

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

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

☐ Optometrista con licencia / Licensed optometrist

☐ Oftalmólogo con licencia / Licensed ophthalmologist

☐ 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 ☐

B. Edema macular / Macular edema

☐ Ausente / Absent ☐ Presente / Present

C. Retinopatía diabética / Diabetic retinopathy

☐ No se detectó / None detected

☐ Retinopatía diabética de fondo presente /
Background diabetic retinopathy present

☐ Leve / Mild ☐ Moderada / Moderate

☐ Grave / Severe

☐ Retinopatía diabética proliferativa presente /
Proliferative diabetic retinopathy present

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

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

☐ 1 año / 1 year ☐ 2 años / 2 years

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

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

☐ Se recomienda realizar más pruebas o tratamiento. Ver comen-
tarios / Further testing and/or treatment recommended. 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 _____