

Formulario de certificación de examen de la vista y examen dental

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____
(Por favor escriba con letra de molde: apellido, primer nombre)

No. de Identificación estudiantil: _____

La ley de Oregon (OAR 581-021-0031 y OAR 581-021-0017) exige que los niños de 7 años o menos que comiencen la escuela por primera vez se sometan a un examen dental y de la vista. Para obtener información sobre los servicios de evaluación de PPS, visite el sitio web de Servicios de Salud Escolar de PPS (<https://www.pps.net/Page/1921>).

CERTIFICACIÓN DE EXAMEN DE LA VISTA. Un «examen de la vista» es una prueba de revisión de los ojos para identificar posibles problemas de visión. (Por favor marque la casilla que corresponda)

Mi hijo ha tenido una evaluación de la vista o un examen de los ojos.

Fecha de evaluación de la vista o examen de los ojos más reciente: _____

¿Se recomendó un seguimiento? (encierre en un círculo) Sí o No

Nombre de la clínica o proveedor: _____

Ya he presentado la certificación en la oficina de la escuela _____.

No estoy proporcionando una certificación del examen de la vista debido a mis creencias religiosas.

Firma del padre/madre de familia o tutor legal

Fecha

CERTIFICACIÓN DE EXAMEN DENTAL (Por favor marque la casilla que corresponda)

Mi hijo/hija ha recibido un examen dental en los últimos 12 meses.

Fecha del examen dental más reciente: _____

Nombre de la clínica o proveedor: _____

Ya he presentado la certificación en la oficina de la escuela _____.

No estoy proporcionando una certificación del examen dental debido a mis creencias religiosas.

El examen dental es una carga porque:

- (A) el costo de obtener un examen dental es demasiado alto;
- (B) el estudiante no tiene acceso a un proveedor de exámenes dentales;
- (C) el estudiante no pudo obtener una cita con un proveedor de exámenes dentales.

Firma del padre/madre de familia o tutor legal

Fecha