



COUNTYCARE CUBRE LA CIRUGÍA LASIK

CountyCare se ha convertido en el primer y único plan de Medicaid en Illinois que cubre la cirugía LASIK. Vea más abajo para obtener más información.

▶▶▶ Su proveedor de atención oftalmológica DEBE llenar el formulario de evaluación del proveedor de LASIK y enviarlo a CountyCare para que lo consideren para LASIK. ◀◀◀

¿Qué es la cirugía LASIK?

LASIK es un procedimiento quirúrgico que se utiliza para corregir problemas de visión remodelando las córneas. Puede ser eficaz para corregir su visión a distancia y el astigmatismo. Puede que no sea tan eficaz para corregir su visión de cerca. Después de la cirugía, es posible que ya no necesite lentes de contacto ni anteojos.

¿Quién califica?

Para someterse a una cirugía LASIK, debe tener entre 21 y 50 años y gozar de buena salud general. Deberá hacerse un examen de la vista y un examen refractivo para determinar si es candidato. Solo un médico oftalmólogo capacitado puede indicarle si usted es candidato para la cirugía LASIK. También debe ser miembro de CountyCare el día de la cirugía para que esté cubierta.

Requisitos para calificar:

- Tener entre 21 y 45 años
- Gozar de buena salud general
- No tener problemas médicos que afecten los ojos
- No tener afecciones oculares activas que puedan afectar la curación
- Tener una prescripción visual estable durante al menos un año
- No tener ojo seco grave ni glaucoma avanzado
- No estar embarazada ni amamantando
- No tener diabetes no controlada
- Tener un espesor corneal de más de medio milímetro
- Tener una refracción manifiesta (utilizando un cilindro positivo) que esté entre -6 o +5
- No recibir terapia hormonal de ningún tipo (excluyendo anticonceptivos)

¿Cree que puede calificar? Esto es lo que debe hacer:

- 1 Imprima el formulario de evaluación LASIK que encontrará abajo.
- 2 Haga una cita para un examen ocular general con un oftalmólogo que esté en la red de CountyCare.
- 3 Complete la primera página del formulario de evaluación LASIK y tráigalo consigo a su cita.
- 4 Entregue el formulario a su médico, quien completará la segunda página y la enviará de regreso a CountyCare.

Si no surgen problemas en su primer examen ocular, nos comunicaremos con usted para programar un examen ocular refractivo. Este es un examen previo a la cirugía para determinar si LASIK es adecuado para usted.

Llame a los servicios para miembros de CountyCare al 312-864-8200 para obtener información o si tiene preguntas.

FORMULARIO DE EVALUACIÓN LASIK

▶▶▶ **Atención, miembro: Llene este lado del formulario antes de acudir a su proveedor de atención oftalmológica. Su proveedor de atención oftalmológica debe llenar la siguiente página.** ◀◀◀

Nombre y apellido	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento	<input type="text"/>
Teléfono preferido	<input type="text"/>	Correo electrónico preferido	<input type="text"/>
Identificación de miembro	<input type="text"/>	Ubicación preferida para el procedimiento LASIK	<input type="checkbox"/> Stroger Hospital <input type="checkbox"/> Provident Hospital <input type="checkbox"/> Otro proveedor

¿Por qué está interesado en hacerse LASIK o PRK (corrección de la visión con láser)? _____

¿Entiende y acepta que la corrección de la visión con láser solo puede reducir la dependencia de anteojos y lentes de contacto, y que estos pueden ser necesarios después del procedimiento? Sí No

¿Entiende que la cirugía LASIK no elimina la necesidad de usar anteojos para leer? Sí No

Como todos los procedimientos quirúrgicos, LASIK tiene el riesgo de complicaciones, e incluso los procedimientos libres de complicaciones pueden dar como resultado una visión inferior a 20/20. ¿Entiende esto y está dispuesto a informarse sobre esos riesgos, aceptar un riesgo razonable y cumplir un programa de medicamentos posoperatorios y exámenes de seguimiento para que el procedimiento pueda hacerse de la manera más segura? Sí No

¿Cuántos años tienen los anteojos que usa actualmente? _____

¿Ha cambiado significativamente su prescripción de anteojos en el último año o dos? Sí No

Si es así, explique: _____

¿Qué problemas médicos tiene o ha tenido anteriormente? _____

¿Tiene diabetes? Sí No

Si es así, ¿está bien controlada? _____

¿Tiene una enfermedad autoinmune (por ejemplo, lupus, artritis reumatoide, esclerosis múltiple o miastenia gravis)? ¿O tiene enfermedad vascular del colágeno? Sí No

¿Sabe si está inmunodeprimido por algún motivo (por ejemplo, VIH)? Sí No

¿Está amamantando, embarazada o planea quedar embarazada en los próximos seis meses? Sí No

Enumere todos los medicamentos que ha tomado en los últimos seis meses. _____

¿Está tomando esteroides, inmunosupresores, quimioterapia o lmitrex (sumatriptan)? Sí No

¿Está tomando isotretinoín u otro medicamento para el acné? ¿O tomó alguno de los anteriores en los últimos 6 meses? ¿O tiene la intención de tomar alguno en los próximos 6 meses? Sí No

¿Está recibiendo terapia hormonal (excluyendo anticonceptivos)? Sí No

LASIK PROVIDER EVALUATION FORM

▶▶▶ Attention Member: Your eye care provider must complete this form. The form will not be accepted if a provider does not complete it. ◀◀◀

Patient Name	Patient DOB
Provider Name	Provider Phone
Provider Signature	Date of Exam

What is the spectacle correction (please include (Add)?)

OD + x Add +

OS + x Add +

Are you aware of a change in the refraction in the past 1 to 2 years? If so, please elaborate. Yes No

What are the patient's current distance & near manifest refraction?

OD + x Vision: 20/

OS + x Vision: 20/ Add + Vision:

If the patient wears contact lenses, what is the current prescription? OD: _____ OS: _____

Based on your eye examination, please comment on the following:

If vision is not 20/20 or better in each eye, please explain why? _____

Are there signs of significant anterior blepharitis? Yes No

Are there signs of corneal disease? If yes, are they on any therapies? Still symptomatic? Elaborate below. Yes No

Dry Eye	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Corneal Scarring	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Keratoconus/ corneal thinning disorder	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Fuchs dystrophy/ other corneal edema	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Ocular herpes	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<hr/>

Does the patient have glaucoma or is the patient followed as a glaucoma suspect? If so, list why. _____

Does the patient have cataracts? Yes No Does the patient have retinal disease? Yes No

Do you think the patient has realistic expectations for the LASIK procedure? Yes No

If pachymetry, Schirmer testing, or topography was performed, please share the results: _____