**FORMA DE PERMIO PARA EVALUACION DE VISTA DEFICIENTE Y EL USO DE MEDICAMENTIOS PARA LOS OJOS**

**Nombre del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Cuándo pacientes son visitos para una evaluación clínica para evaluar la vista deficiente, es posible que sea necesario que la optometrista, o el medico especialista en los ojos contratado para hacer la evaluacion, utilice gotas de ojo para verifique las presiones intraocular de los ojos o para dilatar las pupilas de los ojos para examinar la estructura interna de los ojos mas completamente. Estos procedimientos pueden ser necesarios para verificar la salud general de los ojos y para excluir alguna patología nueva o activa.

Aunque reacciones adversas son raros con el uso de tales gotas mencionadas, el potencial existe. Entre las reacciones adversas que pueden presentarse se encuentran:

1. reacciones alergicas: ardor, la sensacion de quemadura , comezon, sarpullido, y dificultad para respirar,
2. photophobia (extrema sensibilidad a la luz)
3. la precipitación de un ataque de glaucoma de cierre de ángulo
4. enturbió temporalmente o la visión nublada, o
5. el dolor de cabeza.

Los efectos de estas gotas pueden durar durante unos pocos minutos o hasta cuatro a seis horas, durante cuál tiempo, la visión se puede enturbiar, especialmente cercano, que hará las tareas, tal como leyendo, muy difícil.

**¡POR FAVOR DE SEGURO DAR A EL MEDICO UNA LISTA COMPLETA DE MEDICINAS, incluyendo las medicinas contrarias, Y ALERGIAS!**

Mi firma (adulto paciente o el padre/guardián) en esta forma del permiso indica que yo no tendré 360 Visión, sus empleados, o la optometrista. responsable de algún efecto adverso que quizás forme parte de los procedimientos para lo cual yo doy el permiso de la siguiente manera:

**VERIFIQUE UNO: EVALUACION CLINICA PARA EVALUAR LA VISTA DEFICIENTE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Yo doy el permiso para mí o mi niño/a** para tener una evaluacion clinica para evaluar la vista deficiente en Northwest Hills Eye Care por la doctora y su personal.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Yo NO doy el permiso para mí ni mi niño/a** para tener una evaluacion clinica para evaluar la vista deficiente en Northwest Hills Eye Care por la doctora y su personal.

NORTHWEST HILLS EYE CARE

USO DE MEDICAMENTOS

**Nombre del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MARQUE UNO: USO DE MEDICAMENTOS PARA LOS OJOS DURANTE EL EVALUACION DE VISTA DEFICIENTE**

**\_\_\_\_\_\_ Yo doy el permiso para mí o mi niño/a que utilice** medicamentos oftalmicos topicos, (es decir, gotas para los ojos) como parte del evaluacion de vista deficiente, si la doctora lo considera necesario. Reconozco los posibles efectos secundarios adversos, incluido el pequeño riesgo de glaucoma de ángulo cerrado y el hecho de que mi hijo o yo podemos ser sensibles a la luz y tener dificultades con la visión de cerca durante un período de cuatro a seis horas después de la instilación.

\_\_\_\_\_\_ **Yo NO doy el permiso para mí o mi niño/a que utilice** medicamentos oftalmicos topicos, (es decir, gotas para los ojos) como parte del evaluacion de vista deficiente, sabiendo que esto impedirá que la doctora tenga la máxima oportunidad de examinar la salud de los ojos de mí o mi niño/a para detectar enfermedades de la retina y otras enfermedades oculares como el glaucoma, lo que podría provocar una mayor pérdida grave de la visión, ceguera o incluso la muerte.

Entiendo y reconozo con mi firma negativa a no dar permiso para el uso de gotas para los ojos no excluye la oportunidad de que mí o mi niño/a tenga un evaluacion de vista deficiente.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Paciente o padre/tutor si el paciente es menor de edad.)

DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A NORTHWEST HILLS EYE CARE JUNTO CON OTRA INFORMACIÓN DE REFERENCIA UNA SEMANA ANTES DEL EVALUACION DE VISTA DEFICIENTE