

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

É NECESSÁRIO PREENCHER TODAS AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS A SEGUIR

Sobrenome da criança _____ Nome _____

Endereço: Número _____ Nome da rua _____ Apt# _____

Cidade _____ Estado _____ CEP _____

(____) _____ (____) _____
Telefone residencial _____ Telefone do trabalho _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____
Mês Dia Ano

- Sexo Masculino
 Sexo Feminino

Pai/Guardião: Nome e sobrenome _____

Mãe/Guardiã: Nome e sobrenome _____

NO ÚLTIMO ANO, A CRIANÇA RECEBEU:

- EXAME DE VISTA COM OCULISTA?

SIM / NÃO

- FEZ ÓCULOS COM OCULISTA?

SIM / NÃO

SE SIM, QUANDO?

_____ (data do último exame)

Nome do Oculista _____

Endereço do Oculista _____

O EXAME DE VISTA:

Como parte do exame de vista completo, um colírio será usado para relaxar os olhos, fazendo com que as pupilas aumentem de tamanho, o que prejudica temporariamente a habilidade de foco em objetos que estejam perto. Pode ser que haja um pouco de ardor por alguns segundos quando aplicado. As pupilas permanecerão grandes por aproximadamente seis horas. Essas gotas são rotineiramente usadas até em bebês e crianças de modo geral para procedimentos e exames médicos da visão. → →

INFORMAÇÕES DE SEGURO

Número no Cartão do MassHealth

____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____
Número da pólise

Outro Seguro de Saúde

Nome do plano de Saúde: _____

Nº da pólise _____

Nome do responsável _____

Data de nascimento do responsável ____/____/____
Mês Dia Ano

- Minha criança não tem seguro de saúde agora.**
Gostaria de saber que outras opções haveriam para que meu filho/a receba um exame através deste programa.

Eu, solenemente autorizo os médicos do New England Eye Institute a examinarem minha criança. Eu entendo que minha autorização permite o exame completo de visão, incluindo dilatação das pupilas com a aplicação de colírio. Eu autorizo New England Eye a compartilhar os resultados do exame com os professores, enfermeiras e outros funcionários da escola que seja apropriado.

Eu também autorizo New England Eye Institute a liberar qualquer informação que seja necessária para propósitos de cobrança do plano de saúde e passar informações médicas do tratamento, e dos valores a serem pagos. Afirmando ter concedido informações sobre todos os benefícios e coberturas a que tenho acesso. Reconheço que sou responsável por qualquer saldo ou dedutível conforme as regras de meu seguro. Atesto que as informações acima são completas e verdadeiras.

Li e compreendo o que é o programa e consinto na participação da minha criança. Recebi uma cópia da "Informação sobre a Prática de Privacidade".

X

ASSINATURA DO PAI/MÃE/GUARDIÃO LEGAL

_____/_____
NOME EM LETRA DE FORMA DATA

_____/_____
GRAU DE PARENTESCO NÚMERO DE TELEFONE CELULAR

NEW ENGLAND EYE ON-SIGHT

A Clínica Móvel da Visão



está chegando à sua escola!
Seu filho/a poderá receber:

- um completo exame de visão por um oculista pediátrico
- prescrição para óculos, se necessário
- óculos, já ordenados no dia do exame
- resultado em carta enviada à casa ou por telefone, juntamente com as recomendações para seguir o acompanhamento.

RECOMENDA-SE QUE A CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR RECEBA UM EXAME DE VISTA COMPLETO A CADA 1 OU 2 ANOS.

- SIM**, EU GOSTARIA QUE MEU FILHO/A RECEBESSE UM EXAME COMPLETO DE VISÃO
- NÃO**, EU NÃO DOU PERMISSÃO PARA QUE MINHA CRIANÇA PARTICIPE DESTA PROGRAMA

NOME DA CRIANÇA: _____

ESCOLA: _____

CONTATO: www.newenglandeye.org
(617)-587-5700

VIRE →

NOME DA CRIANÇA: _____

Visão da sua criança

Nome do Pediatra da

Endereço do Pediatra/Médico da criança:

Criança: _____

Telefone do Pediatra: _____

Sintomas recentes da visão:

Sim Não	Quanto tempo?	Sim Não	Quanto tempo?
<input type="checkbox"/> Visão embassada	_____	<input type="checkbox"/> Olhos cruzados	_____
<input type="checkbox"/> Olhos cansam devido à leitura	_____	<input type="checkbox"/> Lagrimeja com frequência	_____
<input type="checkbox"/> Olhos ardem	_____	<input type="checkbox"/> Sensível à luz	_____
<input type="checkbox"/> Frequentes dores de cabeça	_____	<input type="checkbox"/> Bate em objetos ou cai muito	_____
<input type="checkbox"/> Visão dupla	_____	<input type="checkbox"/> Baixou as notas na escola	_____
<input type="checkbox"/> Estrege os olhos	_____	<input type="checkbox"/> Dificuldade de aprendizado	_____

Problemas com a visão – o paciente já usou ou apresentou:

Sim Não	Idade	Sim Não	Idade	Descreva:
<input type="checkbox"/> Exame de vista por médico	_____	<input type="checkbox"/> Acidente com os olhos	_____	_____
<input type="checkbox"/> Olhos	_____	<input type="checkbox"/> Cirurgia nos olhos	_____	_____
<input type="checkbox"/> Tampão	_____	<input type="checkbox"/> Outro problema nos olhos	_____	_____

Parto:

Peso: ___lb. ___oz.

Sim Não **Se sim, qual foi o problema?**

<input type="checkbox"/> Problemas durante gravidez	_____	Sim Não	Se sim, qual foi o problema?
<input type="checkbox"/> Problemas durante parto	_____	<input type="checkbox"/> Parto adiantou, ou atrasou	_____
<input type="checkbox"/> Foi cesariana	_____	<input type="checkbox"/> mais de 2 semanas	_____
		<input type="checkbox"/> Bebê ficou hospitalizado	_____
		<input type="checkbox"/> por enfermidade	_____
		<input type="checkbox"/> desenvolvimento	_____

Outros Problemas de Saúde:

Sim Não	Sim Não
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Desordem de Deficiência de Atenção (dificuldade de concentração)
<input type="checkbox"/> Frequentes infecções de ouvido	<input type="checkbox"/> Ele/ela tem Plano de Educação Individual(EP)?
<input type="checkbox"/> Outro problema de ouvido, nariz ou garganta	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Problemas de coração	<input type="checkbox"/> Alergias (liste por favor): _____
<input type="checkbox"/> Enfermidades dos pulmões	_____
<input type="checkbox"/> Problemas neurológicos	_____
<input type="checkbox"/> Febre ou perda de peso	_____

Medicamentos:

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

Família: Paciente ou parentes (mãe, pai, irmãos) já tiveram:

Sim Não	Quem?	Sim Não
<input type="checkbox"/> Cegueira	_____	<input type="checkbox"/> Outros problemas sérios de visão
<input type="checkbox"/> Ambliopia (olho preguiçoso)	_____	<input type="checkbox"/> Doença grave na família: _____
<input type="checkbox"/> Tratamento com tampão	_____	
<input type="checkbox"/> Estrabismo (olhos cruzados)	_____	
<input type="checkbox"/> Cirurgia ocular	_____	
<input type="checkbox"/> Oculoss antes dos 6 anos de idade	_____	<input type="checkbox"/> Os pais estão vivos e saudáveis?
<input type="checkbox"/> Catarata na infância	_____	
<input type="checkbox"/> Glaucoma na infância	_____	

Etnia/Raça da criança?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Branco | <input type="checkbox"/> Asiático |
| <input type="checkbox"/> Afro-Americano ou Negro | <input type="checkbox"/> Nativo havaiano/Ilhas Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Espanhol, ou Latino | <input type="checkbox"/> Outra raça |
| <input type="checkbox"/> Índio Americano ou nativo do Alaska | |

Revisado por:

Dr. _____

Data _____