



NËSE DËSHIRONI QË FËMIJA JUAJ TË EKZAMINOHET NGA NJË OPTOMETRIST,

I/E dashur Prind/Kujdestar/e,

Zyra e Shëndetit në Shkollë është e kënaqur të ofrojë kontrollime falas të shikimit dhe shërbime të optometrisë. Kontrolli fillestar i shikimit vlerëson se sa mirë mund të shohin nxënësit objektet nga afër dhe nga larg, duke përdorur tabela të syve dhe pajisje të tjera, për të ndihmuar në përcaktimin nëse nevojitet një ekzaminim më i thelluar i syve. Nëse një nxënës nuk kalon kontrollin, ai/ajo do të referohet tek një mjek okular në shkollë për një ekzaminim ndjekës. Ky ekzaminim nuk është invaziv – nuk do të vendosen instrumente ose pika në sytë e nxënësit gjatë ekzaminimit.

Një mjek okular do të jetë në shkollë më datë _____. Nëse është e nevojshme, mjeku do të rekomandojë syze, dhe një anëtar i stafit të programit do të ndihmojë në përzgjedhjen e skeletëve të përshtatshëm nga furnizuesi ynë kontraktues. Rezultatet e ekzaminimit do t'ju dërgohen juve, dhe në disa raste, mjeku mund të rekomandojë një ekzaminim të plotë të syve.

Megjenëse kontrollimet e shikimit janë të detyrueshme sipas Rregullores së Kancelarit A-701, nxënësit janë të kualifikuar dhe do t'i nënshtrohen kontrollit të shikimit. Megjithatë, prindërit dhe kujdestarët mund të heqin dorë nga ekzaminimi falas i syve duke plotësuar seksionin më poshtë dhe duke e kthyer këtë formular në shkollën e fëmijës suaj. Nëse formulari nuk kthehet, nxënësi do të marrë ekzaminimin falas te mjeku i syve dhe syzet, nëse rekomandohen.

Nëse një nxënës është tashmë nën kujdesin e një mjeku të syve dhe dëshironi që ai/ajo të marrë një palë syze falas, ju lutemi dërgoni një kopje të recetës së përditësuar me faks në 347-396-8965 ose me email në: Eyefax2@health.nyc.gov.

Nëse keni ndonjë pyetje në lidhje me programin, mund të kontaktoni Marcia Rodriguez, Mbikëqyrëse e Njesisë së Ndjekjes, në 718-786-5154 (Anglisht/Español) ose 855-771-3937.

Me respekt,

Thomas Phelan

Drejtor, Programet e Shikimit në Shkollë

Për të mësuar më shumë
rreth Programit të
Shikimit, skanoni QR
kodin.



Unë NUK dëshiroj që fëmija im të marrë ekzaminimin falas, jo invaziv, nga mjeku i syve dhe qasje në syzet falas të rekomanduara përmes Programit të Shikimit të DOHMH.

Emri i nxënësit/es _____

Emri i Prindit/Kujdestarit: _____

Nënshkrimi i Prindit/Kujdestarit: _____

Data _____ Numri i telefonit gjatë ditës _____ **SHKOLLA:** _____