

**THƯ GIỚI THIỆU ĐI KHÁM VÀ THỬ MẮT CHO TRẺ EM TRÊN SÁU TUỔI**  
[School Age Vision Referral Letter—Vietnamese]

Tên học sinh \_\_\_\_\_

Kính thưa Quý Phụ Huynh:

Theo đúng những lời khuyến cáo của Bộ Y Tế Minnesota, con/em quý vị đã được khám sức khỏe ngày \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, và khám lại một lần nữa ngày \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Chúng tôi xin Quý Ông/Bà sớm mang con/em tới bác sĩ chuyên môn để khám và thử mắt ngay vì một hay những lý do có đánh dấu (✓) dưới đây:

- ( ) Em kêu khó chịu mắt, hoặc chúng tôi thấy em có những cử chỉ cho thấy có vấn đề về mắt
- ( ) Em bị đau bên ngoài mắt
- ( ) Có thể cơ mắt (*eye muscle*) bị đau
- ( ) Khi thử mắt, em đã không đọc được những dòng chữ trên biểu đồ dành cho lứa tuổi em  
( ) có mang ( ) không mang kiếng mắt Phải ( ) mắt Trái ( )
- ( ) Không nhìn được gần (tật viễn thị)
- ( ) Hai mắt không cùng nhìn thấy một hình hay chỉ một mắt thấy được hình [*fusion / suppression problems*]

Xin Ông/Bà vui lòng cầm theo thư giới thiệu này khi đưa con/em tới chuyên viên khám mắt, và yêu cầu người này điền vào phần dưới đây.

Dear Doctor:

Please complete this portion of the form and send it at your earliest convenience to:

(School Nurse) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I have examined \_\_\_\_\_ on \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

I feel the eye problem is:

- ( ) Not sufficient to require treatment
- ( ) Fully treatable
- ( ) Partially treatable
- ( ) Not treatable
- ( ) Glasses prescribed  
Best Correction: Right \_\_\_/\_\_\_ Left \_\_\_/\_\_\_
- ( ) Lens changes  
Best Correction: Right \_\_\_/\_\_\_ Left \_\_\_/\_\_\_

Vision defect:

- ( ) Muscular
- ( ) Myopia
- ( ) Hyperopia
- ( ) Astigmatism
- ( ) Suppression
- ( ) Fusion defect
- ( ) External eye disease
- ( ) Other \_\_\_\_\_

I expect that on completion of whatever treatment is necessary there will be:

- ( ) No significant visual handicap that may interfere with learning.
- ( ) Visual handicap that may interfere with learning.

Child should return for follow-up examination on \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Special recommendations: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signed \_\_\_\_\_

# SCHOOL AGE VISION REFERRAL LETTER

Regarding \_\_\_\_\_

Dear Parent:

In keeping with the recommendations of the Minnesota Department of Health, your child was screened    /   /     
and rescreened    /   /   .

You are urged to take your child for a professional eye examination for the reason(s) checked below:

- Complaints of visual distress, observed behaviors
- External eye problems
- Possible eye muscle problems
- Did not read lines on chart appropriate for age group  
(with) (without) glasses   Right    /      Left    /
- Farsightedness
- Fusion/suppression problems

Please take this form with you when your child is examined and ask the examiner to complete the bottom half.

-----

Dear Doctor:

Please complete this portion of the form and send it at your earliest convenience to:

(School Nurse) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I have examined \_\_\_\_\_ on    /   /   .

I feel the eye problem is:

- Not sufficient to require treatment
- Fully treatable
- Partially treatable
- Not treatable
- Glasses prescribed  
Best Correction: Right    /      Left    /
- Lens changes  
Best Correction: Right    /      Left    /

Vision defect:

- Muscular
- Myopia
- Hyperopia
- Astigmatism
- Suppression
- Fusion defect
- External eye disease
- Other \_\_\_\_\_

I expect that on completion of whatever treatment is necessary there will be:

- No significant visual handicap that may interfere with learning.
- Visual handicap that may interfere with learning.

Child should return for follow-up examination on    /   /   .

Special recommendations: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signed \_\_\_\_\_