

EyeScreen Digital Retinal Imaging

En nuestra oficina de Optometria de La Paz estamos satisfechos en proveer a nuestros pacientes un examen avanzado digital de la retina llamado EyeScreen. EyeScreen es una fotografia de alta resolusion de la investigacion de su retina que nos ayudara a documentar, a repasar, y a comparar su retina con fotos previas de exámenes anteriores. Utilizaremos el examen de EyeScreen para documentar una imagen de la linea de fondo para nuestros archivos y para detectar enfermedades de los ojos. Tambien para mejorar nuestra capacidad de ver la salud de la retina interna en una resolusion mucho mas alta que la de lampara o un oftalmoscopio.

Nos enfocamos en problemas sobre la retina tales como degeneracion macular, glaucoma, agujeros en la retina, separaciones, y retinopatia diabetica (cuales pueden resultar en la perdida parcial de la vision o ceguera.) Muchos sintomas de enfermedades del cuerpo tales como diabetes y los efectos de la tension arterial alta, se pueden detectar con el examen de EyeScreen.

Lo que usted puede esperar de este examen:

- Una fotografia anual de EyeScreen enfocandose en la salud del ojo
- Una vista profundizada de la superficie de la retina (donde las enfermedades de los ojos primero se manifiestan).
- La capacidad de repasar las imagenes con usted (le mostraremos su retina).
- Un expediente permanente para su archivo medico. Para el analisis serial, las comparaciones, y diagnosis seran rapidas, faciles y comodas.
- Ninguna dilatacion es necesaria generalmente para la prueba (le informaremos si es requerida).

Porque el seguro pagara solamente fotos de la retina despues de que se descubra alguna enfermedad del ojo, la examinacion de EyeScreen **NO ES CUBIERTA POR LA ASEGURANZA.**

Los doctores de Optometria De La Paz recomiendan este procedimiento para todos sus pacientes y realizaran el examen de EyeScreen por un costo **adicional de \$35.00** que usted pagara hoy al final de su visita. Por favor seleccione una de las siguientes opciones:

Estoy de acuerdo en hacerme el examen de EyeScreen para evaluar la salud de mis retinas.

No estoy de acuerdo en tener el examen de EyeScreen en esta visita.

Firma _____

Fecha _____

**Actual
Size**

This Nerve head can
be viewed larger
than the computer
screen w/ EyeScreen

