Formulario para el examen de la vista

Fecha ____ / ____ / ____
Mes Día Año

Nombre _____
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Nombre legal (si es diferente) _____ **Edad** _____ **Fecha de nacimiento** _____
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido Mes Día Año

PREVIOUS RX Wears: ❑ Full Time ❑ Distance Only ❑ Near Only

	Sph	Cyl	Axis	Prism	Add
OD					
OS					

AUTO REFRACTION ❑ Unable to Test

	Sph	Cyl	Axis
OD			
OS			

TONOMETRY

OD	OS	Time	PD
		AM / PM	

VA W/RX **VA W/O RX**

	Dist	Near	Dist	Near
OD	/	/	/	/
OS	/	/	/	/
OU	/	/	/	/

Color Vision: ____ / ____ correct ❑ Unable to Test

Stereopsis: ____ / ____ correct ❑ Unable to Test

COVER TEST **Distance** _____ **Near** _____

PUPILS _____

Perrla ❑

HEALTH HISTORY (SEE PATIENT HISTORY QUESTIONNAIRE)

Medications: _____

Allergies: _____

SUBJ. REFRACTION Add

OD _____ 20/ ____ _____ 20/ ____

OS _____ 20/ ____ _____ 20/ ____

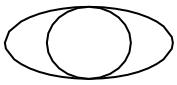
Phorias _____

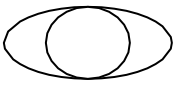
CNFRT VISUAL FIELDS

OD _____ Full ❑

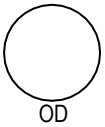
OS _____ Restricted ❑

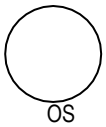
OCULAR HEALTH


OD


OS

OPHTHALMOSCOPE


OD


OS

	OD	OS
C/D		
A/V		
Lens	❑ Clear	❑ Clear
Reflex	❑ Present	❑ Present

DILATION _____ Time _____ AM / PM

DIAGNOSIS _____

TREATMENT PLAN _____

❑ Myopia ❑ Hyperopia ❑ Astigmia ❑ Presbyopia ❑ High Cholesterol ❑ Hypertension

❑ Diabetic ❑ Diabetic Retinopathy ❑ Glaucoma ❑ Macular Degeneration ❑ Corneal Arcus ❑ None

Doctor's Name: _____ Doctor's Signature: _____

Doctor's Notes: _____

_____

FINAL RX ❑ Full-Time Wear ❑ Distance ❑ Near

	Sph	Cyl	Axis	Prism	Add
OD					
OS					

REFERRAL TO:

❑ Optometrist ❑ Primary Care Physician

❑ Ophthalmologist ❑ Other _____

REFERRAL REASON ❑ Cataracts ❑ Glaucoma ❑ AMD ❑ Diabetic Risk ❑ Hypertension Risk ❑ Other (explain)

EXPLANATION _____

©2025 Vision Service Plan. Todos los derechos reservados. VSP y Eyes of Hope son marcas comerciales registradas y VSP Vision es una marca registrada de Vision Service Plan.

Clasificación: restringida

Formulario de orden de laboratorio

Nombre_____ **Fecha de nacimiento**_____
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido Mes Día Año

Teléfono preferido (_____)_____-_____ **Sexo*:** ☐ Femenino ☐ Masculino
Código de área Teléfono

¿Cómo prefiere que lo llamemos?_____

Dirección_____ **N.° de apartamento/suite**_____

Ciudad_____ **Estado**_____ **Código postal**_____

LOS MIEMBROS DEL PERSONAL DE VSP VISION DEBEN COMPLETAR LA SIGUIENTE SECCIÓN.

EVENT

_____ _____ | G | C | | | | | | | | |
Date of Service **Event Name** **Gift Certificate #**

_____
Doctor's Name

EXAM

Dilation: ☐ Yes ☐ No **EHM Diagnosis:** ☐ Diabetes ☐ Diabetic Retinopathy ☐ Hypertension ☐ High Cholesterol ☐ None

LENSES

Lab: ☐ VSPOne Columbus ☐ Odyssee IOF ☐ Eyenstein IOF ☐ SeeZar IOF ☐ Other _____

Lens Type:
☐ Single Vision ☐ Bifocal (Flat Top 28) ☐ Trifocal (7 x 28)

Materials:
☐ Polycarbonate
☐ Plastic

RX:	Sphere	Cylinder	Axis	Prism	Add
Right	_____	_____	_____	_____	_____
Left	_____	_____	_____	_____	_____

Seg Ht:^
^Bottom of Frame

PD: Distant Near
Binocular

FRAME

Supplier: Dr Supplied – To Come **Model:** _____

Manuf.: Marchon/Altair **Eye Size:** 52 **DBL:** 18 **Temple:** 145

Color: _____ **Material:** ☐ Metal ☐ Plastic/Zyl

NOTES

_____

_____

_____

*VSP Vision reconoce todas las identidades de género, pero el sistema que usamos para pedir sus anteojos necesita que completemos si es hombre o mujer. Esta información no se usará para ningún otro propósito.

©2025 Vision Service Plan. Todos los derechos reservados. VSP y Eyes of Hope son marcas comerciales registradas y VSP Vision es una marca registrada de Vision Service Plan.

Clasificación: restringida

Cuestionario sobre la historia del paciente

El médico usará la información de este formulario durante su examen de la vista. VSP Vision™ Eyes of Hope® da atención por igual a todas las personas, independientemente de su edad, raza, origen étnico, capacidad o atributos físicos, orientación sexual, identidad de género, expresión de género y cualquier otra característica protegida.

Nombre_____ **Fecha de hoy**_____
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido

¿Cómo prefiere que lo llamemos?_____ **Teléfono** (_____)_____-_____
Código de área Teléfono

Raza/origen étnico (marque todo lo que corresponda) ☐ Afroamericano/negro ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Hispano/latino ☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro _____

Idioma que prefiere hablar_____

Nombre del contacto de emergencia_____ **Teléfono**_____
Código de área + teléfono

Información médica personal de los ojos

¿Tiene algún problema o condición que le afecte la vista? ☐ Sí ☐ No ¿De qué tipo? _____

¿Alguna vez tuvo alguna operación ocular? ☐ Sí ☐ No Tipo_____Fecha_____

¿Alguna vez tuvo una lesión ocular? ☐ Sí ☐ No ¿De qué tipo?_____ ¿En qué ojo? I / D Fecha _____

¿Tiene alguno de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda).

☐ Visión borrosa ☐ Cataratas ☐ Ojos secos ☐ Glaucoma

☐ Degeneración macular ☐ Retinopatía ☐ Desprendimiento de retina

¿Usa anteojos? ☐ Sí ☐ No ¿Usa lentes de contacto? ☐ Sí ☐ No Tipo _____

Información médica personal

¿Alguna vez le dijo un profesional médico que tiene alguno de los siguientes problemas? (Marque todo lo que corresponda).

☐ Diabetes/azúcar - Fecha de inicio: _____ ☐ Síndrome metabólico

☐ Presión alta ☐ Colesterol alto ☐ VIH/sida

¿Tiene alguna otra condición médica?

☐ Sí - Explique _____

☐ No

Mencione cualquier alergia a algún medicamento o gotas _____

¿Está tomando algún medicamento?

☐ Sí - Mencione cuáles _____

☐ No

©2025 Vision Service Plan. Todos los derechos reservados.
VSP y Eyes of Hope son marcas comerciales registradas y VSP Vision es una marca registrada de Vision Service Plan.

Revelación en los medios y consentimiento para la atención

Yo, el que suscribe, autorizo a Vision Service Plan, que opera con nombre comercial de VSP Vision™ ("VSP"), y a todas sus líneas de comercio, subsidiarias y afiliadas, y a sus directores, representantes, empleados, agentes, representantes o contratistas a revelar y hablar sobre información relacionada con mi tratamiento, condición médica o temas relacionados, y también sobre la información de la persona de quien soy tutor.

Autorizo y doy permiso a VSP a usar, volver a usar, distribuir, publicar y volver a publicar, en su totalidad o en parte, mis o sus testimonios, declaraciones o imágenes e información relacionados con el diagnóstico, el tratamiento y los servicios de atención médica prestados o que se prestarán, y que identifican mi primer nombre o el de ellos y otra información personal no identificada en cualquier medio electrónico, transmitido, impreso o de otro tipo, incluyendo todos los sitios web, blogs y plataformas de redes sociales mantenidas, operadas o afiliadas a VSP junto con sus actividades de publicidad relacionada con comercio o relaciones con los medios.

- Entiendo que VSP puede recibir una remuneración económica directa o indirecta en relación con el uso o la revelación de mi información/imágenes no identificadas de un tercero debido al marketing.
- Entiendo que yo no recibiré una remuneración económica por el uso y la revelación de mi información/imagen.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización hasta un tiempo razonable antes de que mi información/imagen personal no identificada se use, dando un aviso por escrito a VSP.
- Entiendo que, si revoco esta autorización, es posible que mi información ya no sea usada o revelada por los motivos cubiertos por esta autorización. Sin embargo, entiendo que cualquier revelación o publicación hecha antes de mi revocación puede seguir siendo de dominio público.
- Libero y acepto indemnizar y eximir a VSP de toda responsabilidad, incluyendo, entre otras, las demandas por difamación y derecho a la privacidad, en relación con este asunto.

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA LA ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO

Firmando abajo, certifico que soy mayor de edad y por la presente doy mi consentimiento para recibir un examen de la vista completo o intermedio, que puede incluir dilatación de los ojos y, si me lo recetan, servicios de lentes y monturas mediante el Programa Mobile Clinics de VSP Vision Eyes of Hope®. También por la presente autorizo y doy mi consentimiento voluntariamente para que VSP recopile, use y revele mi información médica de paciente para fines operativos de tratamiento y atención médica. Además, asumo responsabilidades, obligaciones y riesgos asociados a los servicios que recibo de VSP, incluyendo las enfermedades transmisibles y enfermedades relacionadas, como, entre otras, el COVID-19.

RECONOCIMIENTO DE REVELACIÓN EN LOS MEDIOS, CONSENTIMIENTO GENERAL PARA LA ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO, AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN Y SERVICIOS DE INTÉRPRETE Y OTROS FORMULARIOS

Firmando abajo, reconozco que me entregaron e informaron sobre los formularios de *Autorización de revelación en los medios, Consentimiento general para la atención y el tratamiento, Aviso de prácticas de privacidad (NOPP), Acuse de recibo de NOPP, Aviso de no discriminación y Servicios de intérprete, Ayuda de idiomas* y *Preguntas frecuentes* que están disponibles para que los revise y obtenga una copia visitando **vspeyesofhope.com**, llamando al **800.877.7195** o enviando un email a **mobileclinic@vsp.com**.

Firma del paciente O del padre/madre/tutor_____ **Fecha**_____

Nombre del paciente en letra de molde_____

Teléfono del paciente_____ **Dirección de correo electrónico del paciente**_____

Nombre del padre/madre/tutor en letra de molde_____ **Relación con el paciente**_____

☐ **El paciente NO autoriza la revelación en los medios**

©2025 Vision Service Plan. Todos los derechos reservados.
VSP y Eyes of Hope son marcas comerciales registradas y VSP Vision es una marca registrada de Vision Service Plan.

Declaración de confirmación de receta

A partir del 27 de junio de 2024, la FTC dio a conocer una resolución que obliga a los proveedores que recetan que le pidan al paciente que firme una declaración de confirmación de que recibió su receta Deben entregarle una copia de la receta después de completar cualquier examen refractivo de la vista, ya sea que el paciente la pida o no, y antes de tratar de vender o dar al paciente anteojos o lentes de contacto.

La entrega digital de dicha receta también necesita confirmación de recibo y también deberá hacerse inmediatamente después del examen de la vista y antes de tratar de vender o dar al paciente anteojos o lentes de contacto.

Se guardará una copia del acuse de recibo de la receta durante tres años. La firma de abajo confirma que le entregamos una copia de su receta en formato digital o en papel después de completar su examen de la vista.

Yo, el que suscribe, reconozco que me entregarán una copia de mi receta después de completar mi examen de la vista, ya sea digitalmente o por copia impresa.

Firma del paciente O del padre/madre/tutor_____

Nombre del paciente en letra de molde_____

Teléfono del paciente_____ **Dirección de correo electrónico del paciente**_____

Nombre del padre/madre/tutor en letra de molde_____ **Relación con el paciente**_____

Fecha de firma_____

©2025 Vision Service Plan. Todos los derechos reservados.
VSP y Eyes of Hope son marcas comerciales registradas y VSP Vision es una marca registrada de Vision Service Plan.