



如果您希望子女接受一位验光师的检查，则不要填写此表。

尊敬的家长/监护人：

学校健康办公室（Office of School Health）很高兴向学生提供免费的视力筛查和验光服务。初步视力筛查透过视力检查表和其他设备来评估学生看近距离和远距离的物体能否看得清楚，这将有助于确定是否需要进行更综合的眼睛检查。如果学生没有通过筛查，将把学生介绍给一位现场眼科医生进行跟进检查。这个检查不是入侵性的，即在检查过程中不会把任何仪器或眼药水放入学生的眼内。

一名眼科医生会在_____到您子女的学校。如果有需要，该医生会给学生配眼镜，而且该计划的一名工作人员将协助从我们的合约供货商那里选择合适的眼镜框。检查结果将提供给您，在某些情况下，医生可能会建议您子女接受全面的综合眼睛检查。

由于《总监条例》A-701规定必须提供视力筛查，因此学生符合资格并将会获得视力筛查。不过，家长和监护人可以选择不参加免费的视力检查，即填写下方的部分并把该表格交给子女的学校。如果表格没有交回，则学生将接受眼科医生的免费检查并获得眼镜（若有此建议的话）。

如果您的子女已经有一位眼科医生，并且您希望子女能够获得一副免费的眼镜，请给我们发送一份最新的验光单，您可以将其传真到347-396-8965，或者透过电邮发送到Eyefax2@health.nyc.gov。

如果您对这个计划有任何疑问，可以联络后续单位主管Marcia Rodriguez，电话号码是718-786-5154（英语/西班牙语）或855-771-3937。

诚致敬意！

若要进一步了解该视力计划，请扫描QR代码。



Thomas Phelan

学校健康视力计划主任

我不想让子女接受免费的非入侵性眼科医生检查以及透过纽约市健康及心理卫生局（DOHMH）的视力计划获得所建议的免费眼镜。

学生姓名_____

家长/监护人姓名_____

家长/监护人签名_____

日期_____日间电话号码_____学校：_____