

AUTORIZACIÓN PARA PADRE/TUTOR SUSTITUTO

Al llenar este formulario, autorizo que una persona alterna tome la decisión de otorgar permiso y que se involucre en los servicios y atención de tratamiento de los ojos para mi hijo menor de edad, aquí en Western University Centro de Cuidado de los ojos.

Nombre del menor de edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

___ **Autorización directa para atención/tratamiento.** Autorizo que Western University Centro de Cuidado de los ojos proporcione al menor de edad mencionado anteriormente atención de emergencia, urgente y otra atención y tratamiento de los ojos en mi ausencia, incluyendo al padre/tutor sustituto, autorizado a continuación, que acompañará al menor de edad a las citas en mi nombre. (Por favor cruce con una línea aquellos que no correspondan)

Vision de terepia _____ Otra _____ Procedimientos _____

___ **Asignación del padre sustituto para autorizar atención/tratamiento para el menor de edad.** Autorizo al padre/tutor sustituto asignado a que otorgue consentimiento informado para tratamiento de emergencia, urgente y otro tratamiento de los ojos para el menor de edad.

___ **Identificación del padre/tutor sustituto.** Designo a la siguiente persona o personas a que obtengan acceso a información protegida de salud, proporcionen información, otorguen consentimiento informado para tratamiento de los ojos, o de otra forma reciban custodia del menor de edad.

Nombre/parentesco _____ Dirección _____

___ **Duración de la autorización.** Este consentimiento es válido por un (1) año a partir del _____ de 20__ y termina el _____ de 20__. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento antes de dicha fecha de expiración al proporcionar a Western University Centro de Cuidado de los ojos una notificación por escrito.

___ **Divulgación de información.** Para garantizar que el padre/tutor sustituto tenga acceso a la información protegida de salud necesaria para tomar decisiones de consentimiento informado, autorizo a Western University Centro de los ojos que otorgue al padre/tutor sustituto mencionado anteriormente información protegida de salud relacionada sólo con el menor de edad. "Información protegida de salud" significa todos los registros relacionados con el menor de edad, los cuales están protegidos y son confidenciales según lo definen HIPPA/HITECH, e incluyen: información de la cuenta, citas y tratamientos programados u otorgados. También acuerdo liberar a Western University Centro de Cuidado de los ojos, y a los proveedores, de cualquier responsabilidad por cualquier reclamo resultante de la divulgación de información protegida de salud en función de esta autorización.

He leído y considerado cuidadosamente este consentimiento antes de firmarlo.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL:

Firma (indique si es el padre o tutor)

Fecha

Firma del testigo

Fecha

INFORMACIÓN DE CONTACTO para el padre o tutor legal

Nombre: _____

Dirección postal: _____

Número telefónico de casa: _____ Número de teléfono celular: _____

Número telefónico del trabajo: _____ Otra información de contacto: _____

Una copia electrónica de este formulario es tan válida como la original

Formulario de Historia Ocular Pediátrica

Nombre _____ Fecha nac.: _____ Fecha _____

Nombre de la madre _____ Nombre del padre _____

Grado: _____ Nombre del maestro: _____

Nombre y dirección de la escuela: _____

Remitido por _____

Esta es su oportunidad para que nos hable de todas las preocupaciones que tiene sobre la vista de su hijo.

¿Cuál es la razón principal por la que vino? _____

Fecha del último examen de ojos de su hijo _____

¿Su hijo ha usado alguna vez anteojos? Sí No ¿Actualmente usa anteojos? Sí No Si es

así, los usa su hijo: solo para ver de lejos para ver de cerca los usa todo el tiempo ¿Su hijo

usa lentes de contacto? Yes No ¿Algún problema? _____ ¿Su hijo

alguna vez ha recibido terapia ocular? Sí No

HISTORIAL MÉDICO: Marque cualquier condición que corresponda a su hijo o que ocurra en su familia.

- | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Alergias | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia | Ojo perezoso | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia |
| Enfermedades respiratorias | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia | Estrabismo | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia | Daltónico | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia | Sensible a la luz | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia |
| Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia | Vista cansada | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia |
| Hipertensión | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia | Ojos resecaos | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia |
| Tiroides | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia | Cuerpos flotantes/
puntos | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia |
| Migraña o dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia | Centellos | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia |
| Ceguera | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia | Desprendimiento de retina | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia |
| Traumatismo craneal | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia | Cataratas | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia | Glaucoma | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia |
| | | | Cirugía ocular o lesión | | _____ |

¿Su hijo está actualmente bajo cuidado médico? Sí No ¿Por qué? _____

Nombre del pediatra _____ Fecha del último examen físico de su hijo _____

¿Qué medicamentos, si es el caso, está tomando su hijo y para tratar qué? _____

¿Su hijo es alérgico a algún medicamento? _____

¿Cómo está la salud de su hijo en general? _____

¿Alguna enfermedad anterior, caídas graves o fiebres altas? Sí No

¿Qué tipo de enfermedad fue y cuándo ocurrió? _____

¿Alguien en su familia tiene algún problema de aprendizaje? Sí No Si es así, ¿quién? _____

Logros en el desarrollo

- ¿Embarazo a término? Sí No ¿Nacimiento normal? Sí No Peso al nacer _____
- ¿Alguna complicación antes, durante o inmediatamente después del parto? Sí No
- Por favor descríbala _____
- ¿Su hijo se arrastraba (con el estómago sobre el suelo)? Sí No ¿a qué edad? _____
- ¿Su hijo gateaba (sin tocar el suelo con el estómago)? Sí No ¿a qué edad? _____
- ¿A qué edad caminó su hijo? _____ ¿Su hijo era activo? Sí No
- Habla: Primeras palabras a la edad de _____ ¿El lenguaje en los primeros meses era claro para los demás? Sí No
- ¿El lenguaje de su hijo es actualmente claro? Sí No
- ¿A su hijo se le ha diagnosticado el espectro autista? Sí No
- ¿Se le ha realizado una evaluación neurológica? Sí No
- ¿Se le ha realizado una evaluación OT/SPEECH/PT? Sí No Si es así, ¿por quién? _____
- ¿Recomendación recibida? _____

Problemas de la vista relacionados con la escuela: Preguntas para padres:

- ¿Alguno de sus hijos ha tenido problemas en la escuela? Sí No
- Por favor describa _____
- ¿A su hijo le gusta la escuela? Sí No
- ¿Ha repetido algún grado? Sí No Si es así, ¿cuál grado y por qué? _____
- ¿Su hijo parece estresarse cuando hace su trabajo escolar? Sí No
- ¿Su hijo ha recibido asesoría, terapia o asistencia remedial? Sí No ¿Cuándo? _____
- ¿Dónde? _____ ¿Dada por? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____
- En cuáles materias está su hijo:
Arriba del promedio _____ En el promedio _____ Debajo del promedio _____
- ¿Siente que su hijo está esforzándose a su máximo potencial? Sí No
- ¿El maestro siente que su hijo está esforzándose a su máximo potencial? Sí No
- ¿Su hijo tiene un IEP (Servicio de educación especial)? Sí No

Marque la columna que mejor represente la frecuencia con la que se presenta cada síntoma cuando su hijo lee.

	NUNCA	No con frecuencia – infrecuente	A VECES	Con bastante frecuencia	SIEMPRE
Puntuación	0	1	2	3	4
1. ¿Siente que sus ojos se cansan cuando lee o cuando hace trabajo de cerca?					
2. ¿Siente incomodidad en los ojos cuando lee o cuando hace trabajo de cerca?					
3. ¿Tiene dolores de cabeza cuando lee o hace trabajo de cerca?					
4. ¿Tiene sueño cuando lee o hace trabajo de cerca?					
5. ¿Pierde la concentración cuando lee o hace trabajo de cerca?					
6. ¿Tiene dificultad para recordar lo que ha leído?					
7. ¿Tiene visión doble cuando lee o hace trabajo de cerca?					
8. ¿Ve que las palabras se mueven, saltan, nadan o parecen flotar en la página cuando lee o hace trabajo de cerca?					
9. ¿Siente que lee lentamente?					
10. ¿Le duelen los ojos cuando lee o cuando hace trabajo de cerca?					
11. ¿Alguna vez siente que sus ojos están adoloridos cuando lee o cuando hace trabajo de cerca?					
12. ¿Tiene una sensación de “tirones” alrededor de los ojos?					
13. ¿Ha notado que las palabras están borrosas o que se enfocan y desenfocan cuando lee o hace trabajo de cerca?					
14. ¿Pierde su lugar cuando lee o hace trabajo de cerca?					
15. ¿Tiene que volver a leer la misma oración de palabras cuando lee?					
Total					

¿Cómo reacciona su hijo a la fatiga? Es remolón Se irrita Se emociona

Otra reacción _____

¿Cómo reacciona su hijo a la tensión? Es reservado Se muerde las uñas (ansiedad) Se enoja

Otra reacción _____

¿Su hijo tiene problemas conductuales en la escuela? _____

¿Su hijo tiene problemas conductuales en casa? _____

¿Su hijo está en movimiento constante? Sí No

¿Su hijo puede estar sentado durante largos períodos de tiempo? Sí No

¿A su hijo le gusta leer? Sí No ¿Su hijo lee voluntariamente por placer? Sí No

RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE: ¿En cuáles actividades recreacionales participa su hijo?

Lectura Béisbol Basquetbol Fútbol Natación Construye modelos Costura Danza
 Actuación Toca un instrumento

¿Otras actividades recreacionales o deportivas? _____

¿Su hijo usa anteojos protectores para el deporte? Sí No

¿Su hijo ve mucha televisión? Sí No Número de horas al día _____

¿Su hijo usa una computadora en casa? Sí No Número de horas al día _____

¿Su hijo usa una computadora en la escuela? Sí No Número de horas al día _____

¿Su hijo juega frecuentemente con video juegos? Sí No Número de horas al día _____

¿Juega con video juegos portátiles? Sí No Tipo de pantalla Brillante Opaca

LA FAMILIA Y EL HOGAR:

¿Con cuáles adultos vive su hijo?

Madre Padre Madrastra Padrastro Padres temporales Madre adoptiva Padre adoptivo

Abuela Abuelo Tía Tío Otros

Nombres y edades de los niños con los que vive su hijo _____

¿Su hijo ha pasado alguna vez por una situación familiar traumática?

Divorcio Separación Pérdida de uno de los padres Enfermedad de uno de los padres Otro

En este momento, ¿la vida familiar de su hijo es estable? Sí No

Describa a su hijo como persona: _____

Firma del padre/la

madre _____ Fecha _____