



RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE SALUD- HS/ECEAP

Su hijo(a), _____, recibió los siguientes **evaluaciones:** **Visión** **Audiencia** **Crecimiento** en la escuela hoy (_____). Si es necesario, en 2-4 semanas se realizará una segunda evaluación.

Representante de Familia en clase: _____ Teléfono: _____

Visión Agudeza Visual:

(Esto indica qué tan bien está viendo su hijo a distancia).

Ojo derecho: paso segunda evaluación se refieren

Ojo izquierdo: paso segunda evaluación se refieren

Percepción de la profundidad:

(Esta evaluación es para ver si ambos ojos están trabajando juntos como equipo.)

Ambos ojos: paso segunda evaluación se refieren

Audición

oído derecho: paso segunda evaluación se refieren

Oído a la izquierda: paso segunda evaluación se refieren

Crecimiento Altura: _____ peso: _____

Comentario:
