

**Preparándose para su examen de la vista**

Servicios del Cuidado de la Vista para Discapacitados del Centro de Visión de Holyoke Health Center

267 High Street, Holyoke MA 01040-6585 T: 413-420-2825 Fax: 413-533-0472

|  |  |
| --- | --- |
| **ENVÍE lo siguiente antes del examen:** | **TRAIGA lo siguiente el día de su examen:**  |
| * Copias de su Record Médico actualizado
 | * Cualquier espejuelos y gafas de sol que use
 |
| * Lista actualizada de alergias y medicamentos
 | * Cualquier dispositivo de baja visión que use
 |
| * Copias de cualquier examen de la vista anterior
 | * Formularios que el Doctor tenga que llenar
 |
| * ESTE formulario lleno
 | * Su tarjeta de seguro de salud
 |

**Su Información Personal: Fecha de Hoy: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nac.:\_\_/\_\_/\_\_\_\_**

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pronombre Preferido: Él Ella Ellos Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo al nacer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono Preferido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de su Cuidador Primario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico de Cuidado Primario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Último Examen Médico: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Dirección del Médico Primario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Farmacia/Ubicación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ayúdenos a Prepararnos para su Visita:**

¿Utiliza algún equipo de movilidad? \_\_\_ Silla de ruedas \_\_\_Andador \_\_\_Bastón

¿Cuál es la mejor manera de comunicarse con usted? \_\_\_Verbal \_\_\_No verbal

¿Necesita un intérprete? \_\_\_Idioma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ASL \_\_\_Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cuál es la razón del examen de hoy?**  **Marque/Seleccione las que apliquen.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_ Visión borrosa a distancia | \_\_\_\_ Ojos Secos | \_\_\_\_ Ojos bizcos/cruzados |
| \_\_\_\_ Visión borrosa de cerca | \_\_\_\_ Enrojecimiento de Ojos | \_\_\_\_ Examen por la diabetes |
| \_\_\_\_ Pérdida de la Visión | \_\_\_\_ Secreción | \_\_\_\_ Espejuelos Rotos  |
| \_\_\_\_ Destellos/Puntitos flotantes | \_\_\_\_ Dolor de Cabeza | \_\_\_\_ Examen de Rutina |
| \_\_\_\_ Dolor en los Ojos | \_\_\_\_ Visión Doble | \_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Su Historial:**

Fecha del Último Examen:\_\_/\_\_/\_\_\_\_Nombre y Ubicación del Doctor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Usa espejuelos? **Sí/No** ¿Cuánto tiempo lleva con sus espejuelos actuales? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Está registrado/a como Legalmente Ciego/a con La Comisión de Massachusetts para Ciegos? **Sí/No**

¿Tiene o ha sido tratado/a por las siguientes condiciones de la vista?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_ Glaucoma | \_\_\_\_ Cataratas | \_\_\_\_ Síndrome de Ojo Seco |
| \_\_\_\_ Degeneración Macular  | \_\_\_\_ Lesión del Ojo | \_\_\_\_ Ojos bizcos/cruzados |
| \_\_\_\_ Desprendimiento de Retina | \_\_\_\_ Enfermedad de la Retina | \_\_\_\_ Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Ha tenido alguna cirugía en los ojos? **Sí/No** Explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Toma algún medicamento para los ojos? **Sí/No** ¿Cuál/es?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Le han diagnosticado con Discapacidad Visual Cortical/Cerebral? (CVI) **Sí/No**  |

¿Tiene o ha sido tratado/a por las siguientes condiciones **médicas**?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_ Trastorno Neurológico  | \_\_\_\_ Diabetes | \_\_\_\_ Problemas Respiratorios |
| \_\_\_\_ Espectro Autista  | \_\_\_\_ Presión Arterial Alta | \_\_\_\_ Alergia/Trastorno  inmunológico  |
| \_\_\_\_ Convulsiones | \_\_\_\_ Colesterol Alto | \_\_\_\_ Cáncer |
| \_\_\_\_ Retraso en el Desarrollo | \_\_\_\_ Enfermedad cardíaca | \_\_\_\_ Dolores de Cabeza |
| \_\_\_\_ Ansiedad | \_\_\_\_ Enfermedad de la Tiroides  | \_\_\_\_ Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Indique el diagnóstico (si lo conoce) relacionado con cualquier discapacidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Su Historial Familiar:**

¿Tiene algún miembro de su familia inmediata alguna de las condiciones de los **ojos** o **médicas** mencionadas anteriormente? Indique Cuáles: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mencione cualquier inquietud adicional que pueda tener sobre su visita en el chequeo de sus ojos:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¡Gracias! Esperamos poder atender sus necesidades del cuidado de la vista.**