

**UMATILLA MORROW COUNTY HEAD START
VISION SCREENING RECORD/REGISTRO DE REVISIÓN DE LA VISTA**

Because of the strong connection between seeing, reading, and learning, UMCHS screens the vision of each child enrolled in the program/*Por la fuerte conexión entre ver, leer, y aprender, UMCHS revisa la vista de cada niño inscrito en el programa.*

Child's Name/Nombre del Niño: _____ Screening/Revisión: 1st 2nd

Age in Months/Edad en Meses: _____ School Year/Año Escolar: _____ Center/Centro: _____

Parent concerns from Health and/or Developmental History or ASQ/Preocupación de Historial de Salud y/o de desarrollo o ASQ: _____

EARLY HEAD START

SCREEN-REVISIÓN	RIGHT <i>Derecha</i>	LEFT <i>Izquierda</i>	OBSERVATIONS-OBSERVACIONES
Corneal Light Reflex- <i>Reflejo a la Luz de la Cornea</i>	<input type="checkbox"/> Pass/Paso <input type="checkbox"/> Fail/Fallo	<input type="checkbox"/> Pass/Paso <input type="checkbox"/> Fail/Fallo	
Tracking- <i>Mantener Expediente</i>	<input type="checkbox"/> Pass/Paso <input type="checkbox"/> Fail/Fallo	<input type="checkbox"/> Pass/Paso <input type="checkbox"/> Fail/Fallo	

HEAD START

ACUITY/AGUDEZA	RIGHT <i>Derecha</i>	LEFT <i>Izquierda</i>	OBSERVATIONS <i>OBSERVACIONES</i>
Far Point (10 Feet) <i>Punto Retirado (10 Pies)</i>	<input type="checkbox"/> Pass/Paso <input type="checkbox"/> Fail/Fallo	<input type="checkbox"/> Pass/Paso <input type="checkbox"/> Fail/Fallo	
Random Dot E <i>Punto al azar-Dot E</i>	<input type="checkbox"/> Pass/Paso <input type="checkbox"/> Fail/Fallo		

EARLY HEAD START/ HEAD START

Plusoptix Vision Screener	<input type="checkbox"/> Pass/Paso <input type="checkbox"/> Fail/Fallo	
---------------------------	---	--

PARENT INFORMATION - INFORMACIÓN PARA PADRES

<input type="checkbox"/>	Your child passed Head Start's vision screening today. <i>Su niño paso la revisión de la vista en el Head Start hoy.</i>
<input type="checkbox"/>	Head Start will re-screen your child in two to four weeks. (There is some question about the results.) <i>El Head Start volverá a revisar a su niño en dos o cuatro semanas. (Hay alguna pregunta del resultado).</i>
<input type="checkbox"/>	Based upon our results today, Head Start recommends you contact a licensed eye care provider for an examination. If your child is on OHP, please contact your primary health care provider. <i>A base de nuestros resultados hoy, Head Start recomienda que usted se ponga en contacto con un proveedor con licencia de cuidado de la vista para un examen. Si su niño tiene OHP, favor de llamarle a su proveedor de salud principal.</i>

Screening Reliability/Confianza de Revisión: _____ Good/Bueno _____ Fair/Normal _____ Poor/Mal

Screener/Examinador: _____ Date/Fecha _____