

## **EDUQUE VISION Y OIDO LA INVESTIGACION LA INVESTIGACIÓN**

To con el que investigación completa por favor lo Siguiente:

**La fecha:** \_\_\_\_\_ **El grado:** \_\_\_\_\_ **El Maestro:** \_\_\_\_\_

El Departamento de la Salud del Condado de Berrien investigará vison y/o oyendo en la escuela de su niño en.  
Ayuda \_\_\_\_\_

El nombre del estudiante \_\_\_\_\_ la fecha del Nacimiento \_\_\_\_\_

Has su niño jamás tuvo un examen de ojo por un Optometrista/Ophthalmologist? \_\_\_\_\_

El nombre del doctor: \_\_\_\_\_

¿Lleva su niño gafas? ¿La fecha de último examen? ¿Lleva su niño gafas? \_\_\_\_\_

¿Contactos? \_\_\_\_\_ ¿ La condición de gafas:  Nuevas  Buena  Rotas  Perdidas

Está a su niño actualmente bajo cuidado para unainfección/pérdida auditiva de oreja? \_\_\_\_\_

¿Quién es médico de la oreja de su niño? \_\_\_\_\_

El nombre del cría/guardián: \_\_\_\_\_ El teléfono # \_\_\_\_\_

La dirección de envoi: \_\_\_\_\_

*Gracias por completar esta forma. Si tiene cualquier preocupación acerca de su niño que tiene su audición o la visión investigó por favor llamada (269)926-7121 ext. 5293 Melisa, 5693 Danielle o ext. 6525 Amber.*

## **EDUQUE VISION Y OIDO LA INVESTIGACION LA INVESTIGACIÓN**

To con el que investigación completa por favor lo Siguiente:

**La fecha:** \_\_\_\_\_ **El grado:** \_\_\_\_\_ **El Maestro:** \_\_\_\_\_

El Departamento de la Salud del Condado de Berrien investigará vison y/o oyendo en la escuela de su niño en.  
Ayuda \_\_\_\_\_

El nombre del estudiante \_\_\_\_\_ la fecha del Nacimiento \_\_\_\_\_

Has su niño jamás tuvo un examen de ojo por un Optometrista/Ophthalmologist? \_\_\_\_\_

El nombre del doctor: \_\_\_\_\_

¿Lleva su niño gafas? ¿La fecha de último examen? ¿Lleva su niño gafas? \_\_\_\_\_

¿Contactos? \_\_\_\_\_ ¿ La condición de gafas:  Nuevas  Buena  Rotas  Perdidas

Está a su niño actualmente bajo cuidado para unainfección/pérdida auditiva de oreja? \_\_\_\_\_

¿Quién es médico de la oreja de su niño? \_\_\_\_\_

El nombre del cría/guardián: \_\_\_\_\_ El teléfono # \_\_\_\_\_

La dirección de envoi: \_\_\_\_\_

*Gracias por completar esta forma. Si tiene cualquier preocupación acerca de su niño que tiene su audición o la visión investigó por favor llamada (269)926-7121 ext. 5293 Melisa, 5693 Danielle o ext. 6525 Amber.*