

Formulario para rehabilitación de baja visión

Reverso del formulario

To the Doctor: Please complete this and return to your patient

Name _____ Phone _____

Address _____ City _____ ZIP _____

Date of Birth _____ / _____ / _____

	O.D.	O.S.
Corrected Distance Acuity		
Corrected Near Acuity		
Current Prescription		
Near Add		
IOL (please circle one)	YES NO	YES NO
Is visual field reduced to 20° or less?	YES NO	YES NO

Diagnosis _____ Date of last exam _____

Etiology _____ Prognosis _____

This person is entitled to services for the legally blind

Additional information _____

Referral to Occupational Therapy Evaluation and treatment as needed

Visual Impairment ICD-9 Code 36 _____ . _____ .

Name _____ (circle one: Ophthalmologist, Optometrist, Physician) Phone _____ Fax _____

Address _____ City _____ ZIP _____

Doctor's Signature _____ Date _____

(see reverse side)

PARA EL PACIENTE: El propósito de su primera visita es ayudarle a seleccionar las lupas y otros dispositivos para mejorar la lectura y otras actividades visuales. Las citas duran hasta una hora. Es posible que le pidan que vuelva para recibir asistencia o capacitación adicional.

Necesita:

1. Hacer una cita (vea los números que se listan a continuación).
2. Traer a su cita esta referencia completada.
3. Traer las lupas y anteojos que esté usando actualmente.
4. Traer cualquier material de lectura y pasatiempos inusuales.
5. Sírvase llamar si necesita cancelar o cambiar la cita.

Póngase en contacto con el Braille Institute más cerca de usted para hacer una cita u obtener más información sobre otras instalaciones en su comunidad.

Llame al 1-800-BRAILLE (1-800-272-4553).

Los Angeles

(323) 663-1111

741 N. Vermont Avenue
Los Angeles, CA 90029

San Diego

(858) 452-1111

4555 Executive Drive
San Diego, CA 92121

Rancho Mirage

(760) 321-1111

70-251 Ramon Road
Rancho Mirage, CA 92270

Santa Barbara

(805) 682-6222

2031 De La Vina Street
Santa Barbara, CA 93105

Orange County

(714) 821-5000

527 N. Dale Avenue
Anaheim, CA 92801