

Eye Examination Report for Diabetes

Notificación— Exámen de Vista para la Diabetes

Developed by the New York Diabetes Coalition



Patient or Primary Care Professional (*Pacientes o Médico Personal del Paciente*)

Please complete this section and submit form to the eye care professional. (*Por favor llene esta sección y lleve este formulario al oculista.*)

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

Name (*Nombre*) _____

Address (*Dirección*) _____

Phone (*Teléfono*) _____

Fax _____

Patient Information (*Información sobre Paciente*)

Name (*Nombre*) _____

Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*) _____

Address (*Dirección*) _____

Phone (*Teléfono*) _____

Health Insurance Plan (*Plan de Seguro*) _____

Eye Care Professional Information

Please complete this portion of the form and return to the primary care professional. Please check a box for both sections A and B.

Especialista del Ojo Información (*Favor de llenar esta porción del formulario y devuelvalo al PCP.*)

Eye Care Professional's Name (*Nombre del Especialista del Ojo*)

Licensed Ophthalmologist Licensed Optometrist Other

Eye Care Practice/Facility Name (*Nombre de Oficina de Especialista del Ojo*) _____

Address (*Dirección*) _____

Phone (*Teléfono*) _____ Fax _____

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

A. Macular Edema (*Edema Macular*) Absent (*Ausente*) Present (*Presente*)

B. Diabetic Retinopathy (*Retinopatía Diabética*)

- None detected. (*Ninguna fue detectada.*)
- Background (nonproliferative) diabetic retinopathy present. (*Retinopatía diabética de fondo no-proliferativa presente.*)
- Mild (*Suave*) Moderate (*Moderado*) Severe (*Severo*)
- Proliferative diabetic retinopathy present. (*Retinopatía diabética proliferativa presente.*)

C. Recommendations (*Recomendaciones*) Attach additional sheet if necessary. (*Sujete una hoja adicional en caso de necesidad.*)

- Monitoring only, no additional evaluation or new treatment at this time. (*Monitoreo solamente, ninguna evaluación adicional ni tratamiento nuevo al presente.*)
- Further testing and/or treatment recommended. See comments below. (*Retinopatía que requiere ulterior prueba y/o tratamiento fue detectada.*)

D. Comments (*Comentarios*)

Date of exam (*Fecha de exámen*) _____ Patient is to return for re-evaluation in _____ months. (*El paciente debe regresar para la reevaluación en _____ meses.*)

Eye Care Professional's Signature (*Firma de Especialista del Ojo*)

Form Faxed Mailed to PCP on _____ Initials _____

FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

What is the purpose of this form?

The American Diabetes Association recommends patients with diabetes receive annual retinal examinations. The purpose of this form is to facilitate communication between eye care and primary care professionals (PCP) and with patients about diabetes related eye problems.

Who is the New York Diabetes Coalition (NYDC)?

The NYDC is a collaboration of health plans, professional medical societies, state and county departments of health, community based organizations, quality improvement agencies, health care providers and diabetes care vendors. Its mission is to improve the health of people who live with diabetes by delivering tools and technology to help professionals and patients manage diabetes care.

Where can I get this form?

The New York Diabetes Coalition,* <http://www.nydc.org>, New York State (NYS) Department of Health Diabetes Prevention and Control Program, www.health.state.ny.us/diseases/conditions/diabetes/adult_tool_kit.htm*, NYS Ophthalmologic Society, www.nysos.com, NYS Optometric Association, www.nysoa.org, and IPRO, www.ipro.org.

*Hard copies may also be ordered from these sites.

Why should I use this form?

This form can help to improve the coordination of care among different health professionals caring for a patient with diabetes, and meets the reporting and documentation requirements for certain pay for performance programs and mandatory quality reporting, such as the Center for Medicaid and Medicare's (CMS) Physician Quality Reporting Initiative and Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS).

Who has approved or reviewed this form?

Approved by the NYS Ophthalmological Society (6/14/07), the NYS Optometric Association (6/13/07) and the National Committee for Quality Assurance (NCQA) (6/5/07). Reviewed by the American Diabetes Association.

How is this form used?

The eye care professional may get this form from the patient, the primary care physician or themselves. Once it is completed, it should be faxed or mailed back to the primary care physician, included in the patient's chart and a copy shared with the patient.

Can the form be altered?

Changes to the form, such as adding your own logo, can be done with permission from the NYDC. See contact information.

Why is this form translated into Spanish?

It is important for persons with diabetes to be engaged with their health care providers to manage their own health care needs. By translating this form into Spanish, this growing population of patients with diabetes will better understand the importance of an annual eye exam and be able to become more active in their own care.

This form was developed by the New York Diabetes Coalition (www.nydc.org) in collaboration with eye care professionals and the New York State Department of Health Diabetes Prevention and Control Program.

Contact NYDC at 518-432-1382 or info@nydc.org.

PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

¿Qué es el propósito de este formulario?

La Asociación Americana de la Diabetes recomienda que los pacientes con diabetes reciban exámenes anuales de la retina. El propósito de este formulario es de facilitar comunicación entre la especialista del ojo y el proveedor primario de cuidado médico y los pacientes sobre problemas del ojo relacionados a la diabetes.

¿Quién es la Coalición de la Diabetes de New York (NYDC)?

La NYDC es una colaboración de los planes de salud, las sociedades medicas profesionales, los departamentos de salud del estado e de los condados, las organizaciones que son basadas en las comunidades, las agencias de mejoras en respecto a la calidad, médicos y vendedores del cuidado de diabetes. Su misión es de mejorar la salud de la gente que vive con diabetes, entregando los medios y la tecnología a los profesionales y a los pacientes para ayudarles a controlar su diabetes.

¿Dónde puedo conseguir este formulario?

La Coalición de Diabetes de Nueva York,* www.nydc.org, el Departamento de Salud, Programa de Prevención e Control de la Diabetes del Estado de Nueva York, www.health.state.ny.us/diseases/conditions/diabetes/adult_tool_kit.htm*, La Sociedad Oftalmológica del Estado de Nueva York, www.nyos.com, La Asociación de Optómetras del Estado de Nueva York, www.nysoa.org, y IPRO, www.ipro.org.

*Se puede pedir copias del formulario en estos sitios también.

¿Por qué debo usar este formulario?

Este formulario puede mejorar la coordinación del cuidado entre los diversos profesionales médicos que cuidan de los pacientes con diabetes. También cumple los requisitos de la divulgación y de la documentación por ciertos programas "pay-for-performance", como el Iniciativo de Divulgación de Calidad de los Médicos del Centro de Medicaid y Medicare (CMS) y otra divulgación regulada de calidad como la Serie de Información y de Datos de los Patronos de los Planos de Salud (HEDIS).

¿Quién ha aprobado o ha repasado este formulario?

Aprobado por la Sociedad Oftalmológica del Estado de NY (14/06/07), la Asociación de Optómetras del Estado de NY (13/06/07) y la Comisión Nacional para la Garantía de la Calidad (NCQA) (05/06/07). Repasado por la Asociación Americana de la Diabetes.

¿Como se utiliza este formulario?

El profesional del cuidado de los ojos puede conseguir este formulario del paciente, del médico primario o él mismo. Después de ser rellenado, debe ser enviado por fax o ser mandado por correo al médico primario, incluido en la ficha médica y una copia compartida con el paciente.

¿El formulario puede ser modificado?

Cambios al formulario, como la adición de su propio logotipo, pueden ser hechos con el permiso de la NYDC. Vea la información del contacto.

¿Por qué se tradujo este formulario a español?

Es importante que las personas con diabetes se comuniquen con sus proveedores de cuidado médico para controlar sus propias necesidades médicas. Traduciendo este formulario a español permite a esta población creciente de pacientes con diabetes entender mejor la importancia de un examen de vista anual y para se desenvolver más con su propio cuidado.

Este formulario fue desarrollado por la Coalición de la Diabetes de Nueva York (www.nydc.org) en colaboración con profesionales del cuidado del ojo y el Programa de Prevención y Control de la Diabetes del Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Contacte la NYDC a 518-432-1382 o info@nydc.org.