

**Prueba de Vista y Audición**

La Fecha: \_\_\_\_\_ Año de escuela: \_\_\_\_\_ La maestra: \_\_\_\_\_

El Departamento de Salud en Berrien County va a investigar la vista y audición de los niños de la escuela en \_\_\_\_\_.

**Para ayudar con la prueba, por favor, completa la siguiente:**

Nombre de niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Ha tomado una prueba de ojo por un Optometrista/Oftalmólogo?            SI    NO

Nombre de Medico: \_\_\_\_\_ Fecha de última prueba: \_\_\_\_\_

¿Lleva gafas (su niño)?    SI            NO            ¿Lleva lente de contacto?    SI            NO

Condición de gafas:    Nuevas \_\_\_\_\_            Buenas \_\_\_\_\_            Rotas \_\_\_\_\_            Perdidas \_\_\_\_\_

Reciba atención médica para una infección de oído/pérdida de audición:    SI    NO

Nombre de Medico de Oídos: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Persona encargada de cuidados: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

*Gracias por llenar esta forma. Si tiene preguntas sobre esta prueba de vista y audición, por favor, llama El Departamento De Salud a (269)-926-7121 x 5292.*