

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 ()
-------------------------	---------------------------------