



Formulario de Admisión de Baja Visión

Fecha actual: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Género: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección para correspondencia: _____

Contacto de emergencia (nombre, relación, número de teléfono):

Nombre: _____

Relación: _____

Número de teléfono: _____

Información de la vista

Afección ocular (por ejemplo, glaucoma, degeneración macular seca, retinopatía diabética, etc.):

Cirugías oculares (por ejemplo, cirugía de cataratas, trabeculectomía, inyecciones, láser, etc.):



ARIZONA EYE CONSULTANTS

¿En qué tareas visuales te gustaría que te ayudaran? Enumere objetivos específicos (por ejemplo, ver televisión, observar aves, leer el correo, leer los menús de los restaurantes, etc.) y traiga ejemplos de dicho material si corresponde. En el caso de que no se puedan abordar todos los objetivos en la primera visita debido a la limitación de tiempo, se pueden programar seguimientos.

Si actualmente está utilizando algún dispositivo, indíquelo.

Si hay un dispositivo en particular del que has oído hablar y te interesa, enuméralo.

¿Hay alguna otra información que le gustaría que conociéramos?



Información del proveedor

Enviaremos un informe a los siguientes proveedores después de su cita.

Oftalmólogo (MD)

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Fecha del último examen: _____

Optometrista (OD)

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Fecha del último examen: _____

Proveedor de atención primaria

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Fecha del último examen: _____