCULINO FEMENINO OTRAS

## Información de los Padres / Tutores

### Contacto Primario:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el Niño: \_\_\_\_\_

Numero del Casa: \_\_\_\_\_

Numero del Celular: \_\_\_\_\_

Numero del Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

### Contacto Secundario:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el Niño: \_\_\_\_\_

Numero del Casa: \_\_\_\_\_

Numero del Celular: \_\_\_\_\_

Numero del Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

## Historia Clínica de sus Ojos

¿Su hijo ha sido examinado por un oftalmólogo? **Sí No** ¿Si es así, hace cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el resultado? \_\_\_\_\_

¿El niño tiene gafas o contactos? **Sí No** ¿El niño usualmente llévalos? **Sí No**

¿Sabe algunos otros problemas de los ojos que no está arriba? (Lo describe): \_\_\_\_\_

## Resultado del Examen de Vista (para completar desde el revisor de FocusFirst)

**Screening Complete:** No hay problemas de vista detectado.

**Ausente**

**Complete Eye Exam Recommended:** Hay problemas de vista detectado.

**Los padres del niño han declinado el examen de vista**

**Solamente tienes que completar esta parte del forma si no quisiera un examen de la vista por su niño:**

Por favor, escriba "NO" en la caja y firme su nombre si NO QUIERE un examen de la vista gratis para su niño desde FocusFirst.

NO

Firma: \_\_\_\_\_

