

Báo Cáo Khám Thị Lực

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

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.

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
<p>Đồng ý tiết lộ thông tin</p> <p><i>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.</i></p>		
X		X
Chữ ký của người lái xe	Ngày	Chữ ký của phụ huynh (nếu là trẻ vị thành niên)
		Ngày

Ophthalmologist/Optometrlist						
DOL has reason to believe the driver named above may have a condition that could affect the safe operation of a motor vehicle.						
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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
3. Field of vision: Is this individual's total visual field less than 110 degrees in horizontal meridian with a test object? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
4. Does this individual have subjective diplopia and was tested for it? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
If "Yes", how is the compensation achieved? _____						
5. Should DOL monitor this driver's condition with periodic Visual Examination Reports? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
If "Yes", how often? <input type="checkbox"/> 6 months <input type="checkbox"/> 1 year <input type="checkbox"/> 2 years						
Comments/Other conditions that may affect this person's driving						

Ophthalmologist/Optometrlist name		Professional license number
Address (Street address, City, State, ZIP code)		
(Area code) Telephone number	(Area code) Fax number	Email
<p><i>I certify under penalty of perjury under the laws of the state of Washington that the information I have provided is true and correct.</i></p>		
Date	Place (city or county) signed	X Ophthalmologist/Optometrlist signature