

VISION HEALTH SCREENING CERTIFICATION

STUDENT INFORMATION

Last Name (LEGAL NAME):	First Name:	Middle:	Suffix:
Date of Birth:		Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

VISION HEALTH SCREENING REQUIREMENTS

Student Vision Screening or Eye Exam Requirements OAR 581-021-0031

- All students age seven or younger entering an educational program for the first time **must** submit vision screening/eye examination certification within 120 days of the student beginning school, that the student received:
 - A vision screening or an eye examination; and
 - Any further eye examinations or necessary treatments or assistance of the powers or range of vision of the eye.
- Vision screenings **must be provided by** a person licensed by the Oregon Board of Optometry, Oregon Medical Board, a health care practitioner, school nurse, employee of an education provider, or another person who has completed instruction on how to perform vision screenings.
- Certification of vision screening is not required if the educational program receives a statement that certification was submitted to a prior education provider or if the student's or parent's religious beliefs are contrary to vision screening.
- Failure to meet the requirements of OAR 581-021-0031 may not result in prohibiting the student from attending school.

VISION SCREENING OR EYE EXAMINATION RESULTS

Child's Name:		Date of Exam:	
Screening or Examining Entity Name:		Phone Number:	
Right 20/	Left 20/	Corrective Lenses <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Results vary slightly from normal limits <input type="checkbox"/> Results are not within normal limits

Are there any special instructions?

 Physician Signature Date

NON-MEDICAL EXEMPTION

I have reviewed the requirements of vision screening or eye examination for students age seven or younger entering an educational program. My child is being raised as an adherent to a religion the teachings of which are opposed to vision screening or eye examinations and I request that my child be exempted from such requirement.

 Parent or Guardian Signature Date

OTHER EDUCATIONAL ENTITY STATEMENT

I have met the vision screening or eye examination certification requirement by providing certification to another educational entity. The name of this Educational Entity is _____

 Parent or Guardian Signature Date

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

The information provided on this form is true and accurate as of this date.

 Parent or Guardian Signature Date

CERTIFICACIÓN DE EXAMEN VISUAL

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido (LEGAL):

Nombre:

Segundo nombre:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

M

F

REQUISITOS DEL EXAMEN VISUAL

Requisitos del examen visual o examen de los ojos para los estudiantes: OAR 581-021 -0031

- Todos los estudiantes de siete años de edad o menos, entrando por primera vez a un programa educativo, **debe** someter una certificación de un examen visual/de los ojos, dentro de los primeros 120 días del estudiante haber empezado en la escuela, indicando que el estudiante recibió:
 - Un examen visual o examen de los ojos;
 - Cualquier otro examen de los ojos, o tratamientos o ayuda necesaria relacionada a la capacidad o alcance visual del ojo.
- Los exámenes visuales **deben ser provistos** por una persona licenciada por la Junta de Optometría de Oregón, Junta Médica de Oregón, un profesional del cuidado de la salud, enfermera escolar, empleado de una institución educativa, u otra persona que haya completado un entrenamiento adecuado sobre cómo llevar a cabo exámenes de la vista.
- No se requiere la certificación de un examen visual si el programa educativo recibe una declaración de que la certificación fue sometida previamente a otra institución educativa o si las creencias religiosas del estudiante o de sus padres se oponen a un examen visual.
- No cumplir con los requerimientos de OAR 581-021-0031 puede que no resulte en prohibir al estudiante que asista a la escuela.

RESULTADOS DEL EXAMEN VISUAL O DE LOS OJOS

Nombre del estudiante:			Fecha del examen:	
Nombre de la agencia o grupo examinador:			Número de teléfono:	
Derecho	Izquierdo	Lentes Correctivos:	<input type="checkbox"/> Los resultados varían ligeramente de los límites normales. <input type="checkbox"/> Los resultados no están dentro de los límites normales.	
20/	20/	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Hay instrucciones especiales?				
<hr/> <hr/>				
Firma del Médico			Fecha	

EXEMPTO POR RAZONES NO-MÉDICAS

He revisado los requisitos del examen visual o de los ojos para estudiantes con 7 años de edad o menos, comenzando un programa educativo. Mi hijo/a está siendo criado/a en una formación religiosa cuyas enseñanzas se oponen a un examen visual o de los ojos, y solicito que mi estudiante sea eximido de tal requerimiento.

Firma de los Padres o Tutor Legal

Fecha

DECLARACIÓN DE OTRA ENTIDAD EDUCATIVA

He cumplido con los requisitos del examen visual o de los ojos proporcionando la certificación a otra entidad educativa. El nombre de esta Entidad Educativa es _____

Firma de los Padres o Tutor Legal

Fecha

FIRMA DE LOS PADRES/TUTOR LEGAL

La información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa hasta la fecha.

Firma de los Padres o Tutor Legal

Fecha