

Eye Examination Report for Diabetes

Notificación - Exámen de Vista para la Diabetes



Patient or Primary Care Professional: Please complete this section and give the form to the eye care professional.
Pacientes:. Por favor llene esta sección y lleve este formulario al oculista.

Primary Care Professional Information:

Médico Personal del Paciente (PCP)

Name / Nombre: _____

Address / Dirección: _____

Phone / Teléfono: _____

Fax: _____

Patient Information:

Información sobre Paciente

Name / Nombre: _____

Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____

Address / Dirección: _____

Phone / Teléfono: _____

Patient Health Insurance Plan / Plan de Seguro: _____

Eye Care Professional: Please complete this portion of the form and return to the primary care professional.

Oculista: Por favor llene esta porción del formulario y regrese al PCP.

Name of Eye Care Practice/Facility:

Nombre del Oficina de Oculista: _____

Phone / Teléfono: _____ Address / Dirección: _____

Fax: _____

Patient received a dilated fundus examination with the following results:

El paciente recibió un examen dilatado de fundus con los siguientes resultados:

- No diabetic retinopathy was detected. / *Ninguna retinopatía diabética fue detectada.*
- Nonproliferative retinopathy was detected, which requires monitoring. No treatment is indicated at this time. / *Retinopatía no-proliferativa fue detectada, lo cual requiere el monitoreo. Ningún tratamiento es indicado al presente.*
- Retinopathy requiring further testing and/or treatment was detected. See comments below. / *Retinopatía que requiere ulterior prueba y/o tratamiento fue detectada. Vea comentarios abajo.*

Comments/Recommendations (attach additional sheet if necessary):

Comentarios /recomendaciones (pegue hoja adicional si es necesario):

Please call if additional information is needed. *Por favor llame si información adicional es necesaria.*

Date of exam / Fecha de examen: _____

Patient is to return for re-evaluation in ____ months.

El paciente debe regresar para la reevaluación en ____ meses.

Print Name of Eye Care Professional / Escriba el nombre del oculista: _____

Signature / Firma: _____

The American Diabetes Association recommends patients with diabetes receive annual retinal examinations; most insurance plans will cover this service for a patient with diabetes. The purpose of this form is to facilitate communication between eye care and primary care professionals and to improve communication with patients about diabetes related eye problems.

La Asociación Americana de Diabetes recomienda que los pacientes con diabetes reciban exámenes anuales de la retina y casi todos los planes de seguro cubrirán este servicio para un paciente con diabetes. El propósito de este formulario es de facilitar la comunicación entre el oculista y el médico personal y de mejorar comunicación con pacientes acerca de problemas del ojo relacionados a la diabetes.

This form was developed by the New York Diabetes Coalition (www.nydc.org) in collaboration with eye care professionals. Contact NYDC for your logo on this product, 1-518-432-1382 or info@nydc.org © NYDC, 11/02; revised 6/05.