

**LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Medical Services Division**

INFORMATION REPORT OF A COLOR VISION TEST

_____ School

Student Name _____

Date _____

Dear Parent:

As a result of a recent screening program for color vision, your child appears to have a deficiency in color discrimination. If you desire additional information, the school nurse will be glad to discuss these findings with you.

_____ School Nurse

_____ Principal

The school nurse is at school on _____

_____ Telephone

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES
División de Servicios Médicos**

REPORTE INFORMATIVO DEL EXAMEN PARA LA DISCRIMINACIÓN DE COLOR

_____ Escuela

Nombre del Estudiante _____

Fecha _____

Estimado Padre:

Como resultado de un reciente programa para examinar la vista con relación a color, su niño(a) demuestra deficiencia en la discriminación de color. Si desea información adicional, el enfermero(a) escolar tendrá el gusto de hablar con usted acerca de los resultados.

_____ Enfermero(a) Escolar

_____ Director(a)

El enfermero(a) escolar estará en la escuela _____

_____ Teléfono