



## Prueba Programa Visión Exclusión Parental - Formulario

Estimado padres/apoderado,

De acuerdo al Código del Estado de Utah, es requisito que los estudiantes se sometan a la prueba de campo visual para obtener la matrícula en el Distrito Escolar de Park City (PCSD).

El Distrito Escolar de Park City proporciona las siguientes pruebas de visión\*:

Prueba de campo visual requerida por el estado	Grados Pre, K, 1, 2, 3
Otras pruebas de campo visual del Distrito	Grados 5, 7 y 9
Otras pruebas de campo visual si es necesario	Por medio de cita

Si su decisión es no participar en dichas pruebas, traiga cualquiera de lo siguiente:

Certificado firmado por el médico, oculista, u otro profesional autorizado -del mismo departamento- indicando que el niño ha recibido la prueba visual y determinación de la presencia de ambliopía (visión defectuosa) u otros defectos visuales **o también**

Declaración firmada por lo menos de uno de los padres o apoderado del niño indicando que la prueba visual infringe (traspasa) las creencias personales de los padres y apoderado. (Utah State Code S53A-11-203).

\*La prueba de campo visual no reemplaza al exámen de visión y evaluación completa de un profesional. Por lo tanto, si le preocupa que su hijo podría tener problemas con la visión, debe consultar con el doctor, oftalmólogo, u oculista y obtener la evaluación completa.

-----  
Si **NO** desea que su hijo participe de las pruebas gratuitas ofrecidas por el PCSD, complete la información a continuación, firme, y devuelva el formulario a la escuela de su hijo/a.

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ fecha de nac.: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ grado: \_\_\_\_\_ profesor: \_\_\_\_\_

NO, no quiero que mi hijo/a haga la prueba visual gratuito ofrecida por el PCSD

Nombre padres/apoderado: \_\_\_\_\_

Padres/firma apoderado: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono hogar: \_\_\_\_\_ teléf. celular: \_\_\_\_\_