Nhấp vào BẮT ĐẦU hoặc XÓA, sau đó nhấn vào nút TAB.

WASHINGTON STATE DEPARTMENT OF LICENSING

Báo Cáo Khám Thị Lực

Việc không gửi lại mẫu đơn đã được hoàn tất này chậm nhất vào _____ đến Cục Cấp Phép (Department of Licensing, DOL) có thể dẫn đến việc đình chỉ đặc quyền lái xe của người lái xe.

Gửi qua bưu điện hoặc chuyển fax bản báo cáo đã được hoàn tất đến:
Restricted Licensing
Department of Licensing
PO Box 9030
Olympia, WA 98507
Fax: **(360) 570-7893**
Email: **MedicalCerts@dol.wa.gov**

Thông tin người lái xe/Bệnh nhân

Tên *(Họ, Tên gọi, Tên lót)*

Ngày sinh	(Mã vùng) Số điện thoại ban ngày	Số giấy phép lái xe

Đồng ý tiết lộ thông tin

*Tôi cho phép bác khoa mắt/bác sĩ đo thị lực dưới đây giải thích hoặc cung cấp thông tin về tình trạng thị lực của tôi **dựa trên kiểm tra được thực hiện trong năm vừa qua.** Tôi hiểu rằng Cục Cấp Phép sẽ sử dụng thông tin này để đưa ra quyết định về khả năng điều khiển phương tiện cơ giới an toàn của tôi.*

X **Người lái xe: Khi hoàn thành, hãy in tài liệu này ra và ký tên và ghi ngày tháng vào đây** _____
Chữ ký của người lái xe Ngày

X **Bố mẹ: Khi hoàn thành, hãy ký tên và ghi ngày tháng vào đây.** _____
Chữ ký của phụ huynh (nếu là trẻ vị thành niên) Ngày

Ophthalmologist/Optometrist

DOL has reason to believe the driver named above may have a condition that could affect the safe operation of a motor vehicle. Self-disclosed medical condition

Your knowledge of this person's condition is of great value in assisting us determine a proper licensing decision. **DOL has sole responsibility for any decision** regarding driving qualifications and licensure. **Answer ALL questions** and return to DOL.

Date of examination (within past year)	Without correction			With correction		
	Right 20/	Left 20/	Both 20/	Right 20/	Left 20/	Both 20/

Answer the following

1. This individual's best attainable visual acuity is . . . . . .
   Vision that is not at least 20/70 Snellen range with correction, is deemed unqualified to drive at night.
2. Was testing done with a visual acuity correction device: bioptic/telescopic lens? . . . . . ☐ Yes ☐ No
3. Field of vision: Is this individual's total visual field less than 110 degrees in horizontal meridian with a test object? . . . . . ☐ Yes ☐ No
   If "Yes", visual field is: . . . . . Left temporal _____ degrees Right temporal _____ degrees
   If "Yes", have you noticed a decline in the field of vision in the last 12 months? . . . . . ☐ Yes ☐ No
4. Does this individual have subjective diplopia and was tested for it? . . . . . ☐ Yes ☐ No
   If "Yes", how is the compensation achieved? _____
5. Should DOL monitor this driver's condition with periodic Visual Examination Reports? . . . . . ☐ Yes ☐ No
   If "Yes", how often? . . . . . ☐ 6 months ☐ 1 year ☐ 2 years

Comments/Other conditions that may affect this person's driving

Ophthalmologist/Optometrist name		Professional license number

Address *(Street address, City, State, ZIP code)*

(Area code) Telephone number	(Area code) Fax number	Email

I certify under penalty of perjury under the laws of the state of Washington that the information I have provided is true and correct.

_____ X **Ophthalmologist/Optometrist, sign here when completed.** _____
Date Place (city or county) signed Ophthalmologist/Optometrist signature

RCW 46.20.041; 46.20.305