WASHINGTON VISION THERAPY CENTER

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

_____ 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**<br>**(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 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)?

_____

_____

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

¿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.

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

☐ **Si** ☐ **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**

**Cáncer**

**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.

□ **Si** □ **No** La ceguera _____

□ **Si** □ **No** La catarata _____

□ **Si** □ **No** Degeneración macular _____

□ **Si** □ **No** El glaucoma _____

□ **Si** □ **No** Desprendimiento de retina _____

□ **Si** □ **No** El lupus _____

□ **Si** □ **No** Estrabismo _____

□ **Si** □ **No** La ambliopía _____

□ **Si** □ **No** La dislexia _____

□ **Si** □ **No** La presión alta _____

□ **Si** □ **No** La cardiopatía _____

□ **Si** □ **No** Enfermedad tiroidea _____

□ **Si** □ **No** Diabetes _____

□ **Si** □ **No** Cáncer _____

Que tipo de cáncer: _____

□ **Si** □ **No** **Otros:** _____

## 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 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

## 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

## 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 BENIFICIOSO 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 seguranza 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 seguranza pague directamente al doctor beneficios de seguranza de otra manera pagada a mí. Entiendo que mi portador de seguranza 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*
# 7203 W Deschutes Ave Ste B
# Kennewick, WA 99336
# Teléfono 509.416.0403

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.) | _____ | _____ |