



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:

- Copias de su Record Médico actualizado
- Lista actualizada de alergias y medicamentos
- Copias de cualquier examen de la vista anterior
- ESTE formulario lleno

TRAIGA lo siguiente el día de su examen:

- Cualquier espejuelos y gafas de sol que use
- Cualquier dispositivo de baja visión que use
- Formularios que el Doctor tenga que llenar
- Su tarjeta de seguro de salud

Su Información Personal:

Nombre: _____

Nombre Preferido: _____

Pronombre Preferido: Él Ella Ellos Otro:

Dirección: _____

Número de Teléfono Preferido: _____

Nombre de su Cuidador Primario: _____

Médico de Cuidado Primario: _____ Último Examen Médico:

Dirección del Médico Primario: _____ Teléfono: _____

Farmacia/Ubicación: _____ Teléfono: _____

Fecha de Hoy:

Fecha de Nac.:

Edad: _____

Sexo al nacer: _____

Género: _____

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.