

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