

Continuidad y Coordinación de Atención

Consulta Sobre el Cuidado del Ojo para Pacientes Diabéticos



Afiliado de MVP: Complete la **Sección 1** de esta forma, luego entréguela a su oculista/ofthalmólogo.

Oculista/Oftalmólogo del Afiliado de MVP: Por favor complete la **Sección 2** y envíe la forma completa por fax al Médico de Cuidado Primario (PCP) del Afiliado indicado en la Sección 1.

Sección 1: Completada por el Afiliado de MVP (favor escribir en letra de molde)

Nombre del Afiliado de MVP		Fecha de Nacimiento del Afiliado	
Nombre del PCP del Afiliado de MVP		Número de Fax del PCP ()	
Dirección del PCP	Ciudad	Estado	Código Postal

Sección 2: A Ser Completada por el Oculista/Oftalmólogo del Afiliado de MVP

Fecha del Examen

El paciente arriba indicado fue examinado por mí en la fecha indicada y se llevó a cabo un examen de fondo dilatado.

- No se detectó ninguna retinopatía diabética.
- Se detectó una retinopatía de fondo y requiere monitoreo. No se indica tratamiento.
- Se detectó una retinopatía que requiere un examen adicional y/o tratamiento.

Comentarios

Se le instruyó al paciente regresar para una re-evaluación en _____ meses. Por favor comuníquese conmigo si se necesita alguna información adicional.

Nombre y Título del PCP	Número de Teléfono ()
-------------------------	---------------------------------