

Comenzando con el Control de Miopía

Documento del paciente.

Este documento le muestra los pasos a seguir para alcanzar el éxito de su tratamiento de control de miopía.

Nuestro compromiso	Profesional de la vision (marque las casillas)
Monitorizaremos y haremos un seguimiento del progreso del paciente, y nos mantendremos actualizados con las investigaciones sobre control de miopía para garantizar que usted/su hijo reciban el mejor asesoramiento en cada visita.	☐
Le hemos recomendado el calendario de citas más apropiado para revisar su progreso/ el progreso de su hijo.	☐
Hemos recomendado que su hijo use el tratamiento la mayor parte del tiempo en que esté despierto, incluido durante sus tareas de cerca.	☐
Hemos dado a su hijo los consejos de uso y cuidado para sus lentes de contacto, incluyendo como ponérselas y quitárselas.	☐

Nombre:

Firma:

Fecha:



Su compromiso	Padres/ tutores (marque las casillas)	Paciente (marque las casillas)
Entiendo que el tratamiento de control de miopía ayudará a mi hijo a ver con claridad y puede ralentizar el empeoramiento de la miopía del niño. Comprendo que los resultados pueden variar de un individuo a otro.	☐	☐
Accedo a asistir a citas regulares para asegurarme de que mis ojos o los de mi hijo sean evaluados regularmente y que su progreso sea monitorizado de cerca	☐	☐
Comprendo la importancia de llevar el tratamiento la mayor parte del día (por ejemplo al leer, ver la TV, usar el ordenador o el móvil, ir al cine, estudiar o estar en el colegio) o según lo recomiende mi profesional de la visión.	☐	☐
Entiendo que la manipulación y cuidado apropiados del tratamiento son importantes y que puedo contactar con mi profesional si que puedo contactar con mi profesional ante cualquier duda o si necesito algún ajuste.	☐	☐

Nombre (Padres/tutores):

Firma (Padres/tutores):

Fecha:

Firma (Paciente) opcional:

Fecha:
