



**자녀분이 검안사에게 검사 받기를 원하신다면
이 양식을 작성하지 마십시오.**

학부모/보호자님께,

학교 보건 담당실에서 무료 시력 검사 및 검안 서비스를 제공하게 되어 기쁩니다. 기초 시력 검사는 학생이 검안 차트와 기타 기기를 이용해 가까운 곳과 먼 곳의 물체를 얼마나 잘 볼 수 있는지 검사하여 더욱 종합적인 안과 검진의 필요 여부를 결정합니다. 시력 검사를 통과하지 못하면 현장의 검안 의사가 추후 검진을 실시하도록 안내할 것입니다. 이 검사는 비-외과적 검사로 학생의 눈에 기구를 사용하거나 안약을 투여하지 않습니다.

검안 의사가 자녀분의 학교를 방문할 것입니다: _____. 필요한 경우 의사가 안경을 처방할 것이며 프로그램 직원이 계약 업체에서 적당한 안경테를 선택하도록 도와줄 것입니다. 검사 결과를 학부모님께 제공할 것이며, 의사가 종합적인 안과 검진을 추천하는 경우도 있습니다.

시력 검사는 교육감 규정 A-701에 의무로 규정되어 학생들은 시력 검사 자격을 가지며 검사를 받을 것입니다. 하지만 학부모 및 보호자님이 아래 섹션을 작성하여 양식을 학교에 제출하시면 무료 시력 검사에서 제외될 것입니다. 이 양식을 제출하지 않은 학생은 무료 검안 의사의 검사를 받게 되며 추천 받은 경우 무료로 안경을 받을 것입니다.

학생이 이미 검안 의사의 검사를 받은 경우 무료 안경을 받으시려면, 최신 처방 사본을 팩스 347-396-8965 또는 이메일 Eyefax2@health.nyc.gov로 보내십시오.

프로그램에 대해 궁금한 점은 팔로우업 유닛(Follow-up Unit) 슈퍼바이저인 Marcia Rodriguez 씨에게 전화 718-786-5154(영어/스페인어) 또는 855-771-3937로 문의하십시오.

안녕히 계십시오.

Thomas Phelan
스쿨 헬스 비전 프로그램 디렉터

비전 프로그램에 대한
보다 상세한 정보는 QR
코드를 스캔해
보십시오.



저는 제 아이가 검안 의사의 비-외과적 무료 검사를 받고 DOHMH 비전 프로그램을 통해 무료 안경을 추천 받는 것을 원하지 않습니다.

학생 성명 _____

학부모/보호자 성명 _____

학부모/보호자의 서명 _____

날짜 _____ 낮 시간 전화번호 _____ 학교: _____