STATE OF WASHINGTON

WASHINGTON STATE SCHOOL FOR THE BLIND

2214 E. 13th St. · Vancouver, Washington 98661-4120 · (360) 696-6321 · FAX # (360) 737-2120

Student Referral Form

Información del estudiante			
Nombre Del Estudiante	Nombre	Sedundo Nombre	Apellido
Dirección	Ciudades	Estado	Código Postal
Fecha De Nacimiento		Genero	
Calidades Para El Ano Escolar		El Distrito Escolar	
Padre, Madre O Tutor			
Nombre Del Padre / Tutor	Nombre	Sedundo Nombre	Apellido
Dirección De Correo	Ciudades	Estado	Código Postal
Teléfono:	Celular	El correo electronico	Otra
Numero De Teléfono De Trabajo	Trabajo De Correo Electrónico		
Por favor comparte con nosotros por qué se está refiriendo este estudiante:			
Escuela Contactos			
Nombre	Posición	Numero De teléfono	El correo electronico
Nombre	Relación	Numero De teléfono	El correo electronico
Nombre	Relación	Numero De teléfono	El correo electronico
Nombre	Relación	Numero De teléfono	El correo electronico

Adjunte siguiente información:
1. Copia del IEP actual
2. Copia de la evaluación actual de 3 años
3. Informe Oftalmológica reciente - en los últimos 12 meses. (Dr. puede enviar por fax directamente a WSSB)

Envíe por correo todos los documentos a:
Escuelas del Estado de Washington para Ciegos
A la atención de: Inscripción
2214 E. 13th Street
Vancouver, WA 98661

ESTADO DE WASHINGTON

ESCUELAS DEL ESTADO DE WASHINGTON PARA LOS ciegos

2214 E. 13th St. · Vancouver, Washington 98661-4120 · (360) 696-6321 · FAX # (360) 737-2120

Examen oftalmológico

(Debe ser completado por un médico. Usted puede utilizar este formulario o que su médico envíe su propio informe.)

Nombre del estudiante:_____ Fecha de nacimiento:_____

Historia:

Diagnóstico Visual actual: _____

Inicio: _____

Condiciones Médicas relacionadas: _____

Medicación actual:_____

Alergias a medicamentos: _____

Resultados:

Segmento Anterior Salud ocular:

_____

_____

Segmento Posterior Salud del Ojo:

_____

_____

Presión ocular: DIÁM. EXT. _____ OS _____

Campos visuales: _____ Normal _____ Restringido

Si está restringida: Por favor adjuntar copia de campos.

DIÁM. EXT. _____

OS _____

Error de refracción: Distancia DIÁM. EXT. _____ OS _____

Distancia a través de las mejores agudeza refracción: DIÁM. EXT. _____ OS _____ OU _____

Agudeza cerca a través de las mejores refracción: DIÁM. EXT. _____ OS _____ OU _____

Pronóstico Médico:

_____ Estable_____ Lentamente progresiva _____ _____ mejorar rápidamente progresiva

Debe comprobar en _____ 6 meses _____ 1 Año _____ 2 Años _____ Otros ??

Nombre del médico: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: _____

Firma del médico _____ **Fecha** _____