

# Eye Examination Report for Diabetes

Notificación - Exámen de Vista para la Diabetes



**Patient or Primary Care Professional:** Please complete this section and give the form to the eye care professional.  
**Pacientes:** Por favor llene esta sección y lleve este formulario al oculista.

**Primary Care Professional Information:**  
*Médico Personal del Paciente (PCP)*

Name / Nombre: \_\_\_\_\_  
Address / Dirección: \_\_\_\_\_  
Phone / Teléfono: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_

**Patient Information:**  
*Información sobre Paciente*

Name / Nombre: \_\_\_\_\_  
Date of Birth / Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Address / Dirección: \_\_\_\_\_  
Phone / Teléfono: \_\_\_\_\_  
Patient Health Insurance Plan / Plan de Seguro: \_\_\_\_\_

**Eye Care Professional:** Please complete this portion of the form and return to the primary care professional.  
**Oculista:** Por favor llene esta porción del formulario y regrese al PCP.

Name of Eye Care Practice/Facility:  
*Nombre del Oficina de Oculista:* \_\_\_\_\_  
Phone / Teléfono: \_\_\_\_\_ Address / Dirección: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_

**Patient received a dilated fundus examination with the following results:**  
*El paciente recibió un examen dilatado de fundus con los siguientes resultados:*

- No diabetic retinopathy was detected. / *Ninguna retinopatía diabética fue detectada.*
- Nonproliferative retinopathy was detected, which requires monitoring. No treatment is indicated at this time. / *Retinopatía no-proliferativa fue detectada, lo cual requiere el monitoreo. Ningún tratamiento es indicado al presente.*
- Retinopathy requiring further testing and/or treatment was detected. See comments below. / *Retinopatía que requiere ulterior prueba y/o tratamiento fue detectada. Vea comentarios abajo.*

**Comments/Recommendations (attach additional sheet if necessary):**  
*Comentarios /recomendaciones (pegue hoja adicional si es necesario):*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Please call if additional information is needed. *Por favor llame si información adicional es necesaria.*

**Date of exam / Fecha de examen:** \_\_\_\_\_

**Patient is to return for re-evaluation in \_\_\_\_ months.**

*El paciente debe regresar para la reevaluación en \_\_\_\_ meses.*

**Print Name of Eye Care Professional / Escriba el nombre del oculista:** \_\_\_\_\_

**Signature / Firma:** \_\_\_\_\_

The American Diabetes Association recommends patients with diabetes receive annual retinal examinations; most insurance plans will cover this service for a patient with diabetes. The purpose of this form is to facilitate communication between eye care and primary care professionals and to improve communication with patients about diabetes related eye problems.

*La Asociación Americana de Diabetes recomienda que los pacientes con diabetes reciban exámenes anuales de la retina y casi todos los planes de seguro cubrirán este servicio para un paciente con diabetes. El propósito de este formulario es de facilitar la comunicación entre el oculista y el médico personal y de mejorar comunicación con pacientes acerca de problemas del ojo relacionados a la diabetes.*