



Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____ Nombre Preferido _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad:(anos) _____ meses _____ Grado: _____ Nombre de escuela: _____

Nombre de madre/guardián: _____ Ocupación: _____

Nombre de padre/guardián: _____ Ocupacion: _____

Casado Divorciado/Separado El paciente vive con: _____

Domicilio: _____ Número de teléfono en casa: _____ Preferido

Ciudad: _____ Número de celular: _____ Preferido

Correo electrónico: _____ Numero alternativo: _____ Preferido

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Seguranza primaria: _____ Seguranza secundaria: _____

Oculista familiar: _____ Fecha del último examen ocular : _____

Referido por: (Marque todos los que correspondan)

Oculista familiar Folleto/correo Physical/Occupational Therapist _____

Primary Care Provider Website Other Physician _____

Workshop/Lecture Newspaper Teacher/School _____

Radio Patient from our clinic _____ Staff Member from our clinic _____

Otro _____

Información Médica

Nombre del pediatra: _____ Fecha del último examen ocular: _____

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

¿Ha recibido su hijo(a) alguno de los siguientes exámenes? Círculo cualquiera que aplique y escriba el nombre del proveedor.

Neuropsicológico: _____ Especialista de Habla/Auditivo: _____

Terapeuta Ocupacional: _____ Otro Especialista: _____

Resultados/Recomendaciones: _____

La historia de la lesión en la cabeza, derrame cerebral, u otras lesiones neurológicas: _____

Nacido prematuro o complicación al parto: _____

Historia del Desarrollo

Marque **Cada caja** Si o No acerca de la historia del desarrollo de su hijo/hija. Por favor explique abajo

Si **No** Atrasos en **habilidad** de desarrollo matorrales (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 _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Síntomas (Por Favor llene 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 duelen 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?					
Total (Por favor sume cada una de las columnas)					
Multiplique el total con lo siguiente	x0	x1	x2	x3	x4
El subtotal					

Total del gran

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

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

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

¿Su hijo(a) está desempeñando a su potencial? _____

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

Estrabismo/Ambliopía (ojo errante/ojos cruzados o ojos perezosos) -- círculo todos los que se aplican

¿Dirección del ojo errante? para adentro para afuera para arriba para abajo

¿Qué ojo? La derecha La izquierda Los dos

¿A qué edad se notó por primera vez el ojo errante? _____

¿El paciente tiene visión reducida en un ojo incluso después de la prescripción de los vidrios?

El ojo derecho El ojo izquierdo Ninguno

¿El paciente ha estado usando un parche? Si / No ¿Por cuánto tiempo? _____ ¿Qué tipo de parche? Negro parche/
 Gotas para los ojos / Algo mas _____
 ¿A qué edad fue su hijo diagnosticado con ambliopía (disminución de la visión en un ojo con gafas)? _____
 ¿a qué edad comenzó su hijo a usar anteojos? _____

Revisión de sistemas

Por favor marque cada caja. Indique sí o no para los diagnósticos o síntomas actuales para los siguientes. En caso afirmativo, sírvase describirlo en el espacio proporcionado.

- | | | |
|---|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Constitucional general (fiebre inexplicada, pérdida de peso o ganancia, etc.) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Ojos: (enfermedad relacionada como glaucoma, retina separada) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Orejas, nariz, garganta, boca: (pérdida auditiva, congestión nasal crónica, tos crónica) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Respiratorio: (asma, bronquitis crónica, falta de aliento, etc.) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedades cardiovasculares (Diabetes, hipertensión, problemas de corazón, etc.). | _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Gastrointestinales (Diarrea, estreñimiento, hernia, úlceras, etc.) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Genitourinarios (Dolor al orinar, micción frecuente, ictericia, etc.). | _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Hematológicas/linfáticas (anemia, problemas hemorrágicos, etc.) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Musculo esquelética (dolor muscular, trauma, osteoartritis, osteoporosis, etc.) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Piel (eczema, psoriasis, erupciones etc.) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Neurológico (Epilepsia, Parálisis cerebral, tumor, etc.) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Psiquiátrica (TDAH, depresión, ansiedad, etc.) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Endocrino (Diabetes, problema de la Tiroides, etc.) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Alérgico/inmunológico (Por favor, enumere todas las alergias a alimentos, ambientales y medicamentos) | _____ |

Historial médico personal

Por favor, nombre todos los medicamentos actuales:

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

¿Tiene el paciente alguna de las siguientes enfermedades o afecciones (favor de circular y describir en el espacio siguiente):

Ninguno

El autismo TDAH Dislexia u otros problemas de lectura Retrasos del desarrollo

El lupus La presión alta La cardiopatía Enfermedad de la tiroides La diabetes

Descripción de enfermedades circundadas u otras no enumeradas: _____

¿Tiene el paciente alguna de las siguientes afecciones oculares (favor de circular y describir en el espacio siguiente):

Ninguno La ceguera La catarata Degeneración macular El glaucoma

Desprendimiento de retina Estrabismo La ambliopía

Descripción de enfermedades circundadas u otras no enumeradas: _____

Historial médico familiar

Marque cada casilla Si o No para indicar si algún miembro de la familia ha tenido alguna de las siguientes enfermedades.

Relacion al paciente		Relacion al paciente	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	La ceguera _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	La presión alta _____
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	La catarata _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	La cardiopatía _____
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Degeneración macular _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad tiroidea _____
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	El 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 _____	Que tipo de cáncer: _____	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Estrabismo _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otros: _____
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	La ambliopía _____		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	La dislexia _____		

Historia social

Por favor, responda las siguientes preguntas (para niños pequeños puede seleccionar N/A):

¿Está usted actualmente o ha usado en el pasado productos de tabaco? Si No

En caso afirmativo, sírvase describir los tipos de productos de tabaco. ¿Cuánto usas? ¿Si ya no usa productos de tabaco, entonces qué año dejó? _____

Por favor, describa el consumo de alcohol (¿cuántos días por semana bebe y cuántas bebidas consume en promedio por semana?) _____

Por favor, describa su uso de drogas recreativas/callejeras si las usa? (¿cuánto tiempo ha experimentado con ellos y cuál es la frecuencia que los utiliza?)

La hembra: ¿Está embarazada? Si No ¿Cuántos meses tienes? _____

Paciente vive con: **Ambos padres** **Padre/Madre Soltero** **Guardián**

Quién más vive en casa: Hermanos **Otros:** _____

Número de niños en casa: _____ ¿Está el paciente expuesto al humo de segunda mano? Si No

Signos visuales, lista de síntomas

Lectura y trabajo

- Disminución de la velocidad de lectura
- Disminución de la comprensión lectora
- Tiene poca capacidad de atención con la lectura
- Evita la lectura
- Bajo rendimiento en el trabajo
- La lectura y el trabajo en equipo es extenuante
- Tarda más de lo habitual en leer o trabajar
- Dificultad para enfocar entre cerca y lejos
- Dificultad para leer palabras o señales a una distancia
- Pierde lugar al leer
- Luchó cuando estabas en la escuela
- Usted cubre un ojo al leer

Problemas visuales de discriminación

- Dificultad para ver la diferencia entre dos letras, formas u objetos similares
- Confunde o invierte ciertas letras, números o palabras (b, d, p, q,)
- Omite frecuentemente los pasos o signos de función al hacer matemáticas

Problemas visuales con formas y detalles

- Dificultad para encontrar una pieza específica de información en una página o en una situación
- Dificultad con ser "perdido en los detalles"
- Dificultad para mantenerse enfocado en un aula o entorno visualmente ocupado
- Se frustra fácilmente o se cansa con demasiada impresión en una página
- No se queda quieto o atento durante una presentación en vídeo

Problemas con la constancia de la forma

- Dificultad para reconocer letras, palabras o números, especialmente si cambia el tamaño, la fuente o el color
- Dificultad para reconocer los mismos objetos en diferentes situaciones
- Confunde izquierdas y derechos
- Dificultad para construir o armar algo de un conjunto de instrucciones

Problemas visuales de cierre

- Dificultad para identificar un objeto cuando solo algunas partes son visibles (ejemplo: camión pero faltan ruedas, o una persona si faltan rasgos faciales)
- Dificultad para leer porque no puede reconocer una palabra si falta una letra
- Es lento en leer o tiene poca comprensión de lectura

Problemas visuales espaciales

- Dificultad para decir donde están los objetos en el espacio
- Dificultad con la percepción de profundidad o juzgar que tan lejos están las cosas
- Pobre equilibrio o coordinación
- Tropiezos, caídas o golpes en las cosas con
- Hace las letras demasiado cercanas al escribir
- Dificultad para juzgar el tiempo o leer mapas
- Se pierde fácilmente

Problemas de procesamiento de motores visuales

- Dificultad con actividades motoras guiadas visualmente
- Pobre escritura
- Dificultad para escribir dentro de las líneas o márgenes
- El paciente frecuentemente deja caer los utensilios o golpea las bebidas

Pérdida de memoria visual a largo o corto plazo

- Dificultad para recordar lo que se ha visto
- Dificultad para reconocer palabras conocidas o leer palabras recientemente en una página diferente
- Dificultad para deletrear palabras familiares
- Dificultad para recordar lo que han leído
- Dificultad para utilizar un teclado o una calculadora

Problemas de secuenciación visual

- Dificultad para decir el orden de los símbolos, palabras o imágenes
- Dificultad para escribir respuestas en una hoja separada
- Salte las palabras o las líneas al leer
- Dificultad para recordar secuencias, instrucciones paso a paso, o entender el concepto de "primero, siguiente, último"

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.

Yo, _____ padre de _____ estoy de acuerdo permitir información de, o copias de, expedientes de exámenes de mi hijo(a), incluyendo diagnóstico, que sean reenviados a la escuela de mi hijo (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 hijo(a), o para procesar reclamos al seguro. Autorizo que el personal de WASHINGTON VISION THERAPY CENTER intercambiar información con la escuela de mi hijo(a) y otros profesionales involucrados en el cuidado de mi hijo(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

Doctor Principal/Clínica

Otro Doctor/Clínica

Oculista Principal/Clínica

Distrito Escolar

Otro Miembro Familiar (Relación)

Otro Miembro Familiar (Relación)

Firma del Padre o Guardián

Fecha

RELACIÓN AL PACIENTE

ASEGURANZA – SOLAMENTE UNA ESTIMACIÓN

Washington Vision Therapy Center está dispuesto a proveerle con una ESTIMACIÓN de lo que su seguridad 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 seguridad pague directamente al doctor beneficios de seguridad de otra manera pagada a mí. Entiendo que mi portador de seguridad 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 política,

Nombre del paciente: _____

Persona responsable: _____

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

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

Nuestra oficina está 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 médico y visión, implementar actividades de pagos, conducir operaciones normales de prácticas optométricas, y cumplir con la ley. Esto puede incluir su nombre, domicilio, números de teléfono, número 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 requerida 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. Toda 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.

Reconocimiento de Práctica de Privacidad HIPPA:

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

Nombre del Padre/Guardián: _____

Firma del Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____

Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

Encuesta a Escala de 10 Puntos Sobre Síntomas

En una escala de 0 a 10 (siendo 10 lo más grave), ¿qué tan graves son los siguientes síntomas al realizar tareas visuales?

	Puntuación:	Comentarios:
1 Dolores de cabeza (en general incluyendo frecuencia y severidad)	_____	_____
2 Tensión ocular, dolor o malestar	_____	_____
3 Los ojos se cansan y generalmente se cansan	_____	_____
4 Doble visión, la sombra de las letras, las palabras se mueven, saltan, nadan, parecen flotar en la página	_____	_____
5 Visión borrosa a pesar de que las gafas están puestas o se les ha dicho que las gafas no son necesarias	_____	_____
6 Pérdida de lugar, omitir palabras y/o líneas al leer, o releer la misma línea de palabras	_____	_____
7 Coordinación motora/ Dificultades con la percepción de profundidad (propensas a sufrir accidentes, mala coordinación mano-ojo, evitar o tener un rendimiento deficiente en los deportes, frecuentemente derribar cosas, tropezar, caerse o tropezar con cosas, ritmo deficiente)	_____	_____
8 Preocupaciones académicas (poco interés en la lectura y la escuela, comprensión deficiente de la lectura, bajas calificaciones, tarea toma más tiempo de lo que debería, mala escritura a mano)	_____	_____
9 Dificultades de percepción visual (inversión de letras, confusión con palabras, letras, números, símbolos, perderse en detalles, fatiga o confunde con demasiada información en la página, confunde con diferentes fuentes de letra, mala memoria visual)	_____	_____
10 ¿Equilibrio / mareos / vértigo / desorientación / náuseas?	_____	_____
11 ¿Pobre atención, enfoque, concentración, hiperactividad?	_____	_____
12 Niebla cerebral, sobreestimulación sensorial, sobrecarga motora (No se puede pensar claramente con demasiado estímulo, abrumado con demasiada luz, sonido, ambientes / patrones visuales ocupados, incapaz de quedarse quieto o movimientos reflexivos debido a la sobreestimulación)	_____	_____
13 Problemas de conducta, baja autoestima / confianza, fácilmente frustrado, ansiedad, depresión	_____	_____
14 ¿El ojo vaga o se cruza?	_____	_____
15 Otro- Por favor describa: (dificultad con la multitarea, dificultades de procesamiento auditivo, etc.)	_____	_____