

Informe de examen ocular para diabetes

Eye examination report for diabetes

Examen de salud importante

Important health screening

Presente este formulario a su profesional de atención oftalmológica y pídale que lo envíe de vuelta a su proveedor de atención primaria.

Present this form to your eye care professional and ask them to return it to your primary care provider.

PARA SER COMPLETADO POR SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA / FOR PRIMARY CARE PROVIDER TO COMPLETE

Nombre del proveedor / Provider name		
Dirección / Address		
Ciudad / City	Estado / State	Código postal / ZIP
Teléfono / Phone	Fax / Fax	

PARA SER COMPLETADO POR EL PACIENTE / FOR PATIENT TO COMPLETE

Nombre del paciente / Patient name	Fecha de nacimiento / Date of birth	
Domicilio particular / Home address		
Ciudad / City	Estado / State	Código postal / ZIP
Teléfono / Phone	Plan de seguro de salud / Health insurance plan	

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL DE ATENCIÓN DE LA VISTA / FOR EYE CARE PROFESSIONAL TO COMPLETE

Complete esta parte del formulario y devuélvalo al proveedor de atención primaria. Marque una casilla de las Secciones A, B y C.
Complete this portion of the form and return it to the primary care provider. Please check a box for Sections A, B, and C.

Nombre del profesional de atención de la vista / Eye care professional name	<input type="checkbox"/> Optometrista con licencia / Licensed optometrist		
Nombre del consultorio/centro de oftalmología / Eye care practice/facility name	<input type="checkbox"/> Oftalmólogo con licencia / Licensed ophthalmologist		
	<input type="checkbox"/> Otro / Other _____		
Dirección / Address	Ciudad / City	Estado / State	Código postal / ZIP
Teléfono / Phone	Fax / Fax		

Al paciente se le realizó un examen con dilatación de pupila y se obtuvieron los siguientes resultados:

Patient received a dilated fundus examination with the following results:

A. Resultados normales / Normal results

Recomendaciones – adjunte una hoja adicional si es necesario. /
Recommendations – attach additional sheet if necessary.

B. Edema macular / Macular edema
 Ausente / Absent Presente / Present

Monitoreo, con seguimiento en /
Monitoring, with follow-up at

C. Retinopatía diabética / Diabetic retinopathy
 No se detectó / None detected

1 año / 1 year 2 años / 2 years

Retinopatía diabética de fondo presente /
Background diabetic retinopathy present

Otro intervalo (indique el plazo) /
Other interval (indicate timeframe) _____

Leve / Mild Moderada / Moderate
 Grave / Severe

Solo control; sin evaluación adicional o nuevo tratamiento
en este momento. / Monitoring only; no additional
evaluation or new treatment at this time.

Retinopatía diabética proliferativa presente /
Proliferative diabetic retinopathy present

Se recomienda realizar más pruebas o tratamiento.
Ver comentarios / See comments.

Comentarios / Comments

Fecha del examen / Date of exam

El paciente deberá regresar para una nueva evaluación en ____ meses /
Patient is to return for re-evaluation in ____ months

Firma del profesional de atención de la vista /
Eye care professional's signature

El formulario fue enviado al proveedor de atención primaria: /
Form was sent to primary care provider:

Por fax / Fax Por correo / Mail

Fecha / Date _____ Iniciales / Initials _____