

## Giấy Chuyển Tuyến Khám Thị Lực

Tên Trẻ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Kính gửi Phụ Huynh/Người Chăm Sóc:

Trường học của chúng tôi cung cấp dịch vụ kiểm tra thị lực theo hướng dẫn do Sở Y Tế Minnesota lập. Con của quý vị đã khám thị lực vào ngày

\_\_\_\_\_.

Vui lòng đưa con đi kiểm tra thị lực với bác sĩ nhãn khoa. Đưa giấy này kèm kết quả kiểm tra thị lực tại trường cho bác sĩ nhãn khoa.

- Mắt Phải 10/\_\_\_\_\_ (20/\_\_\_\_\_) Mắt Trái 10/\_\_\_\_\_ (20/\_\_\_\_\_) đối với tầm nhìn xa.
- Con quý vị không thể đọc các dòng trên biểu đồ theo đúng độ tuổi HOẶC thị lực mắt trái và mắt chệnh lệch hơn một dòng (khi có) (không có) kính điều chỉnh khúc xạ.
- Trẻ gặp khó khăn khi nhìn đồ vật ở khoảng cách gần (Thêm khám thủy tinh thể).
- Trẻ cho biết khó nhìn rõ.
- Hình dạng mắt của con không bình thường như hầu hết trẻ em. Giải thích:  
\_\_\_\_\_
- Trong quá trình khám đã quan sát thấy tiềm ẩn các vấn đề về cân bằng cơ mắt (đồng tử nhìn cùng một hướng)
- Phản xạ võng mạc (ánh sáng đỏ) bất thường
- Tiền sử gia đình/con cái mắc các bệnh về mắt.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp để được thăm khám với chuyên gia chăm sóc mắt, vui lòng liên hệ với chúng tôi.

---

Vui lòng nhờ chuyên gia chăm sóc mắt của quý vị hoàn tất đơn và gửi lại đơn đã điền đầy đủ cho trường học của quý vị.

VISION REFERRAL LETTER

Health Care Provider, please complete this form.

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

School Name: \_\_\_\_\_

Provider comments:

I have examined this child on \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

My findings are:

Right: 10/ \_\_\_\_\_ (20/ \_\_\_\_\_) Left: 10/ \_\_\_\_\_ (20/ \_\_\_\_\_) without corrective lenses

- Insufficient to require treatment
- Corrective lenses prescribed or there is change in the current prescription.
- Best Correction: R \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Muscular Condition was not found or insufficient to require treatment
- Muscular Condition is being treated by corrective lenses or other method
- There is no significant visual condition that will impact the child's learning
- This child has a visual condition that may impact learning. Recommendations include:

\_\_\_\_\_

Other  
\_\_\_\_\_

Child should return for follow up examination on \_\_\_\_\_

Provider Name/Title: \_\_\_\_\_

Contact Information: \_\_\_\_\_

*Schools nurse or health staff fill out this section below before sending home*

**Please have the parent return this form to the school or you can return this to**

School Nurse Name: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Address:  
\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Đơn theo mẫu này được MDH soạn để sử dụng trong trường học.

Sở Y Tế Minnesota

Khám Sàng Lọc Tổng Quát cho Trẻ Em và Thanh Thiếu Niên

651-201-3650

[health.childteencheckups@state.mn.us](mailto:health.childteencheckups@state.mn.us)

[www.health.state.mn.us](http://www.health.state.mn.us)

12/2023

*Để nhận mẫu đơn này ở định dạng khác, vui lòng gọi: 651-201-3650.*