



# 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 operación, 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 de edad y gozar de buena salud general. Se le hará 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.

## Pacientes que podrían calificar:

- Tienen 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 severo o 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	Fecha de nacimiento		
Teléfono preferido	Correo electrónico preferido		
Identificación de miembro	Ubicación preferida para el procedimiento LASIK	Stroger Hospital	Provident Hospital

¿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 sólo 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 gafas para leer?

Sí  No

Como todos los procedimientos quirúrgicos, el 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 las gafas que usa actualmente?

¿Ha cambiado significativamente su prescripción de gafas 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 (p. ej., 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 Imitrex (sumatriptán)?

Sí  No

¿Está tomando isotretinoína 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



# FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR DE LASIK

►►► Atención, miembro: Su proveedor de atención oftalmológica debe completar este formulario. El formulario no será aceptado si un proveedor no lo completa. ◀◀◀

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento del paciente
Nombre del proveedor	Teléfono del proveedor
Número NPI del proveedor	Diagnóstico
Motivo de la remisión	
Ubicación preferida para la evaluación	Nombre del proveedor que remite
Firma del proveedor	Fecha del examen

¿Cuál es la corrección de gafas (incluya Agregar)?

OD  +  x  Agregar +

OS  +  x  Agregar +

¿Está al tanto de algún cambio en la refracción en los últimos 1 o 2 años? Si es así, explique más.

Sí

No

¿Cuáles son las refracciones manifiestas actuales de lejos y de cerca del paciente?

OD  +  x  Visión: 20/

OS  +  x  Visión: 20/

Agregar +

Visión:

Si el paciente usa lentes de contacto, ¿cuál es su receta actual?

OD: \_\_\_\_\_ OS: \_\_\_\_\_

**Basándose en su examen ocular, comente lo siguiente:**

Si la visión no es de 20/20 o mejor en cada ojo, explique por qué. \_\_\_\_\_

¿Hay signos de blefaritis anterior significativa?

Sí

No

¿Hay signos de enfermedad corneal? Si es así, ¿están recibiendo alguna terapia? ¿Aún tiene síntomas? Explique más detalles abajo.

Sí

No

Ojo seco Sí  No  \_\_\_\_\_

Cicatrización corneal Sí  No  \_\_\_\_\_

Queratocono/trastorno de adelgazamiento de la córnea Sí  No  \_\_\_\_\_

Distrofia de Fuchs/otro edema de córnea Sí  No  \_\_\_\_\_

Herpes ocular Sí  No  \_\_\_\_\_



# FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR DE LASIK

►►► Atención, miembro: Su proveedor de atención oftalmológica debe completar este formulario. El formulario no será aceptado si un proveedor no lo completa. ◀◀◀

¿El paciente tiene glaucoma o se le hace seguimiento como sospechoso de glaucoma? Si es así, indique por qué. \_\_\_\_\_

¿El paciente tiene cataratas?

Sí

No

¿El paciente tiene enfermedad retinal?

Sí

No

¿Cree que el paciente tiene expectativas realistas respecto al procedimiento LASIK?

Sí

No

Si se hizo paquimetría, prueba de Schirmer o topografía, comparta los resultados: \_\_\_\_\_