

Formulario de Registro para la Prueba de Salud Ocular del Adulto (POR FAVOR IMPRIMIR)

SECCIÓN 1: Información del Participante SECCIÓN 1: Información del Participante Fecha de Nacimiento: / / Edad: Sexo: Mer Condado: Dirección Postal: Cuidad/Estado: Correo Electrónico: Código Postal: Numero de Teléfono: Cucásico Hispano Latino Nativo Americano Otro: Número de Personas en el Hogar: Ingreso Anual del Hogar: Ingreso Anual del Hogar: Preferencia de Idioma: Inglés Español Otro Método de Contacto Preferido: Ineidad: Afromericano Asiático Sexonicano Significano Otro: Metodo de Contacto Preferido: Texto Correo Electrónico 1. ¿Usa usted anteojos o lentes de contacto recetados? Siglino Siglin
Primer Nombre: Fecha de Nacimiento:
Fecha de Nacimiento: / / Edad: Sexo: M F Condado: Dirección Postal: Cuidad/Esta-do: Código Postal: Numero de Teléfono: Correo Electrónico: Etnicidad: Afroamericano Asiático Caucásico Mispano Anual del Hogar: Ingreso Anual del Hogar: Ingreso Anual del Hogar: Ingreso Anual del Hogar: Preferencia de Idioma: Ingreso Anual del Hogar: Ingreso Anual del Hogar: Preferencia de Idioma: Ingreso Anual del Hogar: Si No a. Si la respuesta es Sí, ¿los tiene con usted? Si No b. Los usa para (porque favor marque uno): Si No a. Si la respuesta es Sí, ¿los tiene con usted? Si No b. Los usa para (porque favor marque uno): Si 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 syudar a determinar si su visión es tan buena como debe ser. Sin embargo, recuerde que hay muchos factores que pueden afectar los resultados de de un esta pureba de la vista. Además, una prueba de la vista ou cuber todas las enfermedades de los jos. Anu una pueda de la vista no usbetique 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 de la vista no usbetique 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 de la vista no usbetique 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 de la vista no usbititure un examen profesional de la vista no usbititure no examen profesional de los ojos de un especialista de los ojos. Su una prueba de la vista no usbititure de la vista no usbititure no preventa de la vista. FIRME A QUI: SECCIÓN 3: Evaluación de Riesgos 1. ¿Tiene usted familiares con glaucoma? 2. ¿Ha sido tratado por o te h
Dirección Postal: Cuidad/Estador Correo Electrónico:
Numero de Teléfono: Correo Electrónico: Etnicidad: Afroamericano Asiático Caucásico Hispano/Latino Nativo Americano Otro: Número de Personas en el Hogar: Ingreso Anual del Hogar: Preferencia de Idioma: Inglés Español Otro Métod de Contacto Preferido: Teléfono Texto Correo Electrónico 1. ¿Usa usted anteojos o lentes de contacto recetados? Sí No Sí No As Si a respuesta es Sí, ¿los tiene con usted? Sí No Distancia Cercana Ambos 2. ¿Tiene un problema de visión o una enfermedad del ojo? Sí No As Si a respuesta es Sí, ¿los tiene con usted? Sí No As Si a respuesta es Sí, por favor describa: SECCIÓN 2: Declaración Sobre la Prueba de la Visión (POR FAVOR FIRME ABAJO) 3. Si la respuesta es Sí, por favor describa: SECCIÓN 2: Declaración Sobre la Prueba de la Visión (POR FAVOR FIRME ABAJO) 4. Su prueba de la vista, a demás, una prueba de la vista na cubre todas las enfermedades de los ojos. Su un una prueba de la vista, a demás, una prueba de la vista na cubre todas las enfermedades de los ojos. Su un una prueba de la vista, a demás, una prueba de la vista, a combiente de la vista, a demás, una prueba de la vista, a combiente de la vista, a de la vista, a combiente de la vista, a combien
Etnicidad: Afroamericano Asiático Caucásico Hispano/Latino Nativo Americano Otro: Número de Personas en el Hogar: Preferencia de Idioma: Inglés Español Otro Método de Contacto Preferido: Texto Correo Electrónico 1. ¿Usa usted anteojos o lentes de contacto recetados? Sí No a. Sí la respuesta es Sí, ¿los tiene con usted? Sí No b. Los usa para (porque favor marque uno): Distancia Cercana Ambos 2. ¿Tiene un problema de visión o una enfermedad del ojo? Sí No a. Sí 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 come debe ser. Sin embargo, recuerde que hay muchos factores que pueden afectar los resultados de tas prueba de la vista puede ayudar a determinar si su visión es tan buena come debe ser. Sin embargo, recuerde que hay muchos factores que pueden afectar los resultados de tas prueba de la vista puede ayudar a determinar si su visión es tan buena come debe ser. Sin embargo, recuerde que hay muchos factores que pueden afectar los resultados de tas prueba de la vista no substituye un examen profesional, a pesar de los resultados de los ojos. Au una prueba de la vista no substituye un examen profesional de los ojos de un especialista de los ojos. Su una prueba de la vista no substituye un examen profesional de los ojos de un especialista de los ojos. Su una prueba de la vista no substituye un examen profesional de los ojos de un especialista de los ojos. Su una prueba de la vista no substitutye un examen profesional de los ojos de un especialista de los ojos. Su una prueba de la vista no substitutye un examen profesional de los ojos de un especialista de los ojos. Su una prueba de la vista no substitutye un examen profesional de los ojos de un especialista de los ojos. Si usted sopecha que no está viendo correctamente, debe hacerse un examen profesional, a pesar de los resultados de la prueba de la vista no substitutye un exa
Número de Personas en el Hogar: Preferencia de Idioma: Inglés Español Otro Métod de Contacto Preferido: Teléfono Texto Correo Electrónico 1. ¿Usa usted anteojos o lentes de contacto recetados? Sí No a. Sí la respuesta es Sí, ¿los tiene con usted? Sí No b. Los usa para (porque favor marque uno): Distancia Cercana Ambos 2. ¿Tiene un problema de visión o una enfermedad del ojo? Distancia Cercana Ambos 3. Sí 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 ayudra a determinar si su visión es tan buena come debe ser. Sin embargo, recuerde que hay muchos factores que pueden afectar los resultados de esta prueba de la vista no substituye un examen profesional, a perueba de la vista Además, una prueba de la vista no substituye un examen profesional a perueba de la vista Además, una prueba de la vista no substituye un examen profesional de los ojos. ESCCIÓN 2: Declaración Sobre la Prueba de la Visión (POR FAVOR FIRME ABAJO) La 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 a perueba conducida boy. Voa utorizo la revelación de la información de salud, relacionado a los resultados de la prueba de hoy vexámenes subsecuentes, para ser compartido con PBA/PBT para propósitos que son relacionados para análisis estadistico. Vo so y un residente del estado de Texas y doy mi consentimiento para una prueba de la vista. FIRME AQUÍ: SECCIÓN 3: Evaluación de Riesgos Sí No Recomendaciones 1. ¿Tiene usted familiares con glaucoma? 2. ¿Ha sido tratado por o te ha dicho un doctor que tiene glaucoma? 3. ¿Ha tenido usted una lesión en el ojo o cirugía ocular? 4. ¿Ha notado usted una cambio en su visión en los últimos 12 meses? 9. ¿Vaya al doctor regularmente 9. ¿Tiene usted dolor persistente en o alrededor del ojo? 9. Vaya al doctor regularmente 9. ¿Tiene usted disabetes? 10. ¿Vaya
Preferencia de Idioma: Inglés Español Otro Método de Contacto Preferido: Teléfono Texto Correo Electrónico 1. ¿Usa usted anteojos o lentes de contacto recetados? SÍ No a. Si la respuesta es SÍ, ¿los tiene con usted? SÍ No b. Los usa para (porque favor marque uno): Distancia Cercana Ambos 2. ¿Tiene un problema de visión o una enfermedad del ojo? SÍ 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 come debe ser. Sin embargo, recuerde que hay muchos factores que pueden afectar los resultados de esta prueba de la vista no subre todas las enfermedades de los ojos. Aun una prueba de la vista no substituye un examen profesional de los revoltados de la respecialista de los osjos. Y usudas de los revoltados de la prueba ode del a vista no substituye un examen profesional de los revoltados de la prueba ode del suda de la vista no substituye un examen profesional de los revoltados de la prueba ode un especialista de los osjos. Y usudas de los revoltados de la prueba ode del suda de la vista no substituye un examen profesional de los revoltados de la prueba ode un especialista de los osjos. Y usudas de la vista no substituye un examen profesional de la vista no substitus de los ojos. Y un revolución de la vista no substitus un examen profesional de la vista no substitus un examen de la vista n
1. ¿Usa usted anteojos o lentes de contacto recetados? Sí No
a. Si la respuesta es SÍ, ¿los tiene con usted? b. Los usa para (porque favor marque uno): c. ¿Tiene un problema de visión o una enfermedad del ojo? c. ¿Tiene un problema de visión o una enfermedad del ojo? c. ¿Tiene un problema de visión o una enfermedad del ojo? c. ¿Tiene un problema de visión o una enfermedad del ojo? c. ¿Tiene un problema de visión 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 sis uvisión es tan buena come debe ser. Sin embargo, recuerde que hay muchos factores que pueden afectar los resultados de esta prueba de la vista no ubre todas las enfermedades de los ojos. Au una prueba de la vista no substituye un examen profesional de los ojos de un especialista de los ojos. Si usted osopecha que no está viendo correctamente, debe hacerse un examen profesional, a pesar de los resultados de la prueba de hoy vas vámenes subsecurádo 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 s. SÍ No Recomendaciones 1. ¿Tiene usted famililares con glaucoma? c. ¿Ha sido tratado por o te ha dicho un doctor que tiene glaucoma? c. ¿Ha sido tratado por o te ha dicho un doctor que tiene glaucoma? d. ¿Ha tenido usted una lesión en el ojo o cirugía ocular? d. ¿Ha notado usted un cambio en su visión en los últimos 12 meses? d. ¿Vaya al doctor regularmente d. ¿Es usted Hispano/Latino o Afroamericano y mayor de 40 años? d. ¿Vaya al doctor anualmente d. ¿Es usted Hispano/Latino o Afroamericano y mayor de 40 años? d. ¿Vaya al doctor anualmente d. ¿Fue su último examen de ojo dilatado (con gotas) hace más de 2 años? d. Vaya al doctor regularmente d. ¿Vaya al doctor regularmente d. ¿Vaya al doctor anualmente a. Si la respuesta es Sí, ¿tie su último examen de ojo dilatado hace más de un año? d. Vaya al doctor regularmente d. ¿Vaya al doctor
b. Los usa para (porque favor marque uno): 2. ¿Tiene un problema de visión o una enfermedad del ojo? 3. Sí la respuesta es Sí, por favor describa: SECCIÓN 2: Declaración Sobre la Prueba de la Visión (POR FAVOR FIRME ABAIO) La prueba de la vista puede ayudar a determinar si su visión es tan buena come debe ser. Sin embargo, recuerde que hay muchos factores que pueden afectar los resultados de tas prueba de la vista no substituye un examen profesional de los ojos de un especialista 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. Vo autorizo la revelación de la información de salud, relacionado a los resultados de la prueba de la vista no substituye un examen profesional, a pesar de los resultados de la prueba conducida hoy. Vo 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 estadistico. Vo soy un residente del estado de Texas y doy mi consentimiento para una prueba de la vistion. FIRME AQUÍ: SECCIÓN 3: Evaluación de Riesgos SÍ NO Recomendaciones 1. ¿Tiene usted damiliares con glaucoma? 2. ¿Ha sido tratado por o te ha dicho un doctor que tiene glaucoma? 3. ¿Ha tenido usted una lesión en el ojo o cirugía ocular? 4. ¿Ha notado usted un cambio en su visión en los últimos 12 meses? 9. ¿Tiene usted dolor persistente en o alrededor del ojo? 1. ¿Tiene usted dolor persistente en o alrededor del ojo? 2. ¿La sido tratado os más? 3. ¿Ha tenido usted dolor persistente en o alrededor del ojo? 3. ¿Tiene usted 65 años o más? 3. ¿Vaya al doctor regularmente 3. ¿Fue su último examen de ojo dilatado (con gotas) hace más de un años? 3. ¿Vaya al doctor regularmente 3. ¿Tiene usted diabetes? 3. Si la respuesta es Sí, ¿fue su último examen de ojo d
2. ¿Tiene un problema de visión o una enfermedad del ojo?
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 come 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 substituye un examen profesional de los ojos de un especialista de los ojos. Su suted sospecha que no está viendo correctamente, debe hacerse un examen profesional, a pesar de los resultados de la prueba oducida hoy. Yo autorizo la revelación de la información de salud, relacionado a los resultados de la prueba de hoy y exàmenes 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? 2. ¿Ha sido tratado por o te ha dicho un doctor que tiene glaucoma? 3. ¿Ha tenido usted una lesión en el ojo o cirugía ocular? 4. ¿Ha notado usted un cambio en su visión en los últimos 12 meses? 5. ¿Tiene usted dolor persistente en o alrededor del ojo? 6. ¿Es usted Hispano/Latino o Afroamericano y mayor de 40 años? 9. ¿Tiene usted 65 años o más? 8. ¿Fue su último examen de ojo dilatado (con gotas) hace más de 2 años? 9. ¿Tiene usted diabetes? 8. ¿Fue su último examen de la vista? Nunca Menos de un año? Vaya al doctor regularmente 9. ¿Tiene usted diabetes? 8. Si la respuesta es Sí, ¿fue su último examen de la vista? Nunca Menos de un año? Vaya al doctor anualmente 9. ¿Tiene algunas barreras para recibir cuidado de la vista? (marque todas las que aplican) Costo Miedo a los Médicos Miedo de Tratamiento Falta de Transporte Tiempo de Espera en la Clínica Falta de Conocimiento Otro: Ninguno
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 come debe ser. Sin embargo, recuerde que hay muchos factores que pueden afectar los resultados de esta prueba de la vista no 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 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 de hoy vexámenes subsecuentes, para ser compartido con PBA/PBT para propósitos que son relacionados para análisis estadístico. Vo 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? SECCIÓN 3: Evaluación de Riesgos SÍ No Recomendaciones 1. ¿Tiene usted familiares con glaucoma? Vaya al doctor regularmente 2. ¿Ha sido tratado por o te ha dicho un doctor que tiene glaucoma? Vaya al doctor regularmente 4. ¿Ha notado usted una lesión en el ojo o cirugía ocular? Vaya al doctor pronto S. ¿Tiene usted dolor persistente en o alrededor del ojo? Vaya al doctor ahora C. ¿Es usted Hispano/Latino o Afroamericano y mayor de 40 años? Vaya al doctor anualmente R. ¿Fue su último examen de ojo dilatado (con gotas) hace más de 2 años? Vaya al doctor anualmente R. ¿Fue su último examen de la vista? Nunca Menos de un año? Vaya al doctor anualmente R. ¿Fue su último examen de la vista? Nunca Menos de un año? Vaya al doctor pronto Vaya al doctor pronto 10. ¿Cuándo fue su último examen de la vista? Nunca Menos de un año? Vaya al doctor pronto Ninguno SECCIÓN 4: Prueba de Agudeza Visual/V
La prueba de la vista puede ayudar a determinar si su visión es tan buena come 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 substituye un examen profesional de los ojos. Aun una prueba de la vista no substituye un examen profesional de los ojos de un especialista de los ojos. Su sute do sopecha 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 familliares con glaucoma? S¿ Na Recomendaciones 1. ¿Tiene usted familliares con glaucoma? S¿ Ha tenido usted una lesión en el ojo o cirugía ocular? A¿ ¿Ha notado usted un cambio en su visión en los últimos 12 meses? S¿ Tiene usted dolor persistente en o alrededor del ojo? S¿ ¿Tiene usted dolor persistente en o alrededor del ojo? S¿ ¿Tiene usted 65 años o más? S¿ ¡ Lo yaya al doctor regularmente 2. ¿Tiene usted 65 años o más? Sy ¡ Lo yaya al doctor anualmente 3. ¿Fue su último examen de ojo dilatado (con gotas) hace más de 2 años? Sy ¡ Lo yaya al doctor anualmente 3. ¿Tiene usted diabetes? Sy ¡ Lo yaya al doctor anualmente 3. ¿Tiene usted diabetes? Sy ¡ Lo yaya al doctor anualmente 3. ¿Tiene usted diabetes? Sy ¡ Lo yaya al doctor anualmente 3. ¿Tiene algunas barreras para recibir cuidado de la vista? (marque todas las que aplican) Costo Miedo a los Médicos Miedo de Tratamiento Falta de Transporte Tiempo de Espera en la Clínica Falta de Conocimiento Otro: Ninguno SECCIÓN 4: Prueba de Agudeza Visual/Visual Acuity Screening (Screener Use Only)
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? 2. ¿Ha sido tratado por o te ha dicho un doctor que tiene glaucoma? 3. ¿Ha tenido usted una lesión en el ojo o cirugía ocular? 4. ¿Ha notado usted un cambio en su visión en los últimos 12 meses? 5. ¿Tiene usted dolor persistente en o alrededor del ojo? 6. ¿Es usted Hispano/Latino o Afroamericano y mayor de 40 años? 7. ¿Tiene usted 65 años o más? 8. ¿Fue su último examen de ojo dilatado (con gotas) hace más de 2 años? 9. ¿Tiene usted diabetes? 8. ¿Fue su último examen de la vista? Nunca Menos de un año? Vaya al doctor regularmente 9. ¿Tiene usted diabetes? 10. ¿Cuándo fue su último examen de la vista? Nunca Menos de un año? Vaya al doctor pronto 10. ¿Cuándo fue su último examen de la vista? Nunca Menos de un año? Vaya al doctor pronto 11. ¿Tiene algunas barreras para recibir cuidado de la vista? (marque todas las que aplican) Costo Miedo a los Médicos Miedo de Tratamiento Falta de Transporte Tiempo de Espera en la Clínica Falta de Conocimiento Otro: Ninguno
1. ¿Tiene usted familiares con glaucoma?
2. ¿Ha sido tratado por o te ha dicho un doctor que tiene glaucoma?
3. ¿Ha tenido usted una lesión en el ojo o cirugía ocular?
4. ¿Ha notado usted un cambio en su visión en los últimos 12 meses?
5. ¿Tiene usted dolor persistente en o alrededor del ojo?
6. ¿Es usted Hispano/Latino o Afroamericano y mayor de 40 años?
7. ¿Tiene usted 65 años o más?
8. ¿Fue su último examen de ojo dilatado (con gotas) hace más de 2 años?
9. ¿Tiene usted diabetes?
a. Si la respuesta es Sí, ¿fue su último examen de ojo dilatado hace más de un año?
10. ¿Cuándo fue su último examen de la vista? Nunca Menos de un año 1-2 años 3-5 años Mas de 5 años 11. ¿Tiene algunas barreras para recibir cuidado de la vista? (marque todas las que aplican) Costo Miedo a los Médicos Miedo de Tratamiento Falta de Transporte Tiempo de Espera en la Clínica Falta de Conocimiento Otro: Ninguno SECCIÓN 4: Prueba de Agudeza Visual/Visual Acuity Screening (Screener Use Only)
11. ¿Tiene algunas barreras para recibir cuidado de la vista? (marque todas las que aplican) Costo Miedo a los Médicos Miedo de Tratamiento Falta de Transporte Tiempo de Espera en la Clínica Falta de Conocimiento Otro: Ninguno SECCIÓN 4: Prueba de Agudeza Visual/Visual Acuity Screening (Screener Use Only)
de Tratamiento Falta de Transporte Tiempo de Espera en la Clínica Falta de Conocimiento Otro: Ninguno SECCIÓN 4: Prueba de Agudeza Visual/Visual Acuity Screening (Screener Use Only)
SECCIÓN 4: Prueba de Agudeza Visual/Visual Acuity Screening (Screener Use Only)
Distance Distance Distance Distance Distance Company C
Distance Right: 20/ Left: 20/ Unable to Screen With Without Correction Screener:
Near Right: 20/ Left: 20/ □ Unable to Screen □ With □ 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 incurance coverage do you have? Ulbingured Madisaid Madisare County/City Health Daviste
What type of insurance coverage do you have? Uninsured Medicaid Medicare County/City Health Private Eye Exam Voucher Type: UH VSP Treatment Fund Other: None