

Formulario de certificación de examen de la vista y examen dental

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____
(Por fde Identificación estudiantil _____)

Oregón ahora exige que un niño de 7 años de edad o menor tenga un examen dental y de la vista entrar a la escuela por primera vez. Para obtener más información sobre los requisitos de la visión por consulte [2013 Oregón HB3000 Sección 1: \(2\)\(a\) a \(3\)\(b\)](#)

_____. Para obtener más información sobre los requisitos dentales consulte [2015 Oregón HB2972 Sección 1: \(2\)\(a\) a \(3\)\(c\)](#)
Padres/tutor legal por favor complete y firme las dos certificaciones, la certificación del examen dental y de la vista.

CERTIFICACIÓN DE EXAMEN DE LA VISTA (Por favor marque la casilla que corresponda)

Mi hijo ha recibido un examen de la vista.

Fecha de evaluación de la vista o examen de los ojos más reciente: _____ ¿Recomendaron una cita de seguimiento? (encierre en un círculo) Sí o No

Nombre del proveedor: _____

Ya he presentado la certificación en la oficina de la escuela _____.

Mi hijo/hija ha recibido un examen dental en los últimos 12 meses.

Fecha del examen dental más reciente: _____ ¿Recomendaron una cita de seguimiento? (encierre en un círculo) Sí o No

Nombre del proveedor: _____