

California School for the Blind
UC Berkeley – Facultad de Optometría

CLÍNICA DE VISIÓN BAJA

Fecha de la Remisión: _____

Alumno: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Padre(s) o Cuidador(es): _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono: _____ Teléfono: _____
(Casa) (Trabajo)

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____
(Celular)

Tiene el estudiante: ¿Un impedimento visual? ¿Es ciego? ¿Sordociego?

Causa del impedimento visual o de la ceguera: _____

Por favor indique otras discapacidades confirmadas o que se sospechen:

Idioma principal del alumno: Escuela: _____ Hogar: _____

Escuela del Alumno: _____ Teléfono: _____

Grado/Programa: _____

Distrito de Residencia: _____ Teléfono: _____

SELPA: _____ Condado: _____

Nombre del Maestro para Personas con Discapacidades Visuales o Especialista de Orientación y Movilidad (O&M) quien lo recomendó: _____

Empleador: _____ Función: _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono (Trabajo): _____ Teléfono (Celular): _____

Correo electrónico: _____

California School for the Blind
UC Berkeley – Facultad de Optometría
CLÍNICA DE VISIÓN BAJA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de la Remisión: _____

Ultimo examen visual: Fecha Aproximada: _____ Doctor: _____

¿Actualmente, se encuentra Ud. bajo el tratamiento de un oculista? Sí No ¿Quién? _____

¿Ha cambiado su vista en los últimos 6 meses? Sí No

Por favor describa los dispositivos/artefactos que usa: anteojos: _____

Anteojos: _____ Telescopios Monoculares: _____

Programa(s) de computación (software): _____

Lupas: _____ Herramientas para escribir: _____

Herramientas para escribir: _____

Dispositivos electrónicos de visión baja: _____

¿Cuál es su medio principal de aprendizaje? _____

¿Qué otro medio de aprendizaje utiliza? _____

Marque qué tarea(s) le es/son difícil(es) de hacer debido a su impedimento visual:

Leer libros de bolsillo Leer letreros/rótulos

Ver cambios en el terreno Hacer hojas de matemáticas

Cocinar Leer la pizarra blanca

Ir de compras Leer material proyectado

Reconocer caras Usar mapas/gráficos

Viajar en áreas con luz tenue Jugar con juegos de video

Manejar el resplandor/brillo Mirar la televisión

Otro(s) (describa): _____

¿En cuales tareas visuales le gustaría recibir ayuda? _____

¿Qué medicamentos toma regularmente? _____

FORMULARIO DE PERMISO DE LOS PADRES
Clínica de Visión Baja
Universidad de California, Berkeley
California School for the Blind

Yo doy permiso para se le haga a _____
(Nombre del hijo o de la hija)

un examen de visión baja realizado por el personal de la Universidad de California, Berkeley, Escuela de Optometría. Este examen si fuese necesario puede incluir la dilatación de los ojos de mi hijo(a) para comprobar su salud ocular. Los resultados del examen serán compartidos con los padres, con los representantes de la escuela y con el personal docente de la California School for the Blind. Como parte de sus programas de capacitación unos profesionales de la vista y docentes podrían observar el examen. Los datos obtenidos pueden usarse y publicarse como investigación. En todo momento se mantendrá la confidencialidad de mi hijo(a).

Nombre del Padre o de la Madre: _____
(En letra de imprenta)

Firma del Padre o de la Madre: _____

Dirección: _____
(En letra de imprenta)

Número de Teléfono: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN FOTOGRÁFICA*

Yo doy permiso para que _____ sea
(Nombre del hijo o de la hija)
fotografiado(a), grabado(a), y/o videograbado(a) para efectos de evaluación y para usarse en la capacitación de otros profesionales del personal docente, padres de familia y estudiantes.

Nombre del Padre o de la Madre: _____
(En letra de imprenta)

Firma del Padre o de la Madre: _____

Dirección: _____
(En letra de imprenta)

Número de Teléfono: _____ Fecha: _____

*No se necesita permiso para tomarle fotos para referirlo a un examen de visión baja.
