

# 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 de la vista 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

Nombre del consultorio/centro de oftalmología / Eye care practice/facility name

Dirección / Address

Teléfono / Phone

Optometrista con licencia / Licensed optometrist

Oftalmólogo con licencia / Licensed ophthalmologist

Otro / Other \_\_\_\_\_

Ciudad / City

Estado / State

Código postal / ZIP

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:

<p><b>A.</b> Resultados normales / Normal results <input type="checkbox"/></p> <p><b>B.</b> Edema macular / Macular edema</p> <p><input type="checkbox"/> Ausente / Absent <input type="checkbox"/> Presente / Present</p>	<p>Recomendaciones – adjunte una hoja adicional si es necesario. /          Recommendations – attach additional sheet if necessary.</p> <p><input type="checkbox"/> Monitoreo, con seguimiento en / Monitoring, with follow-up at</p> <p><input type="checkbox"/> 1 año / 1 year <input type="checkbox"/> 2 años / 2 years</p> <p><input type="checkbox"/> Otro intervalo (indique el plazo) /          Other interval (indicate timeframe) _____</p>
<p><b>C.</b> Retinopatía diabética / Diabetic retinopathy</p> <p><input type="checkbox"/> No se detectó / None detected</p> <p><input type="checkbox"/> Retinopatía diabética de fondo presente /          Background diabetic retinopathy present</p> <p><input type="checkbox"/> Leve / Mild <input type="checkbox"/> Moderada / Moderate</p> <p><input type="checkbox"/> Grave / Severe</p> <p><input type="checkbox"/> Retinopatía diabética proliferativa presente /          Proliferative diabetic retinopathy present</p>	<p><input type="checkbox"/> Solo control; sin evaluación adicional o nuevo tratamiento          en este momento. / Monitoring only; no additional evaluation          or new treatment at this time.</p> <p><input type="checkbox"/> Se recomienda realizar más pruebas o tratamiento.          Ver comentarios. / Further testing and/or treatment          recommended. See Comments</p>

Comentarios / Comments

<p>Fecha del examen / Date of exam</p>	<p>El paciente deberá regresar para una nueva evaluación en ____ meses /          Patient is to return for re-evaluation in ____ months</p>
<p>Firma del profesional de atención de la vista / Eye care professional's          signature</p>	<p>El formulario fue enviado al proveedor de atención primaria: /          Form was sent to primary care provider:</p> <p><input type="checkbox"/> Por fax / Fax <input type="checkbox"/> Por correo / Mail</p> <p>Fecha / Date _____ Iniciales / Initials _____</p>

058742.spa (02-15-2022)

### La discriminación es prohibida

Premera Blue Cross (Premera) cumple con las leyes de derechos civiles federales y del estado Washington aplicables, y no discrimina según la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el sexo, la identidad de género o la orientación sexual. Premera no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Premera:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que Premera no le ha proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección: Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals, PO Box 91102, Seattle, WA 98111, número gratuito: 855-332-4535, fax: 425-918-5592, TTY: 711, correo electrónico [AppealsDepartmentInquiries@Premera.com](mailto:AppealsDepartmentInquiries@Premera.com). Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante:

- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono a la dirección y al número de teléfono indicados a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington, de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina del Comisionado de Seguros, disponible en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono al 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

**Asistencia con el idioma**

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 800-722-1471 (TTY: 711).

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-722-1471 (TTY: 711).

**注意:** 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 800-722-1471 (TTY: 711)。

**CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-722-1471 (TTY: 711).

**주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-722-1471 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-722-1471 (телетайп: 711).

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-722-1471 (TTY: 711).

**УВАГА!** Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки.

Телефонуйте за номером 800-722-1471 (телетайп: 711).

**ប្រយ័ត្ន:** បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 800-722-1471 (TTY: 711)។

**注意事項:** 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。800-722-1471 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

**ማስታወሻ:** የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 800-722-1471 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

**XIYYEEFFANNAA:** Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 800-722-1471 (TTY: 711).

**ملحوظة:** إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-722-1471 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

**ਪਿਆਰ ਦਿਉ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਮੇਰਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 800-722-1471 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-722-1471 (TTY: 711).

**ໂປດຊາບ:** ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 800-722-1471 (TTY: 711).

**ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-722-1471 (TTY: 711).

**ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-722-1471 (ATS: 711).

**UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-722-1471 (TTY: 711).

**ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-722-1471 (TTY: 711).

**ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-722-1471 (TTY: 711).

**توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 800-722-1471 (TTY: 711) تماس بگیرید.

**Este documento ha sido traducido del inglés solo para propósitos informativos. Esta traducción no cambia los requisitos de elegibilidad, beneficios, exclusiones, limitaciones ni otras disposiciones del plan de salud o del contrato en grupo. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y la versión en idioma inglés, la versión en inglés regirá para los propósitos de aplicación e interpretación. / This document has been translated from English for informational purposes only. This translation does not change the eligibility requirements, benefits, exclusions, limitations or other provisions of the health plan or group contract. In the event of a conflict or difference between this translated document and the English language version, the English version is controlling for the purposes of application and interpretation.**