

Por favor déjeles saber a la recepcionista si su hijo(a) tiene Estrabismo (ojo desviado, ojos cruzados) Ambliopía (ojo perezoso) para poder juntar mas información.



WASHINGTON
VISION THERAPY
CENTER

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ FDN: _____ Hombre o Mujer

Edad: _____ Años: _____ Meses _____ grado: _____ Escuela: _____

Nombre de la Madre: _____ Ocupación: _____

Nombre del Padre: _____ Ocupación: _____

Oculista de la familia: _____ Ultima examen de los ojos: _____ (Indique una) Dilación/Optomapa _ si _ no

Fue referido por su Oculista? _ Si _ No Le recetaron? _ Lentes _ Lentes de Contacto

Si no fue su Oculista, a quien podemos agradecer por su refiero? _____

Domicilio o información de contacto si lo sabe _____

La razón para el examen hoy _____

Información Médica

Nombre del Pediatra: _____ Fecha del último examen: _____

El Pediatra tiene algunas areas de preocupación acerca de la salud del niño(a)?

Su niño(a) ha recibido algunas de las siguientes exámenes? Circula cualquiera que aplica y apunte el nombre del proveedor.

Neuropsicológico: _____ Especialista de Habla/Auditivo: _____

Terapeuta Ocupacional: _____ Otro Especialista: _____

Resultados/Recomendaciones: _____

Reviso de sistemas: Indique **Cada Caja** Si o No para los siguientes. Si escoja si, describa en el espacio proveído.

Si **No** Constitucional General
(fiebre inexplicable, aumento o perdida de peso, etc.) _____

Si **No** Ojos:
(Relacionado a enfermedad, como Glaucoma, Retina despegada) _____

Si **No** Oídos, Nariz, garganta, Boca:
(Perdida de audición, congestión nasal crónica, tos crónica) _____

Si **No** Respiratoria:
(Asma, bronquitis crónica, falta de aliento, etc.) _____

Si **No** Cardiovascular
(Diabetes, hipertensión, problemas del corazón, etc.) _____

Si **No** Gastrointestinal
(diarrea, estreñimiento, hernia, úlceras, etc.) _____

- Si** **No** Genitourinario
(Urinacion dolorosa, urinacion frecuente, ictericia, etc.) _____
- Si** **No** Hematológico/Linfático
(Anemia, problemas de desangramiento, etc.) _____
- Si** **No** Musculoesqueletal
(dolor de músculo, trauma, osteoartritis, osteoporosis, etc.) _____
- Si** **No** Piel
(Eczema, psoriasis, sarpullido, etc.) _____
- Si** **No** Neurológico
(epilepsia, parálisis cerebral, tumor, etc.) _____
- Si** **No** Psiquiátrico
(trastorno de hiperactividad con déficit atencional
Depresión, ansiedad, etc.) _____
- Si** **No** Endocrino
(Diabetes, problema del tiroides, etc.) _____
- Si** **No** Alérgico/Inmunológico (**Por favor indique toda alergia de comida y medioambiental**) _____

Por favor apunte cualquier medicamento que su hijo(a) toma:

1. _____ para _____ 2. _____ para _____
 3. _____ para _____ 4. _____ para _____

Historia Familiar

Marque **cada caja** Si o No para indicar si algun miembro de su familia ha tenido alguna de estas enfermedades. Historia Familiar incluye su padres, abuelos, hermanos, y sus hijos.

- | | Relación al niño(a) | | Relación al niño(a) |
|--|---------------------|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ceguera | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Presión alta | _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Catarata | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad cardiaca | _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Degeneración Macular | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad de tiroides | _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Glaucoma | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Diabetes | _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Desprendimiento De Retina | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cáncer | _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No El lupus | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Otro | _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Estrabismo (ojo desviado o cruzados) | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ambliopía (ojo perezoso) | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dislexia (o otras problemas de leer) | _____ | | |

Historia del Desarrollo

Marque **Cada caja** Si o No acerca de la historia del desarrollo de su niño(a). Por favor explique abajo

- Si** **No** Atrasos en **habilidad** de desarrollo motor (dificultades en aprender a manejar bicicleta, pescar pelota, jugar deportes etc.)? _____
- Si** **No** Atrasos en desarrollo motor fina (dificultades aprendiendo usar tijeras, amarrar cintas, dibujar/escribir, etc.)? _____
- Si** **No** Atrasos en aprender a gatear o caminar? (indique si su niño(a) paso gatear) _____
- Si** **No** Otras atrasos del desarrollo _____

Otras Sintomas

Su niño(a) repetido un grado o inicio atrasado? **Si** **No** Explique _____

Su niño(a) ha recibido enseñanza especial o asistencia correctiva? **Si** **No** Explique: _____

Tiene usted una preocupación acerca de la conducta de su niño(a)? **Si** **No** Explique: _____

Su niño(a) esta desempeñando a su potencial? _____

Ay alguna otra información que usted siente que seria útil/importante en nuestro tratamiento de su niño(a)?

LIBERACION DE INFORMACION Y ARCHIVACION DE SEGURO

ES AMENUDO BENEFICIOSO PARA NOSOTROS DISCUTIR RESULTADOS DE EXAMINACIONES CON LA ESCUELA DE SU NIÑO(A) Y/O OTROS PROFESIONALES ENVOLUCRADOS ES SU CUIDADO. POR FAVOR FIRME ABAJO PARA AUTORIZAR ESTE INTERCAMBIO DE INFORMACION.

Estoy de acuerdo permitir información de, o copias de, expedientes de exámenes de mi niño(a), incluyendo diagnosis, que sean reenviados a la escuela de mi niño(a), a otros proveedores de cuidado de salud o compañías de seguros al recibir su solicitud escrito o a la recomendación del WASHINGTON VISION THERAPY CENTER cuando sea necesario para el tratamiento de la condición visual de mi niño(a), o para procesar reclamos al seguro. Autorizo que el personal de WASHINGTON VISION THERAPY CENTER intercambiar información con la escuela de mi niño(a) y otros profesionales involucrados en el cuidado de mi niño(a), por medio de mi firma abajo. Esta autorización será considerada valida sobre la duración del tratamiento. Por este medio doy permiso al WASHINGTON VISION THERAPY CENTER para tratar a

(Nombre del Niño(a))

Firma del padre o Guardián

Fecha

RELACIÓN AL PACIENTE

ASEGURANZA – SOLAMENTE UNA ESTIMACIÓN

Washington Vision Therapy Center esta dispuesto a proveerle con una ESTIMACIÓN de lo que su aseguranza cubrirá o no cubrirá. Sin embargo, no podemos y no garantizamos que la ESTIMACIÓN que proveemos esta correcta.

Cuando nosotros como el proveedor o usted llama para pedir una ESTIMACIÓN se le da con la declaración “esto no es garantía de pago”. Por favor entienda que mientras le demos asistencia en entendiendo sus beneficios, no tenemos influencia sobre su cobertura.

Usted últimamente es responsable por todo costo y cargos en su cuenta.

Entiendo que pago por completo es vencido en el tiempo de servicio al menos que otros arreglos se han hecho.

Autorizo y solicito que mi compañía de aseguranza pague directamente al doctor beneficios de aseguranza de otra manera pagada a mí. Entiendo que mi portador de aseguranza puede pagar menos que el cobro actual por servicios. Estoy de acuerdo ser responsable por pagos de todos servicios dados de mi parte o de mis dependientes.

Gracias,
He leído y acepto esta póliza,

Nombre del paciente: _____

Persona responsable: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Reconocimiento de Práctica de Privacidad HIPPA:

He recibido o me han ofrecido y he rechazado aviso de prácticas de privacidad.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Declaración de Practicas de Privacidad
Washington Vision Therapy Center
303 South 72nd Avenue
Yakima, WA 98908
Telefono 509.654.9256

Nuestra oficina esta dedicada a proteger los derechos de privacidad de nuestros pacientes y la información confidencial encomendado a nosotros. El compromiso de cada empleado para asegurar que su información de salud nunca sea comprometida es un concepto de principio de nuestra práctica. Podemos, de tiempo a tiempo enmendar sus pólizas de privacidad y practicas pero siempre lo informaremos de cualquier cambio que pueden afectar sus derechos.

Protegiendo su Información de Cuidado de Salud Personal

Usamos y revelamos la información que colectamos de usted solamente como permitido por el Acta de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud y el Estado de Washington (Health Insurance Portability and Accountability Act and the State of Washington). Esto incluye asuntos relacionadas a su tratamiento, pagos, y nuestras operaciones de visión y cuidado. Su información de salud personal nunca será de cualquier manera dado a ninguna persona, aun miembros de familia, sin su consentimiento escrito. Usted, por supuesto, puede dar autorización escrito para que nosotros revelamos información a quien usted escoja, por cualquier propósito.

Nuestra oficina y sistemas electrónicas son seguras de cualquier acceso no autorizado y nuestros empleados están entrenados asegurar que la confidencialidad de sus archivos siempre sean protegidos. Nuestra póliza de privacidad y prácticas aplica a todos pacientes anteriores, corrientes y futuros así usted puede tener confianza que su información de salud protegida nunca será inapropiadamente revelada o divulgada.

Colectando Información de Salud Protegida

Solamente solicitaremos información personal que se necesita para proveer nuestro estándar de calidad de cuidado medico y visión, implementar actividades de pagos, conducir operaciones normales de practicas optométricas, y cumplir con la ley. Esto puede incluir su nombre, domicilio, números de teléfono, numero de seguro social, información de empleo, historia de salud y expedientes de salud. Mientras la mayoría de información será colectada de usted, podemos obtener información de terceros partidos si sea necesario. No obstante el suplidor, su información personal siempre será protegida al extenso completo de la ley.

Revelación de Información de Salud Protegida

Como declarado arriba, podemos revelar información como requerido por la ley. Estamos obligados proveer información a oficiales de gobierno y de la ley bajo ciertas circunstancias. No usaremos su información para razones de mercadeo a terceros partidos sin su consentimiento escrito. Podemos usar y/o revelar su información de salud para comunicar recordatorios de sus citas, incluyendo mensajes de correo de voz, contestadora telefónica, tarjetas postales, y correo electrónico.

Derechos del Paciente

Usted tiene el derecho de solicitar copias de su información de salud y solicitar una lista de ocasiones donde nosotros, o nuestros socios de negocio, han revelado su información protegida para usos aparte de los que fueron declarados arriba. Todo semejante solicitud tienen que ser por escrito. Podemos cobrar por sus copias en una cantidad permitido por la ley. Si usted cree que sus derechos han sido violados, le pedimos que nos notifique inmediatamente.

Le damos las gracias por ser paciente en nuestra oficina. Por favor déjenos saber si usted tiene cualquier pregunta acerca de sus derechos de privacidad y la protección de su información de salud personal.

Nombre _____

Lista de chequeo del Niño(a)

Es asombroso como mala vista puede impactar a un niño. Esta lista de chequeo nos ayuda saber que areas pueden ser afectadas por la vista de su niño(a). También usamos esto para monitorear su progreso si acaso necesite tratamiento. Por favor marque cada caja que aplique.

Evaluación Inicial

Por favor llene la parte sección abajo en la fecha de su evaluación inicial. Puede ver preguntas repetidas por otras partes de la forma de historia.

Fecha de Evaluación Inicial:

LECTURA Y ESCUELA

- Velocidad de leer desminuido
- Comprensión de leer desminuido
- Alcance corto de atención con leer
- Evita leer
-
- Malos grados en la escuela
- Mala escritura a mano
- Tarea es una batalla cada noche
- Toma mas tiempo hacer tarea que lo que debería
- Reversa letras
- Confunde palabras
- Dificultad copiando del pizarrón
- Pierde su lugar a menudo cuando lee
- Odia la escuela

PERSONAL, CONDUCTA, SOCIAL

- Mala autoestima/autoconfianza
- Hiperactivo
- Problemas de comportamiento

FISICO, VISUAL

- Un ojo voltea hacia adentro o hacia fuera
- Ojos cansados/incómodos al leer
- Dolores de cabeza con leer/uso de computadora
- Vista doble/letras traslapan con leer
- Palabras se mueven, brincan, o flotan al leer
- Siente sueño al leer
- Palabras se ven borrosas y claros al leer
- Frustración con trabajo requiriendo leer
- Incomodes con leer/cerca de trabajo
- Mala conocimiento visual
- Mala percepción de profundidad
- A menudo se siente tenso(a)
- Mala memoria visual
- Dificultad visualizando mientras lee (puede imaginar en su mente lo que esta leyendo)

Evaluación de Progreso

Esta sección abajo se llenara en evaluación de progreso subsiguiente. Marque solamente las cajas donde cambio o mejoramiento ha ocurrido.

Evaluación de Progreso 1 2 3 4

LECTURA Y ESCUELA

- | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Velocidad de leer ha aumentado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Comprensión ha aumentado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leer mas largo plazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Más interesado en leer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leer más espontáneamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mejores grados en la escuela | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Escritura a mano ha mejorado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La tarea es más fácil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Acaba tarea en menos tiempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Menos letras reversadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Confunde palabras menos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Copia del pizarrón mejor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ya no pierde su lugar cuando lee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le gusta mas la escuela | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PERSONAL, CONDUCTA, SOCIAL

- | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Siente mas autoconfianza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reducción en hiperactividad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Comportamiento ha mejorado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FISICO, VISUAL

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| El ojo voltea para dentro o fuera menos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ojos ya no cansados y incómodos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No mas dolores de cabeza al leer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No más vista doble al leer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Palabras ya no se mueven, brincan, flotan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ya no le da sueño al leer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No más vista borrosa al leer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sentir menos frustración | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sentir mejor cómodo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Más gran conocimiento de periferia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Más gran conocimiento de profundidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se siente más relajado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mejoría de memoria visual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mejor en visualización | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mejor habilidad de perceptual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DEPORTES, COORDINACIÓN

- Propenso a accidente
- Mala coordinación
- Mal equilibrio
- Odia deportes
- Mal desempeño en deportes
- Mal ritmo y tempo

Comentarios Adicionales:

DEPORTES, COORDINACIÓN

- Menos propenso a accidente
- Mas coordinado
- Equilibrio ha mejorado
- Disfruta deportes mas
- Hace mejor en actividades de deportes
- Ritmo y tempo han mejorado

Comentarios de Progreso Adicionales 1:

Comentarios de Progreso Adicionales 2:

Comentarios de Progreso Adicionales 3:

Comentarios de Progreso Adicionales 4:

Comentarios de Progreso Adicionales 5:

Insuficiencia de Convergencia Encuesta Síntoma

Nombre _____

Fecha __/__/__

Por favor, conteste las siguientes preguntas sobre cómo sus ojos se sienten al leer o hacer trabajo de cerca.

Síntomas (Por Favor llena con su niño)	Nunca	Con poca frecuencia	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre
¿Sus ojos se sienten cansados al leer o hacer trabajo de cerca?					
¿Sus ojos se sienten incómodos al leer o hacer trabajo de cerca?					
¿Tiene dolores de cabeza al leer o hacer trabajo de cerca?					
¿Se siente somnoliento al leer o hacer trabajo de cerca?					
¿Se pierde la concentración cuando lee o hace trabajo de cerca?					
¿Tiene problemas para recordar lo que ha leído?					
¿Tiene visión doble al leer o hacer trabajo de cerca?					
¿Ves el movimiento palabras, saltar, nadar o parecen flotar en la página?					
¿Siente que lee despacio?					
¿Sus ojos siempre duele cuando lee o hacer trabajo de cerca?					
¿Sus ojos sienten dolor al leer o hacer trabajo de cerca?					
¿Se siente una sensación de tirar alrededor de los ojos al leer o hacer trabajo de cerca?					
¿Nota las palabras borrosas o que entran y salen de foco al leer o hacer trabajo de cerca?					
¿Pierde el lugar al leer o hacer trabajo de cerca?					
¿Lee la misma línea de las palabras al leer?					