



AHORA COUNTYCARE CUBRE LASIK

CountyCare es el primer y único plan de Medicaid en Illinois con cobertura de cirugía LASIK. Para más información, lea a continuación.

▶ ▶ ▶ Su proveedor de cuidado médico de los ojos DEBE llenar el formulario de Evaluación de LASIK para proveedores y enviarlo a CountyCare para que lo consideren para LASIK. ◀ ◀ ◀

¿Qué es la cirugía LASIK?

LASIK es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se remodela la forma de las córneas para corregir problemas de la vista. Puede ser efectivo para corregir su miopía (la cual dificulta la visión de lejos) y astigmatismo. Puede no ser tan efectivo para corregir sus problemas para ver de cerca. Después de la cirugía, tal vez ya no necesite lentes de contacto o espejuelos (anteojos).

¿Quién es elegible?

Para la cirugía LASIK debe tener entre 21 y 50 años de edad y gozar de buena salud en general. Le harán un examen de la vista y un examen refractivo para determinar si es un buen candidato. Solo un doctor de los ojos profesional puede decirle si es buen candidato para la cirugía LASIK. Usted también debe ser miembro de CountyCare el día de la cirugía para tener esta cobertura. Todas las operaciones de Cirugía Ocular LASIK serán realizadas en la clínica Provident Hospital Eye Clinic.

Los pacientes que podrían ser elegibles:

- Tienen entre 21 y 50 años de edad*
- Gozan de buena salud en general
- No tienen ningún problema de salud que afecte a los ojos
- No tienen ninguna enfermedad de los ojos que pudiera afectar la recuperación
- Tienen una prescripción óptica estable durante al menos un año
- No tienen resequedad grave de los ojos o glaucoma avanzado
- No están embarazadas o lactando
- No tienen una enfermedad de diabetes que no esté bajo control

* Los miembros de más de 50 años de edad que no tengan indicios de cataratas, y que cumplan con los criterios de salud correspondientes, podrían calificar para la cirugía LASIK y deberán hacer cita para un examen de la vista general con un doctor de la red para llenar el formulario de evaluación de LASIK.

¿Cree que usted podría calificar para esta cirugía? Esto es lo que necesita hacer:

- 1 Imprima el formulario de evaluación de LASIK a continuación.
- 2 Haga una cita para un examen general de la vista con un doctor que forme parte de la red de proveedores de CountyCare.
- 3 Llene la primera página del formulario de evaluación de LASIK y llévelo consigo a su cita.
- 4 Entregue el formulario a su médico, quien llenará la segunda página y se la enviará a CountyCare.

Si no hay ningún problema en su primer examen de la vista, se comunicarán con usted para darle una cita para un examen de la vista refractivo. Este es un examen pre-cirugía que determina si LASIK es una opción adecuada para usted.

**Para más detalles o cualquier duda, por favor llame a
Servicios para Miembros de CountyCare al 312-864-8200.**

FORMULARIO DE EVALUACIÓN LASIK

▶▶▶ Atención a nuestros miembros: Favor de llenar esta página antes de ir con su proveedor del cuidado de los ojos. Su proveedor del cuidado de los ojos debe llenar la segunda página. ◀◀◀

Nombre y apellido	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento	<input type="text"/>
Número de teléfono	<input type="text"/>	Correo electrónico	<input type="text"/>

¿Por qué le interesa recibir corrección de la vista con láser LASIK o PRK (queratectomía fotorrefractiva, por sus siglas en inglés)? ?

¿Comprende y acepta que es posible que la corrección de la vista con láser solamente reduzca la necesidad de espejuelos (anteojos) y/o lentes de contacto, y que puede requerirlos después de la operación? Si No

¿Comprende que LASIK no elimina la necesidad de espejuelos (anteojos) para leer? Si No

Como cualquier otro procedimiento quirúrgico, LASIK conlleva el riesgo de complicaciones, e incluso las operaciones sin complicaciones pueden dar como resultado una visión menor a 20/20. ¿Comprende esto y está dispuesto a informarse sobre estos riesgos, aceptar un riesgo razonable, y cumplir con un plan de medicamentos postoperatorio y exámenes de seguimiento para que la operación pueda ser realizada de la forma más segura posible para usted? Si No

¿Cuánto tiempo tienen los espejuelos (anteojos) que usa actualmente? _____

¿Ha cambiado significativamente la prescripción de sus espejuelos (anteojos) en el último año o dos? Si No

No Si respondió "sí", por favor explique por qué: _____

¿Qué problemas médicos tiene o ha tenido en el pasado? _____

¿Tiene diabetes? Si es así, ¿está controlada adecuadamente? Si No

Si es así, ¿está bien controlado? _____

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

¿Sabe si está inmunodeprimido por cualquier motivo (por ejemplo, SIDA)? Si No

¿Actualmente está amamantando, embarazada, o planeando embarazarse en los próximos 6 meses? Si No

Por favor enliste todos los medicamentos que ha tomado en los últimos 6 meses. _____

¿Está tomando esteroides, inmunosupresores, quimioterapia, o lmitrex (sumatriptán)? Si No

¿Está tomando isotretinoína u otro medicamento para el acné? ¿O usó este medicamento en los últimos 6 meses? ¿O tiene intención de usarlo en los próximos 6 meses? Si No