



# Alabama Lions Sight Conservation Association

## Vision Screening Record

**AlabamaLionsSight**  
Vision For All

Fecha: \_\_\_\_\_  
 Ubicacion: \_\_\_\_\_

### SECCION 1 (Ser llenado por el adulto, padre o defensor legal.)

**Apellidos** \_\_\_\_\_ **Nombre** \_\_\_\_\_  **Masc.**  **Fem./Fecha de Nac.** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_  
**Tel #1** \_\_\_\_\_ **Tel #2** \_\_\_\_\_  
**Direccion Postal** \_\_\_\_\_ **Apt #** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_  
**Estado** \_\_\_\_\_ **Cod. Postal** \_\_\_\_\_ **Condado** \_\_\_\_\_

LLeva la persona lentes o pupilentes?  **Si**  **No** Los lentes estan quebrados o perdidos?  
 Si si, asegure que la persona lleva los lentes o pupilentes la fecha del tamizaje. Lleva  
 el o ella los lentes para:  **Vision de Lejos**  **Vision Cerca**  **Los Dos?**  
 Marque aqui si ya sabe que la persona tiene problemas serios o una enfermedad de los ojos.  
 Ha tenido un examen de los ojos adentro de los ultimos 12 meses?  **Si**  **No**  
 Ha notado abnormalidades en su comportamiento como el entrecerrar, parpadear excesivo, ladeo de la cabeza, etc.,o quejas de nausea, marea, dolor de cabeza, vision borrosa, etc.? Si si, Explique por favor:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Se necesita ayuda financiera con el cuidado de los ojos?  **Si**  **No**

### SECCION 2 (Ser llenado por el tamizajador / To be completed by Vision Screener)

#### FIRST VISUAL ACUITY SCREENING: Screener completes

Right Eye: 20/\_\_\_\_ Left Eye: 20/\_\_\_\_ Passing Line 3-5 years: 20/40  
 Not necessary to screen: \_\_\_\_\_ 6 years +: 20/30  
 Unable to screen: \_\_\_\_\_  
 Contacts or glasses worn: \_\_\_\_\_ Screener: \_\_\_\_\_

#### BEHAVIOR: Screener completes

List any behavioral observations such as squinting, excessive blinking, head tilting, etc.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### SECOND VISUAL ACUITY SCREENING: Screener completes

Right Eye: 20/\_\_\_\_ Left Eye: 20/\_\_\_\_ Passing Line 3-5 years: 20/40  
 Not necessary to screen: \_\_\_\_\_ 6 years +: 20/30  
 Unable to screen: \_\_\_\_\_  
 Contacts or glasses worn: \_\_\_\_\_ Screener: \_\_\_\_\_

#### FOLLOW UP: Screener completes

Referred to \_\_\_\_\_ Lions Club?  
 \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No  
 Letter to parent / guardian mailed: \_\_\_\_\_ yes  
 Referred to \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_

#### MUSCLE BALANCE: Screener completes

First screening: \_\_\_\_\_ Pass \_\_\_\_\_ Fail  
 Second screening: \_\_\_\_\_ Pass \_\_\_\_\_ Fail  
 Unable to screen: \_\_\_\_\_ Screener: \_\_\_\_\_