

# Enfòmasyon Pasyan an

LI NESESÈ POU RANPLI TOUT ENFÒMASYON YO MANDE YO

Siyati Timoun nan \_\_\_\_\_ Prenon \_\_\_\_\_

Adrès: Nimewo \_\_\_\_\_ Lari \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_

Vil \_\_\_\_\_ Eta \_\_\_\_\_ Kod Postal \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Nimewo telefòn \_\_\_\_\_ nimewo telefòn travay/sèlilè \_\_\_\_\_

DAT (Nesans): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mwa Jou Ane

Gason  
 Fi

Non Paran/Gadyen PRENON \_\_\_\_\_ SIYATI \_\_\_\_\_

Non Paran/Gadyen PRENON \_\_\_\_\_ SIYATI \_\_\_\_\_

## ANE PASE, ESKE PITIT OU TE RESEVWA:

- YON EGZAMEN JE KAY YON DOKTE ?

Wi / NON

- LINET?

Wi / NON

SI WI, KILE?

\_\_\_\_\_ (dat dènye egzamen je)

Non Doktè Je a \_\_\_\_\_

Adrès Doktè Je a \_\_\_\_\_

## EKZAMEN JE AN:

Kòm yon pati de egzamen konplè pou je, yo itilize gout pou repoze je a tanporèman, ki elaji pipiy yo epi li empeche je a konsantre sou objè ki pre. Ka gen kèk vyepti pike pou kèk segond lè gout la yo tonbe nan je a. pipiy yo pral rete laj pou apeprè 6 zè de tan. Yo itilize gout sa yo regulièman pou egzamen je pou ti bebe ak timoun, epi yo se pwosedi estanda swen pou je nan tout biwo doktè pou egzamen je.



# ENFOMASYON ASIRANS MEDIKAL

## Nimewo Kat Mass Health

\_\_\_\_\_  
Nimewo Kontra Asirans

## Lòt Asirans Sante

Non Plan Asirans la: \_\_\_\_\_

# Kontra Asirans la \_\_\_\_\_

Non Abònè \_\_\_\_\_

Dat Nesans Abònè \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mwa Jou Ane

**Aktyelman pitit mwen pa gen asirans. fèm konnen ki lòt opsyon mwen genyen pou pitit mwen kapab resevwa swen pou je nan pwogram sa a.**

Mwen otorize doktè New England Enstiti je klinik mobil pou egzamine pitit mwen. Mwen konprann pou ban m' otorizasyon mwen an pwal pèmèt yo kondi yon egzamen je total, kap enkli dilatasyon de je li ak mete gout ladan yo. Mwen otorize New England Enstiti je pou li pataje rezilta egzamen pitit mwen an ak pwofesè li yo, infimiyè yo ak tout lot pèsone ki gen dwa.

Mwen tou otorize New England Enstiti pou je pou lage enfòmasyon nesèsè pou peman ak devwal enfòmasyon medikal mwen pou tretman, peman oswa lot aktivite pou swen. Mwen remet tout benefis medikal mwen bay New England Enstiti pou je. Mwen dakò m' reskonsab pou tout ko-peman ou franchises jan li te deklare nan eksplikasyon benefis yo. Mwen sèmentè ke tout enfòmasyon sa yo bon e korek.

Mwen te li e mwen te konpwann pwogram je a epi mwen dakò pou pitit mwen patisipe. Yo te mete yon "Enfòmasyon pwatik prive" a disposisyon mwen.

**X**  
SIYATI PARAN/GADYEN

\_\_\_\_\_  
ENPRIME NON \_\_\_\_\_ DAT \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
RELASYON AK TIMOUN NAN \_\_\_\_\_ NIMEWO SELILE \_\_\_\_\_

# NEW ENGLAND EYE ON-SIGHT

## Klinik Mobil pou Je



### Ap vini nan lekòl ou!

Pitit ou ka resevwa.

- Yon egzamen je konplè ki fèt pa yon pedyat pou je
- yon preskripsyon pou linèt, si li nesèsè
- linèt ki komande jou egzamen je pitit ou a
- Rezilta egzamen yo nan yon lèt ke yo voye lakay ou oswa yon apèl, ak rekomandasyon pou kontinye swen pou je.

LI REKÒMANDE POU TIMOUN LEKÒL RESEVWA YON EGZAMEN JE KOMPLÈ CHAK 1-2 ANE.

- WI, MWEN TA RENMEN POU PITIT MWEN FE YON EGZAMEN JE KOMPLÈ
- NON, MWEN PA BAY OTORIZASYON POU PITIT MWEN PATISIPE NAN PWOGAM SA A

NON TIMOUN  
NAN: \_\_\_\_\_

LEKOL: \_\_\_\_\_

KONTAKTE: [www.newenglandeye.org](http://www.newenglandeye.org)  
(617)-587-5700

DEYE →

Siyati Timoun nan

Prenon

# Sante je pitit ou

Non Doktè timoun nan

Adrès Doktè Timoun nan

( \_\_\_\_\_ )  
Telefòn Doktè Timoun nan

## Dènve jan ou santi ou:

- | Wi Non   | Konbyen tan | Wi Non  | Konbyen tan? |
|--|-------------|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Vwal nan zye              | _____       | <input type="checkbox"/> Crossed or wandering eye             | _____        |
| <input type="checkbox"/> Je fatige lè wap fè lekti | _____       | <input type="checkbox"/> Pakèt dlo oswa matyè                 | _____        |
| <input type="checkbox"/> Ampil squinting           | _____       | <input type="checkbox"/> Sansbilite ak limyè                  | _____        |
| <input type="checkbox"/> Maltèt souvan _____       | _____       | <input type="checkbox"/> Maladwa oswa frappe nan bagay _____  | _____        |
| <input type="checkbox"/> Vizyon double _____       | _____       | <input type="checkbox"/> chanman nan pefòmans nan lekti _____ | _____        |
| <input type="checkbox"/> Ampil frotman je _____    | _____       | <input type="checkbox"/> Difikilte pou apran _____            | _____        |

## Istwa pwoblèm je: Eske malad la te gen nenpòt nan sa yo?

- | Wi Non   | Laj   | Wi Non                                  | Laj   | Dekri |
|--|-------|---|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> Egzamen je pa wè yon doktè je _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Blesi je       | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Linèt _____                         | _____ | <input type="checkbox"/> Operasyon je   | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Patching _____                      | _____ | <input type="checkbox"/> Lòt pwoblèm je | _____ | _____ |

## Istwa Nesans:

Pwa ou lè ou fèt: \_\_\_ lb. \_\_\_ oz.

### Wi Non Si wi, kisa ki pwoblèm nan?

- |  |       |  |       |
|--|-------|--|-------|
| <input type="checkbox"/> pwoblèm pandan gwosès                         | _____ | <input type="checkbox"/> Te delivwe plis pase 2 semenn anvan lè ou an reta | _____ |
| <input type="checkbox"/> Pwoblèm pandan akouchman ou kouchman ak fòsèp | _____ | <input type="checkbox"/> Bebe ki te rete nan lopital pou tèt maladi        | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sezaryèn _____                                | _____ | <input type="checkbox"/> Developman an reta _____                          | _____ |

### Wi Non Si wi, pouki?

## Lòt Pwoblèm Medikal:

Wi Non

- |   |       |  |       |
|---|-------|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Opresyon                               | _____ | <input type="checkbox"/> Maladi defisi atansyon                                    | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfeksyon zòrèy dri                    | _____ | <input type="checkbox"/> Èske pitit la genyen yon Plan Edikasyon Endividyèl (IEP)? | _____ |
| <input type="checkbox"/> Lòt pwoblèm zòrèy, nen, oubyen nan gòj | _____ | <input type="checkbox"/> Lòt: _____  | _____ |
| <input type="checkbox"/> Pwoblèm kè                             | _____ | <input type="checkbox"/> Alèji (souple detaye).                                    | _____ |
| <input type="checkbox"/> Maladi poumon                          | _____ |  |       |
| <input type="checkbox"/> Pwoblèm Newolojik                      | _____ |  |       |
| <input type="checkbox"/> Lafyev oubyen pèt de pwa               | _____ |  |       |

Wi Non

## Medikaman

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

## Istwa Fanmi: Eske yonn nan fanmi malad la (manman, papa, sè, frè) te gen yonn nan malady sa yo?

Wi Non

- | Wi Non   | Ki moun? | Wi Non   |
|--|----------|--|
| <input type="checkbox"/> Avègleman                         | _____    | <input type="checkbox"/> Lòt maladi je serye: _____                      |
| <input type="checkbox"/> Amblyopia (je lanve)              | _____    | <input type="checkbox"/> Maladi genetik (baz nan fanmi)                  |
| <input type="checkbox"/> Treteman Patching _____           | _____    | <input type="checkbox"/> Lòt malady serye: _____                         |
| <input type="checkbox"/> Strabismus (je lanve/yewon _____) | _____    | <input type="checkbox"/> Eske tou de paran yo anvè e an bon sante? _____ |
| <input type="checkbox"/> Operasyon nan muske zye _____     | _____    |  |
| <input type="checkbox"/> Pote linèt anvan 6 an d'aj _____  | _____    |  |
| <input type="checkbox"/> Cataracts nan anfans _____        | _____    |  |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma nan anfans _____         | _____    |  |

## Child's Ethnicity/Race?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> White/Caucasian                    | <input type="checkbox"/> Asian _____                 |
| <input type="checkbox"/> Black or African American          | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Is. |
| <input type="checkbox"/> Hispanic, Latino or Spanish origin | <input type="checkbox"/> Other race _____            |
| <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska native   | _____  |

Revize pa: Dr. \_\_\_\_\_

Dat \_\_\_\_\_