

إذا كنت ترغب في أن يتم فحص طفلك من قبل طبيب عيون،
لا تقم بتعبئة هذه الاستمارة.

عزيزي الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر،

يسر مكتب الصحة المدرسية أن يقدم خدمات فحص البصر والبصريّات المجانية لصف ما قبل الروضة وصف الروضة والصف الأول. يُقيم الفحص الأولي للبصر مدى قدرة التلاميذ على رؤية الأشياء عن قرب ومن مسافة بعيدة، باستخدام مخططات العين وغيرها من المعدات، مما يساعد في تحديد ما إذا كان هناك حاجة إلى إجراء فحص شامل للعين. إذا لم يجتز التلميذ(ة) الفحص، فسيتم إحالته إلى طبيب عيون في الموقع لإجراء فحص متابعة. هذا الفحص هو فحص خارجي للعين — لن يتم وضع أي أدوات أو قطرات في عيني التلميذ(ة) أثناء الفحص.

سوف يحضر طبيب عيون إلى مدرسة طفلك يوم _____. إذا لزم الأمر، سيصف الطبيب نظارة طبية، وسيقوم أحد أعضاء فريق البرنامج لدينا بمساعدتك في اختيار الإطار المناسب من المورد المتعاقد معنا. سيتم تزويدك بنتائج الفحص، وفي بعض الحالات، قد يوصي الطبيب بإجراء فحص شامل للعين.

نظرًا لأن فحوصات النظر إلزامية بموجب تعليمات المستشار رقم (A-701)، فإن التلاميذ مؤهلون لإجراء فحص النظر وسيخضعون له. ومع ذلك، يمكن للآباء/ أولياء الأمور رفض إجراء الفحص المجاني للعين عن طريق ملء القسم أدناه وإعادة هذه الاستمارة إلى مدرسة طفلك. إذا لم يتم إرجاع الاستمارة، سيخضع التلميذ(ة) للفحص المجاني من طبيب العيون ويحصل على نظارة طبية، إذا تمت التوصية بذلك.

إذا كانت لديك أسئلة حول هذا البرنامج، فيمكنك الاتصال بمارسيا رودريغيز/Marcia Rodriguez، مشرفة وحدة المتابعة، على الرقم 718-786-5154 (بالإنكليزية/ الإسبانية) أو 855-771-3937.

مع فائق التقدير



لاستكشاف المزيد من المعلومات
حول برنامج فحص البصر، فم
بمسح رمز الاستجابة السريعة
ضوئياً.

والاحترام،

توماس فيلان/Thomas Phelan
مدير برامج البصريّات بمكتب الصحة المدرسية

لا أرغب في أن يتلقى طفلي فحوصات طبيب العيون المجانية غير الجراحية والحصول على النظارات المجانية الموصى بها من خلال برنامج فحص البصر التابع لإدارة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك (DOHMH).

اسم التلميذ(ة) _____

اسم الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر _____

توقيع الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر _____

التاريخ _____ رقم الهاتف _____ المدرسة: _____