

**Screening Site Information (Screener Use Only)**

Date:	Site Location:	Participant ID:
-------	----------------	-----------------

**SECCIÓN 1: Información del Participante**

Primer Nombre:		Apellido:	
Fecha de Nacimiento:     /     /	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Condado:
Dirección Postal:		Ciudad/Estado:	Código Postal:
Numero de Teléfono:		Correo Electrónico:	
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otro:			
Número de Personas en el Hogar:		Ingreso Anual del Hogar:	
Preferencia de Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro		Método de Contacto Preferido: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo Electrónico	
1. ¿Usa usted anteojos o lentes de contacto recetados?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
a. Si la respuesta es Sí, ¿los tiene con usted?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
b. Los usa para (porque favor marque uno):		<input type="checkbox"/> Distancia <input type="checkbox"/> Cercana <input type="checkbox"/> Ambos	
2. ¿Tiene un problema de visión o una enfermedad del ojo?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
a. Si la respuesta es Sí, por favor describa:			

**SECCIÓN 2: Declaración Sobre la Prueba de la Visión (POR FAVOR FIRME ABAJO)**

La prueba de la vista puede ayudar a determinar si su visión es tan buena como debe ser. Sin embargo, recuerde que hay muchos factores que pueden afectar los resultados de esta prueba de la vista. Además, una prueba de la vista no cubre todas las enfermedades de los ojos. Aun una prueba de la vista no substituye un examen profesional de los ojos de un especialista de los ojos. Si usted sospecha que no está viendo correctamente, debe hacerse un examen profesional, a pesar de los resultados de la prueba conducida hoy. Yo autorizo la revelación de la información de salud, relacionado a los resultados de la prueba de hoy y exámenes subsecuentes, para ser compartido con PBA/PBT para propósitos que son relacionados para análisis estadístico. Yo soy un residente del estado de Texas y doy mi consentimiento para una prueba de la visión.

**FIRME AQUÍ:** \_\_\_\_\_

SECCIÓN 3: Evaluación de Riesgos	Sí	No	Recomendaciones
1. ¿Tiene usted familiares con glaucoma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vaya al doctor regularmente
2. ¿Ha sido tratado por o te ha dicho un doctor que tiene glaucoma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vaya al doctor regularmente
3. ¿Ha tenido usted una lesión en el ojo o cirugía ocular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vaya al doctor regularmente
4. ¿Ha notado usted un cambio en su visión en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vaya al doctor pronto
5. ¿Tiene usted dolor persistente en o alrededor del ojo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vaya al doctor ahora
6. ¿Es usted Hispano/Latino o Afroamericano y mayor de 40 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vaya al doctor regularmente
7. ¿Tiene usted 65 años o más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vaya al doctor anualmente
8. ¿Fue su último examen de ojo dilatado (con gotas) hace más de 2 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vaya al doctor regularmente
9. ¿Tiene usted diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vaya al doctor anualmente
a. Si la respuesta es Sí, ¿fue su último examen de ojo dilatado hace más de un año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vaya al doctor pronto
10. ¿Cuándo fue su último examen de la vista? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de un año <input type="checkbox"/> 1-2 años <input type="checkbox"/> 3-5 años <input type="checkbox"/> Mas de 5 años			
11. ¿Tiene algunas barreras para recibir cuidado de la vista? (marque todas las que aplican) <input type="checkbox"/> Costo <input type="checkbox"/> Miedo a los Médicos <input type="checkbox"/> Miedo de Tratamiento <input type="checkbox"/> Falta de Transporte <input type="checkbox"/> Tiempo de Espera en la Clínica <input type="checkbox"/> Falta de Conocimiento <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno			

**SECCIÓN 4: Prueba de Agudeza Visual/Visual Acuity Screening (Screener Use Only)**

Distance	Right: 20/	Left: 20/	<input type="checkbox"/> Unable to Screen	<input type="checkbox"/> With <input type="checkbox"/> Without Correction	Screener:
Near	Right: 20/	Left: 20/	<input type="checkbox"/> Unable to Screen	<input type="checkbox"/> With <input type="checkbox"/> Without Correction	Screener:

**SECCIÓN 5: Entrevista de Salida/Exit Interview (Screener Use Only and Recommendations)**
☐ APROBAR o ☐ REFERIR para: ☐ Factores de Riesgo ☐ Agudeza Visual (Si 20/50 o peor en cualquier ojo, vaya al doctor pronto)

**SECCIÓN 6: Entrevista de Salida Posterior/Post-Screening Interview (Screener Use Only)**

What type of insurance coverage do you have? <input type="checkbox"/> Uninsured <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> County/City Health <input type="checkbox"/> Private	
Eye Exam Voucher Type:	<input type="checkbox"/> UH <input type="checkbox"/> VSP <input type="checkbox"/> Treatment Fund <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> None
Eyeglass Voucher Type:	<input type="checkbox"/> Healthy Eyes <input type="checkbox"/> VSP <input type="checkbox"/> Treatment Fund <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> None