TENNESSEE
VISION THERAPY

La siguiente información ayudará a preparar a su hijo para la próxima cita en nuestra oficina. Si completa estos formularios a tiempo, nos dará el tiempo necesario para procesar y revisar su caso con anticipación. Solicitamos que cada página se llene en su totalidad y que todos los registros médicos pertinentes, incluido el examen de la vista más reciente, se devuelvan a nuestra oficina menos dos días hábiles antes de la evaluación programada.

¿Qué es una evaluación de la visión del desarrollo?

Una evaluación del desarrollo de la vista incluye verificar la salud general del ojo, la agudeza visual (20/20), la condición de refracción para lentes correctivos apropiados cuando sea necesario y todas las funciones visuales requeridas para leer, escribir, aprender, el rendimiento deportivo y el funcionamiento en la vida. Una evaluación del desarrollo de la visión ayuda a identificar las áreas precisas de preocupación, así como la profundidad del problema y determinar las mejores opciones de tratamiento.

¿Qué pruebas se realizan?

Prueba sensoriomotora: mide la motilidad ocular, la alineación ocular y la desviación ocular en más de un área de la mirada y la fusión binocular. Es necesario para la detección, evaluación, seguimiento y orientación para el tratamiento médico, quirúrgico y óptico de la función binocular y la desalineación motora del ojo.

Prueba de percepción visual: prueba la capacidad del cerebro para dar sentido a lo que ven los ojos. Es importante para las actividades diarias como vestirse, comer, escribir y jugar. Cuando un niño está atrasado en el desarrollo de las habilidades de procesamiento visual, el aprendizaje puede llevar más tiempo, lo que requiere un mayor esfuerzo cognitivo que ralentiza el proceso de aprendizaje.

¿Cuánto dura el examen?

Las pruebas duran aproximadamente 2 horas y están programadas para la mañana antes de que los ojos y el cerebro se cansen después de un día completo de clases. También nos gusta hacer pruebas durante estas horas para que su hijo haya comido una buena comida rica en proteínas y esté más atento. Hacemos todo lo posible para involucrar completamente a su hijo y hacerlo lo más divertido posible.

¿Quién puede venir a la cita?

Debido a que se necesita toda la atención, es muy importante que no traiga a la evaluación a ningún miembro adicional de la familia, como hermanos. Pedimos que sólo el paciente y los padres. Esto minimiza la distracción y mejora la productividad del tiempo que pasamos en nuestra oficina.

¿Cuál es mi póliza finera?

Los terceros, como el seguro médico, Medicare y TennCare, limitan severamente el tratamiento, las opciones de atención y el tiempo que el Doctor y el equipo pueden pasar con usted. Por lo tanto, Tennessee Vision Therapy es un centro de pago por servicio y el pago debe realizarse en su totalidad al terminar del servicio. El costo total de la visita inicial es de $350, que incluye la evaluación, las pruebas, la consulta y un resumen de seguimiento de los hallazgos del médico.

¿Recibiré los resultados el mismo día?

¡Sí! Durante su consulta se le explicarán todos los hallazgos y se le proporcionará literatura. También se explicarán las recomendaciones del Doctor, cómo proceder y expectativas.

¡Esperamos conocerte a ti y a tu hijo!

Kindergarten-High School
History Form

Por favor devuelva todos los formularios al menos 48 horas antes de su cita por fax, correo electronico, o correo manual.

Nombre completo del paciente:_____ Apodo:_____

Fecha de Nacimiento:_____ Edad: _____ Genero: Hombre o Mujer

Direccion:_____ Ciudad:_____

Codigo Postal:_____ Cell:_____

Email:_____

Nombre de Escuela:_____Grado: _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?

Referido por: Nombre y lugar de negocio _____

Internet: ¿Qué términos buscó? Terapia de la visión Ojo perezoso Bizco TDAH Problemas de aprendizaje Convergencia Autismo Problemas de seguimiento Problemas de lectura

Paciente actual/anterior: _____

Información del contacto:

Nombre de la madre/guardiana _____ Cell: _____

Email: _____ Teléfono del trabajo: _____

Ocupación y Lugar de Empleo: _____

Nombre del Padre/ guardián: _____Cell: _____

Email: _____ Teléfono del trabajo: _____

Ocupación y Lugar de Empleo: _____

EL HISTORIAL MÉDICO DE SU HIJO: *Por favor llenar completamente*

Pediatra: _____Fecha de la última visita: _____

Nombre de la práctica: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax:_____

Medicamentos actuales (incluye vitaminas/suplementos):_____

_____

¿Es su hijo/a alérgico a algún medicamento? En caso afirmativo, enumere o encierre en un círculo **No sé Alergias a medicamentos** _____

Kindergarten-High School
History Form

Enumere cualquier enfermedad o lesión grave: _____

¿Recibió su hijo todas las vacunas recomendadas? Si or No

Vacunas no recibidas: _____

Revisión de sistemas	**Indique el diagnóstico, las cirugías o la hospitalización de su hijo**
Síntomas constitucionales (por ejemplo, fiebre, pérdida de peso)	
Hematológico/a (por ejemplo, anemia)	
Alérgico/Inmunológico/a	
Endocrino	
Psiquiátrico	
Neurológico	
Cardiovascular	
Respiratorio	
Oídos, Nariz, Boca o Garganta	
Gastrointestinal	
Trastornos de la piel	
Musculoesquelético	
Genitourinario	
Otro	

Comentarios adicionales:

_____

_____

_____

Kindergarten-High School
History Form

Si su hijo ha sido diagnosticado profesionalmente con alguno de los siguientes, circule

TDAH	Espectro Autista	Comportamiento disruptiva	Discapacidad intelectual
Ansiedad	Síndrome de Down	Funcionamiento ejecutivo	Retraso del discurso
TEPT	No Verbal	Procesamiento sensorial	Mental Retardation
Bipolar	Discalculia	Trastorno obsesivo compulsivo	Problemas cromosómicos
Depresión	Disgrafia	Trastorno de oposición desafiante	Trastorno genético
Autolesiones	Dislexia	Desorden de conducta	Deterioro Cognitivo
Ideación suicida	Dispraxia	Procesamiento auditivo	Retraso en el desarrollo
Apraxia	Disortografía	Lenguaje expresivo	Lenguaje Receptivo
Tourette's	Parálisis cerebral	Déficit de comprensión lectora	Discapacidad de aprendizaje

EL HISTORIAL DE DESARROLLO DE SU HIJO

¿El paciente es hijo adoptivo o adoptivo? ☐ Si ☐ No A que edad? _____ De donde? _____

¿Conoce antecedentes médicos previos? ☐ Si ☐ No ¿El paciente es múltiple? ☐ No ☐ Si

Embarazo a término? ☐Si ☐No Explicar: _____

Peso de nacimiento:_____ Puntuación de apgar: al nacer _____ Despues de 10 minutos:_____

¿Alguna complicación del embarazo/parto? Por favor explique:

_____

_____

¿Su hijo gateó (sobre el estómago)? Si o No ¿A qué edad? _____

¿Se arrastró su hijo (a cuatro patas)? Si o No ¿A qué edad? _____

Kindergarten-High School
History Form

Edad en que empezaron: caminando _____ Dijo la primera palabra: _____

¿El discurso temprano fue claro para los demás? Sí o no

¿El discurso es claro ahora? Sí o no

Los hábitos escolares y de lectura de su hijo

Edad al momento de ingreso a: Pre-escolar: _____ Kinder _____

Grado escolar actual: _____

¿Tu hijo es educado en casa? Sí o No

En caso afirmativo, ¿por quién? _____

¿Perteneces a un grupo de educación en el hogar? En caso afirmativo, nombre:

_____

¿Su hijo asiste a una escuela pública o privada? Si o No ¿Se graduó? Sí o no School

Nombre:_____ Nombre del profesor:_____

¿Su hijo ha cambiado de escuela a menudo? Sí o No Si la respuesta es "sí", ¿cuándo y por qué? _____

_____

¿Se ha repetido algún grado? Sí o No En caso afirmativo, cuál y por qué?_____

_____

¿A su hijo le gusta la escuela? Sí o no

Si es así, ¿qué partes?

_____

En no, ¿por qué no?

_____

¿Tiene el paciente actualmente un Plan de Educación Individualizado (IEP)? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, explique las adaptaciones:

_____

_____

¿Tiene el paciente actualmente un Plan 504 o recibe intervención en la escuela? ☐ Si ☐ No

Kindergarten-High School
History Form

En caso afirmativo, explique las adaptaciones:

_____

_____

¿Ha tenido el paciente alguna tutoría especial o asistencia de recuperación? ☐ Sí ☐ No
Nombre del tutor/asistente: _____ ¿Cuánto tiempo?
_____
Nombre del establecimiento:
_____
Cuáles fueron los resultados:
_____

Que materias son:
Encima de el
promedio:_____
El promedio:
_____
Por debajo del
promedio:_____

¿A su hijo le gusta leer? Sí o No ¿Su hijo lee voluntariamente? Sí o no

¿Se gasta mucho tiempo/esfuerzo en mantener este nivel de desempeño? ☐ No ☐ Sí

¿Cuánto tiempo en promedio se dedica cada día a las tareas asignadas? _____horas

¿En qué medida el paciente necesita ayuda con la tarea? _____

_____

¿Usted y/o el maestro sienten que el paciente está alcanzando su potencial? ☐ Sí ☐ No

Explicar:

_____

¿Se ha realizado alguna de las siguientes evaluaciones?
Evaluación ABA? ☐ Sí ☐ No ¿Actualmente en tratamiento? ☐ Sí ☐ No
Nombre y título del probador: _____Teléfono: _____
Nombre y dirección de la instalación: _____
Resultados y
recomendaciones:_____

Evaluacion psicologica? ☐ Sí ☐ No ¿Actualmente en tratamiento? ☐ Sí ☐ No
Nombre y título del probador: _____Teléfono: _____
Nombre y dirección de la instalación: _____

Kindergarten-High School
History Form

Resultados y
recomendaciones:_____

¿Evaluación Educativa? ☐ Sí ☐ No ¿Actualmente en tratamiento? ☐ Sí ☐ No
Nombre y título del probador: _____Teléfono: _____
Nombre y dirección de la instalación: _____
Resultados y
recomendaciones:_____

¿Evaluación de Terapia Ocupacional? ☐ Sí ☐ No ¿Actualmente en tratamiento? ☐ Sí ☐No
Nombre y título del probador: _____Teléfono: _____
Nombre y dirección de la instalación: _____
Resultados y
recomendaciones:_____

Evaluacion de terapia del lenguaje? ☐ Sí ☐ No ¿Actualmente en tratamiento? ☐ Sí ☐No
Nombre y título del probador: _____Teléfono: _____
Nombre y dirección de la instalación: _____
Resultados y
recomendaciones:_____

Evaluacion de fisioterapia? ☐ Sí ☐ No ¿Actualmente en tratamiento? ☐ Sí ☐No
Nombre y título del probador: _____Teléfono: _____
Nombre y dirección de la instalación: _____
Resultados y
recomendaciones:_____

La pantalla de su hijo y las actividades de tiempo libre

Tiempo promedio de pantalla por día (TV, tabletas, computadoras, teléfonos,

etc.):_____

¿Qué otras actividades de ocio hace usted o su hijo?

_____

¿Hay actividades en las que a usted o a su hijo le gustaría participar, pero no lo hacen? Sí o no
Por favor explique: _____

Kindergarten-High School
History Form

La familia y el hogar de su hijo

¿Hay otras personas viviendo en su casa? ☐ No ☐ Sí Indique los nombres, las edades y la relación a continuación:

_____

_____

_____

¿Pasa su hijo una cantidad significativa de tiempo con otra persona que no está en el hogar?
Por favor explique: _____

¿Su hijo ha pasado alguna vez por una situación familiar traumática (separación, divorcio, pérdida de los padres, separación de los padres, enfermedad grave de los padres, etc.)? Sí o no
Si marco si, a que edad? _____ ¿Parece que su hijo se ha adaptado? Sí o no
Por favor explique: _____

¿Se llevó a cabo terapia/asesoramiento? Sí o No En caso afirmativo, ¿está en curso? Sí o no
Nombre del terapeuta y del centro: _____ Teléfono: _____
¿La familia es estable actualmente? Sí o No. Si marco no, por favor explique: _____

HISTORIA FAMILIAR (Marque si hay antecedentes de lo siguiente).

	N	Y	Miembro de Familia		N	Y	Miembro de la familia
Mala visión/alta Rx/miopía				Hipertensión			
Estrabismo/giro de ojos				Epilepsia o Convulsiones			
Ambliopía (ojo vago)				Diabetes			
Ceguera				Tiroides			
Glaucoma				Cancer			

Kindergarten-High School
History Form

HÁBITOS DE SUEÑO

¿Cuántas horas duerme el paciente cada noche? _____ ¿A qué hora te acostas tú / tu hijo/a? _____ ¿Tu hijo duerme toda la noche?? ☐ Si ☐ No

¿Utiliza el paciente alguna ayuda para dormir? ☐ No ☐ Sí, enumere:

_____

¿El paciente ha sido alguna vez diagnosticado y/o tratado por apnea del sueño? ☐ Sí ☐ No

¿Edad al momento del diagnóstico? _____ ¿Su hijo usa CPAP/BiPAP? ☐ Sí ☐ No

¿Ha experimentado el paciente alguna vez mojar la cama?☐ Sí ☐ No ¿Está en curso? ☐ Sí ☐ No

Dé una breve descripción de su hijo como

persona:_____:_____

_____

_____

¿Cuáles son sus mayores preocupaciones con respecto a su hijo en este momento?

_____

_____

_____

¿Cuál es su objetivo para la evaluación visual y/o la terapia visual de su hijo?

_____

_____

Por la presente doy mi permiso a Tennessee Vision Therapy para tratar:

_____

Nombre del Paciente

_____ _____

Firma del paciente, padre o cuidador Fecha

Kindergarten-High School
History Form

Liberación de información:

Frecuentamente es beneficioso para nosotros discutir los resultados de los exámenes e intercambiar información con otros profesionales involucrados en el cuidado de su hijo. Firme a continuación para autorizar este intercambio de información.

Acepto permitir que la información o las copias de los registros de exámenes de mi hijo se envíen a mí mismo o a otros proveedores de atención médica de mi hijo si lo solicitan por escrito o si lo recomiendan Tennessee Vision Therapy cuando sea necesario para el tratamiento de la condición visual de mi hijo. Autorizo a The Center for Vision Development, Performance Vision Therapy y su personal a intercambiar información con otros profesionales involucrados en el cuidado de mi hijo mediante mi firma a continuación. Esta autorización se considerará válida durante toda la duración del tratamiento.

_____ _____

Firma Fecha

_____

Relación con el paciente

Divulgación de información al personal no médico/miembros de la familia

Yo, _____, doy permiso para que Tennessee Vision Therapy divulgue información médica a las siguientes personas no médicas: maestros, tutores, entrenadores.

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
Numero de Telefono: _____ Email:_____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
Numero de Telefono: _____ Email:_____
Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
Numero de Telefono: _____ Email:_____

_____ _____

Firma Firma

_____

Relación con el paciente

Formulario de divulgación de fotos y videos del paciente

Entiendo que, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo su Aviso de prácticas de privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud.

Kindergarten-High School
History Form

Este comunicado está estrictamente diseñado para otorgar permiso a el Tennessee Vision Therapy y la terapia visual de rendimiento, para usar mis fotos y/o videos digitales de pacientes para su sitio web, redes sociales y presentaciones en el consultorio con fines educativos y promocionales. Nuestros proveedores y el personal tendrán permiso para usar estas fotos de la manera discutida conmigo, a menos que solicite a la oficina que ya no las use. Entiendo que al permitir que Tennessee Vision Therapy use mis fotos, expreso mi consentimiento para compartir imágenes públicamente para educar y explicar los procedimientos y resultados de la terapia. Entiendo que tengo la opción de rechazar esta solicitud y no estoy obligado de ninguna manera a dar permiso para usar estas fotos.

Marque la casilla correspondiente:

- ☐ Permitiré que Tennessee Vision Therapy mis fotos digitales de pacientes, videos grabados y mi historia de éxito/testimonio por escrito.

- ☐ Solicito que mi información no se comparta públicamente

Nombre de Paciente: _____

Nombre de Madre/Padre impreso: _____

Firma: _____ Fecha:_____

Póliza de Oficina

Programamos nuestras citas para que cada paciente reciba la cantidad de tiempo adecuada para ser atendido por nuestro médico y personal. Por eso es muy importante que asista a su cita programada con nosotros y llegue a tiempo con la documentación de su nuevo paciente completada. Como cortesía y para ayudar a los pacientes a recordar sus citas programadas, enviamos un correo electrónico de confirmación después de la programación y una llamada de recordatorio unos días antes de su cita. Si su horario cambia y no puede asistir a su cita, comuníquese con nosotros para que podamos reprogramarlo y acomodar a los pacientes que están esperando una cita. Como cortesía a nuestra oficina, así como a aquellos pacientes que están esperando para programar con el médico, avísenos con al menos 24 horas de anticipacion.

Kindergarten-High School History Form

COVD Lista de verificación de estilo de vida

Después de considerar cada pregunta, marque la columna que se aplica a la persona que está evaluando.

	NEVER	SELDOM	OCCASIONAL	FREQUENTLY	ALWAYS	SCORE
Borroso al mirar de cerca	0	1	2	3	4	
Visión doble, palabras duplicadas o superpuestas en la página	0	1	2	3	4	
Dolores de cabeza durante o después de hacer trabajo de visión cercana	0	1	2	3	4	
Las palabras parecen correr juntas al leer	0	1	2	3	4	
Ardor, picazón o ojos llorosos	0	1	2	3	4	
Se queda dormido al leer	0	1	2	3	4	
La visión y el trabajo visual empeoran al final del día.	0	1	2	3	4	
Salta o repite líneas mientras lee	0	1	2	3	4	
Mareos o náuseas al trabajar cerca	0	1	2	3	4	
La cabeza se inclina o un ojo está cerrado o cubierto mientras lee	0	1	2	3	4	
Dificultad para copiar de la pizarra	0	1	2	3	4	
Evita hacer trabajos de visión cercana cuando esta leendo.	0	1	2	3	4	
Omite (abandona) palabras pequeñas mientras lee	0	1	2	3	4	
Escribe cuesta arriba o cuesta abajo	0	1	2	3	4	
Desalinea dígitos o columnas de números	0	1	2	3	4	
Comprensión de lectura baja o disminuye a medida que avanza el día	0	1	2	3	4	
Desempeño pobre e inconsistente en los deportes.	0	1	2	3	4	
Sostiene los libros demasiado cerca, se inclina demasiado cerca de la pantalla de la computadora	0	1	2	3	4	
Problemas para mantener la atención centrada en la lectura	0	1	2	3	4	
Dificultad para completar las tareas a tiempo	0	1	2	3	4	
La primera respuesta es "No puedo" antes de intentarlo	0	1	2	3	4	
Evita deportes y juegos.	0	1	2	3	4	
Mala coordinación mano/ojo, como mala escritura	0	1	2	3	4	
No juzga las distancias con precisión.	0	1	2	3	4	
Torpe, propenso a los accidentes, derriba las cosas	0	1	2	3	4	
No utiliza ni planifica bien su tiempo	0	1	2	3	4	
No cuenta ni hace bien el cambio	0	1	2	3	4	
Pierde pertenencias y cosas.	0	1	2	3	4	
Coche o mareo por movimiento	0	1	2	3	4	
Olvidadizo, mala memoria	0	1	2	3	4	
					TOTAL SCORE	

Kindergarten-High School History Form