

**State of Wisconsin**  
**Department of Regulation and Licensing**  
**INFORME DEL EXAMEN DE SALUD DE LOS OJOS PARA KINDERGARTEN**  
**(KINDERGARTEN EYE HEALTH EXAMINATION REPORT)**

Nombre del Alumno \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Padre/Madre o Guardián \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_  
 Escuela/Kindergarten \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso \_\_\_\_\_

**To be completed by the examining doctor**

The State of Wisconsin encourages parents of Kindergartners to arrange for their child's eyes to be examined by an optometrist or evaluated by a physician by December 31 of the child's first year in school. An examination or evaluation should include, at a minimum, the elements listed below. (By checking the box, the examining doctor is indicating that the element checked was performed.)

- Brief history (general health and eye health) of the child, including family history
- General external observation of the child's eyes and surrounding structures
- Ophthalmoscopic examination through an undilated pupil
- Gross measurement of peripheral vision
- Evaluation of eye coordination and function (alignment and motility)
- Visual acuity for each eye (separately)

**Findings:**

As a result of this examination, follow-up care for the child is recommended:  Yes  No

**AVISO IMPORTANTE A LOS PADRES DE FAMILIA**

**Este examen no es requerido por ley.** La información anotada abajo es necesaria para cumplir con los requisitos establecidos en la sección 118.135 de los estatutos del Estado de Wisconsin.

El proporcionar esta información es voluntario y no hay ninguna sanción si usted no la proporciona. Le sugerimos que entregue una copia de esta forma a la escuela y que usted se quede con otra copia.

**Consentimiento de padre/madre o guardián:**

Estoy de acuerdo en proporcionar la información sobre mi hijo/a a las autoridades apropiadas de la escuela y estoy de acuerdo que mi hijo/a reciba el examen de los ojos.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Date of examination:  
\_\_\_\_\_

Doctor/Physician Signature:  
\_\_\_\_\_

Print or stamp:  
 Doctor/Physician Name  
 Address  
 Phone