

K. Randy Pierce, MD
 Mark A. Plunkett, MD
 Eric Dai, MD



Dawn C. Buckingham, MD
 Peter T. Wollan, MD
 Haumith Khan-Farooqi, MD

Medical Necessity for Cataract Surgery

La Necesidad Médica para la Cirugía de Catarata

Date/Fecha	Medical Record#
Patient Name/Nombre del Paciente	
<input type="checkbox"/> Ojo Derecho/Right Eye <input type="checkbox"/> Ojo Izquierdo/Left Eye	
Reason for exam today (patient's words)/Razón para el examen de hoy (las palabras del paciente)	
What specific improvements in your daily life do you hope to gain with surgery? ¿Qué beneficios específicos espera obtener en su vida diaria como resultado de la cirugía?	
Best corrected Snellen VA-Distance	20/ Near
Mejor corrección Visual de Snellen	20/ De Cerca
Una Distancia	Medium BAT if glare symptoms: 20/
	Mediano, si existen síntomas de brillo excesivo 20/
<i>With blinking, good light and proper bifocal/Al parpadear, en Buena luz, y bifocals adecuados</i>	

****Si normalmente usa lentes responda a las siguientes preguntas como si estuviera usando lentes****

Visual Functional Status (circle responses) Condición de Función Visual (circule las respuestas)	Complete all lines Complete todas las líneas
1) Do you have difficulty seeing street signs or to drive? (curbs, freeway exits, traffic lights, halos/glare around lights) ¿Se le dificulta ver las señales de tráfico o conducir? (bordillos, salidas de las autopistas, semáforos, halos/brillo excesivo alrededor de las luces)	YES/SÍ NO
2) Do you have difficulty seeing TV or movies? (faces, numbers or printing) ¿Se le dificulta ver el televisor o ver películas? (caras, números, o texto)	YES/SÍ NO
3) Do you have difficulty reading small print with good light, blinking and proper glasses? (books, newspaper, telephone book, medicine labels, instructions) ¿Se le dificulta leer letras pequeñas con buena luz, parpadeando y con lentes adecuados? (libros, periódicos, directorio telefónico, etiquetas de los medicamentos, instrucciones)	YES/SÍ NO
4) Do you have difficulty performing detailed work? (sewing, knitting, crocheting, embroidery, bating a fish hook or other fine task) ¿Se le dificulta hacer tareas detalladas? (costura, tejer con agujas, tejer al crochet, bordado, preparar un anzuelo de pesca, o tareas detalladas)	YES/SÍ NO
5) Do you have difficulty with personal correspondences? (writing checks, reading bills, filling out forms) ¿Se le dificulta atender su correspondencia personal? (escribir cheques, leer factures/cuentas, llenar formularios)	YES/SÍ NO
6) Do you have difficulty with leisure activities such as sports or hobbies? (playing card games, bingo, dominoes or sport activities such as bowling, hunting, golf, tennis, other) ¿Se le dificulta las actividades de tiempo libre, como deportes o pasatiempos? (Barajas, bingo, domino, o actividades tal como boliche, cacería, golf, tenis, otra.	YES/SÍ NO
7) Do you have visual difficulty functioning around the house? (cooking, ironing, general household upkeep, climbing steps or curbs, dialing telephone, telling time on watch, using public transportation) ¿Se le dificulta funcionar en casa? (cocinar, planchar, el mantenimiento general de al casa, subir escalones o bordillos, marcar el teléfono, ver la hora en su reloj de mano, utilizar la transportación pública)	YES/SÍ NO
8) Are you unable to see and recognize faces of people? (in church, grocery store, clubs and other daily activities) ¿Se le dificulta ver y reconocer las caras de las personas? (en la iglesia, la tienda, organización social, y otros lugares de actividades diarias)	YES/SÍ NO
9) If you live alone and wish to remain independent, are you unable to care for yourself with your present vision? Si usted vive solo y desea permanecer independiente, es usted incapaz de cuidarse a sí mismo con su visión actual?	YES/SÍ NO

Do you have any of the following <u>VISUAL SYMPTOMS</u> ? Tiene algunos de las siguientes SÍNTOMAS VISUALES?		Complete all lines	
1)	Double or distorted vision? ¿Visión doble o visión distorsionada?	YES/SÍ	NO
2)	Glare, halos, rings around lights? ¿Brillo excesivo, halos, o anillos brillantes alrededor de las luces?	YES/SÍ	NO
3)	Difficulty with color perception? ¿Dificultad con la percepción de colores?	YES/SÍ	NO
4)	Difficulty with depth perception? ¿Dificultad con la percepción de profundidad?	YES/SÍ	NO
5)	Worsening of vision – blurred vision? ¿Empeoramiento de la visión o visión borrosa?	YES/SÍ	NO

Firma del Paciente: _____
Patient Signature

Tech Initials: _____