

Lugar: _____

Fecha: _____



EXENCION Y CONSENTIMIENTO: Antes de participar en este examen GRATUITO de visión/audición, debe leer y firmar este documento. Este examen es realizado por miembros y voluntarios capacitados de Lions Club. Su Lions Club local no asume ningún riesgo ni responsabilidad en relación con este examen. Al firmar esta renuncia y consentimiento, usted reconoce que entiende que este es un examen de visión y audición y no sustituye un examen ocular completo con dilatación ni un examen de audición, y otorga su permiso para que se realice este examen. Usted también otorga permiso para que esta información se use para su tratamiento y seguimiento posteriores. El examen de visión, incluyendo la detección de glaucoma, es recomendado por expertos médicos. Los resultados de este examen le serán entregados. En cualquier caso, debe consultar con su oftalmólogo para asegurarse de comprender completamente el significado de los resultados. **He leído el formulario de Exención y Consentimiento anterior**

FIRMA: _____

FECHA: _____

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Masculino () Femenino () ¿Tiene seguro médico? (Medicare/Medicaid) ☐ Sí ☐ No¿Cuándo fue su último examen de la vista? _____ ¿Tiene diabetes? ☐ Sí ☐ No

¿Usa lentes recetados? Sí () No () ¿Lentes para leer? Sí () No ()

RESULTADOS – VISIÓN CERCANA Y LEJANA:**Agudeza Visual:** Con lentes _____ Sin lentes _____ Presión Arterial _____ Azúcar en Sangre _____**Visión Lejana:** Derecho _____ Izquierdo _____ **Visión Cercana:** Ambos Ojos _____**Presión Intraocular:** Derecho _____ Izquierdo _____ (Ta, Tpuff, Ts) repetir: _____**Autorrefractor:** Ojo Derecho: Esfera: _____ Cilindro: _____ Eje _____ EE _____**SPOT :** Ojo Izquierdo: Esfera: _____ Cilindro: _____ Eje _____ EE _____**Campos Visuales (FDT)- Visión Periférica:** **Aprobado** **Referir** **No confiable**

Ojo Derecho: Total de fallos: _____ Ojo Izquierdo: Total de fallos: _____

Resultados de Audición: Oído Derecho: (Encierre uno) **Aprobado** **Referir** | Oído Izquierdo: (Encierre uno) **Aprobado** **Referir****Recomendación de Audición:** _____ Programe una cita para ver a un proveedor de cuidado auditivo en un futuro cercano.**Recomendaciones de Visión:**() **Consulta de Glaucoma:** Programe una cita para ver a un proveedor de cuidado de la vista en un futuro cercano. Los resultados de su examen indican que usted está en riesgo de desarrollar glaucoma.() **Consulta Oftalmológica:** Programe una cita para ver a un proveedor de cuidado de la vista en un futuro cercano. Los resultados de su examen indican que puede tener un trastorno ocular.

Referir a Florida Lions Eye Clinic (239) 498 3937. Sí/No

() **Seguimiento de Rutina:** Los resultados de su examen están dentro de los límites normales.**NOTAS:** _____

Firma: _____

Lentes de Primera Vista Entregados: OD (Derecho) _____ (ingrese la potencia, ej. +1.25) OS (Izquierdo) _____

Lentes donados entregados _____