

Referencia para un examen ocular

Estimado padre/tutor:

Investigamos rutinariamente la visión para identificar a los niños que tienen problemas oculares o podrían estar en riesgo de los problemas oculares. Nos referimos a los hijos para un examen ocular cuando no pasan una evaluación de la vista o están en riesgo de un problema ocular debido a una razón médica o de desarrollo. La evaluación de la vista no sustituye a un examen ocular completo, pero podría sugerir una referencia a un oftalmólogo para un examen ocular completo.

Usted recibe este documento porque su hijo _____ ha completado una evaluación de la vista o debe tener un examen ocular a causa de un riesgo médico o un problema del desarrollo de la visión y necesita un examen ocular completo con un oftalmólogo. Es importante programar este examen tan pronto como sea posible. No se pierda esta cita. Si el oftalmólogo encuentra un problema de visión, el tratamiento temprano conduce a los mejores resultados posibles para la visión de su hijo. El reverso de esta forma muestra el motivo(s) para esta referencia.

La parte posterior de esta página muestra el motivo(s) para esta referencia. Por favor:

- **Complete el Consentimiento y Liberación de información de abajo Y la parte superior de la parte posterior de esta página.**
- **Lleve esa hoja consigo para el examen ocular y dele la forma a su oftalmólogo.**
- **Pregúntele al oftalmólogo que nos envíe y discuta los resultados del examen ocular si es necesario.**

Si necesita ayuda con encontrarle un oftalmólogo para la cita, utilice los enlaces de sitios de abajo. Muchos programas ayudan a cubrir la totalidad o parte de los gastos de cuidado de la vista de los niños. Háganos saber si desea información sobre estos programas.

Atentamente,

Consentimiento y Liberación de Información

Con mi firma, autorizo que: (1) la agencia de la evaluación de la visión libera los resultados de mi hijo y / o razón médica o de desarrollo para un examen ocular con el oftalmólogo y médico (si no se produjo la detección en el hogar médico), (2) el oftalmólogo de mi hijo envía los resultados del examen a la agencia de evaluación de la vista, (3) la agencia y el oftalmólogo analizan los resultados del examen ocular, (4) y la agencia envía los resultados del examen al médico de niño (si la detección no se produjo en el consultorio médico) con el propósito específico de notificar a los proveedores de educación y de cuidado de salud de mi hijo de los problemas concretos de la visión, las recomendaciones y las instrucciones de tratamiento relacionados con las necesidades de la visión de mi hijo. Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mi capacidad de obtener un examen ocular para mi hijo o la ayuda con el pago para el examen ocular.

(Firma del padre/tutor)

(Fecha)

Encuentre un oftalmólogo cerca de usted:

- American Academy of Ophthalmology: www.aao.org/find_eyemd.cfm
- American Optometric Association: www.aoa.org
- Centers for Medicare and Medicaid Services: www.medicare.gov/physiciancompare
- American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus: www.aapos.org
- All About Vision: www.allaboutvision.com/eye-doctor
- College of Optometrists in Vision Development: www.covd.org

Referencia para un examen ocular

Información del paciente: Nombre (Primero, Nombre Segundo, Apellido) _____
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) _____ Sexo (M/F) _____ Grado _____ Idioma Principal _____
Padre o tutor _____ Correo electrónico _____
Dirección Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono Principal () _____ - _____ (seleccione el tipo) CELULAR HOGAR Si celular, permite mensajes de texto? (Sí/No) _____
Teléfono Secundario () _____ - _____ (seleccione el tipo) CELULAR HOGAR Si celular, permite mensajes de texto? (Sí/No) _____

Referring agency contact information and reason for referral:

Nombre de agencia _____ Teléfono Principal () _____ - _____
Número de fax () _____ - _____ Correo electrónico _____
Fecha de referencia _____ Evaluación de la vista realizada por _____
Motivo de la referencia (Marque lo que corresponda):
 La agudeza visual (___ Distancia ___ Cerca ___ Ambos)
 Ojos desalineados
 Reflejo pupilar
 Reflejo rojo
 Estructura ocular pertinente (es decir, ptosis (párpado caído)
 La historia familiar de los problemas de visión temprana de inicio
 El retraso del desarrollo/ condición crónica (describa) _____
 Otro (describa) _____

Comentarios adicionales:

Los resultados del examen ocular del oftalmólogo:

Fecha de la examen ocular: _____

Mejor agudeza visual

Derecha	Izquierda

Información que la agencia debe saber/hacer

Marque lo que corresponda:

Tratamiento recomendado

- Medical: _____
- Gafas
- Lentes de contacto
- Otro: _____

Lentes correctivas prescritas

- Desgaste constante
- Para la visión cerca solamente
- Para la visión distante solamente

Hipermetropía

Miopía

Anisotropía

Ambliopía

- Parches recomendadas _____ horas diarias

Estrabismo

Evaluación de la baja visión/asistencia recomendada

Nuevo examen aconsejado

- Dentro 6 meses
- Dentro 12 meses
- Otro: _____

Otro: _____

Información del proveedor de cuidado de los ojos:

Nombre _____ Teléfono () _____ - _____ Número de fax () _____ - _____
Dirección Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____