



Illinois law requires that proof of an eye examination by an optometrist or physician (such as an ophthalmologist) who provides eye examinations be submitted to the school no later than October 15 of the year the child is first enrolled or as required by the school for other children. The examination must be completed within one year prior to the first day of the school year the child enters the Illinois school system for the first time. The parent of any child who is unable to obtain an examination must submit a waiver form to the school.

Student Name _____
(Last) (First) (Middle Initial)

Birth Date _____ Gender _____ Grade _____
(Month/Day/Year)

Parent or Guardian _____
(Last) (First)

Phone _____
(Area Code)

Address _____
(Number) (Street) (City) (ZIP Code)

County _____

To Be Completed By Examining Doctor

Case History

Date of exam _____

Ocular history: Normal or Positive for _____

Medical history: Normal or Positive for _____

Drug allergies: NKDA or Allergic to _____

Other information _____

Examination

	Distance			Near
	Right	Left	Both	Both
Uncorrected visual acuity	20/	20/	20/	20/
Best corrected visual acuity	20/	20/	20/	20/

Was refraction performed with dilation? Yes No

	Normal	Abnormal	Not Able to Assess	Comments
External exam (lids, lashes, cornea, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Internal exam (vitreous, lens, fundus, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pupillary reflex (pupils)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Binocular function (stereopsis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Accommodation and vergence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Color vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma evaluation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Oculomotor assessment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Other _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

NOTE: "Not Able to Assess" refers to the inability of the child to complete the test, not the inability of the doctor to provide the test.

Diagnosis

Normal Myopia Hyperopia Astigmatism Strabismus Amblyopia

Other _____



Recommendations

- 1. Corrective lenses: No Yes, glasses or contacts should be worn for:
 - Constant wear Near vision Far vision
 - May be removed for physical education

- 2. Preferential seating recommended: No Yes

Comments _____

- 3. Recommend re-examination: 3 months 6 months 12 months
- Other _____

4. _____

5. _____

Print name _____
Optometrist or physician (such as an ophthalmologist)
who provided the eye examination MD OD DO

License Number _____

Address _____

Phone _____

<p>Consent of Parent or Guardian</p> <p>I agree to release the above information on my child or ward to appropriate school or health authorities.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Parent or Guardian's Signature)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Date)</p>
--

Signature _____

Date _____

(Source: Amended at 32 Ill. Reg. _____, effective _____)



La ley de Illinois requiere que se entregue a la escuela la prueba de un examen de la vista realizado por un optometrista o médico (como un oftalmólogo) que realiza exámenes de la vista, a más tardar del 15 de octubre del año en que se inscribió al niño por primera vez o según lo exija la escuela para otros niños. El examen debe completarse dentro de un año antes del primer día del año escolar en que el niño ingresa al sistema escolar de Illinois por primera vez. El padre de cualquier niño que no pueda obtener un examen debe presentar un formulario de exención a la escuela.

Nombre del/la Estudiante _____
(Primer Apellido) (Nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Grado _____
(Día/Mes/Año)

Padre/Madre/Guardián _____
(Primer Apellido) (Nombre)

Teléfono _____
(Código de Área)

Dirección _____
(Calle) (Número) (Ciudad) (Código Postal)

Condado _____

Para Ser Completado por el/la Doctora Examinadora

Historia del Caso

Fecha del Examen _____

Historia Ocular: Normal o Positivo para _____

Historia Médica: Normal o Positivo para _____

Alergias a Medicamentos: NKDA o Alérgico(a) a _____

Otra información _____

Examen

	Distancia			Cerca
	Derecho	Izquierdo	Ambos	Ambos
Agudeza visual no corregida	20/	20/	20/	20/
Mejor agudeza visual corregida	20/	20/	20/	20/

¿Se realizó la refracción con dilatación? Sí No

	Normal	Anormal	No se Puede Evaluar	Comentarios
Examen externo (párpados, pestañas, córnea, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Examen interno (vítreo, lente, fondo del ojo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Reflejo pupilar (pupilas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Función binocular (estereopsis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Acomodación y vergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Color de la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Evaluación de glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Evaluación oculomotora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

NOTA: "No se Puede Evaluar" se refiere a la incapacidad del niño para completar el examen, no a la incapacidad del médico para realizar el examen.

Diagnóstico

Normal Miopía Hipermetropía Astigmatismo Estrabismo Ambliopía

Otro _____



Recomendaciones

1. Lentes Correctivos: No Sí, se deben usar anteojos o lentes de contacto para:
 Desgaste constante Visión cercana Visión lejana
 Pueden ser removidos para educación física

2. Se recomienda un asiento preferencial: No Sí

Comentarios

3. Se recomienda una reevaluación: 3 meses 6 meses 12 meses

Otro _____

4. _____

5. _____

Nombre en letra de imprenta _____

Número de Licencia _____

Optometrista o médico (como un oftalmólogo)
que realizó el examen ocular MD OD DO

Dirección

Teléfono _____

Firma _____

Fecha _____

<p>Consentimiento del Padre/Madre/Tutor Acepto divulgar la información anterior sobre mi hijo/a o dependiente a las autoridades escolares o de salud apropiadas.</p> <p>_____</p> <p>(Firma del padre o tutor)</p> <p>_____</p> <p>(Fecha)</p>
--

(Fuente: Modificado en 32 Ill. Reg. _____, efectivo _____)