

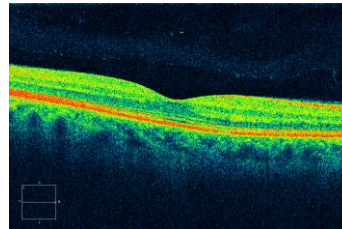
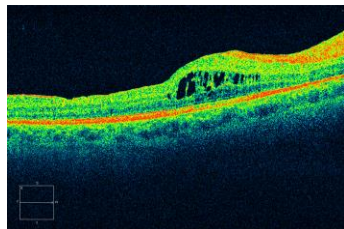
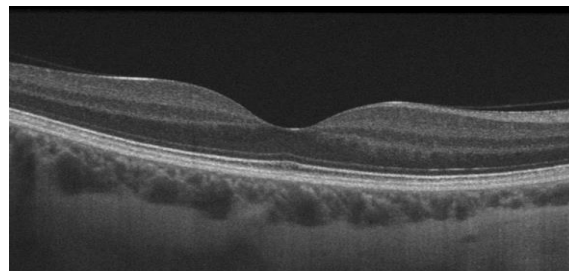
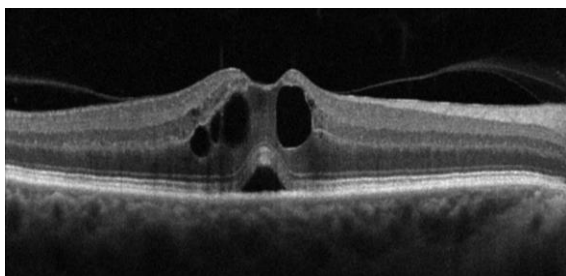
# Consentimiento De Proyección Para La Imagen Del Bienestar De La Retina



**OJO ENFERMO**



**OJO SANO**



En nuestro esfuerzo para lograr la más avanzada tecnología a nuestra oficina, la Dr. Won y Dr. Choe están orgullosas de recomendar un procedimiento diagnóstico de proyección especial llamado **Wellness Retinal Imaging Scan** (proyección de imagen bienestar de la retina). Este procedimiento no sólo consiste en capturar una imagen digital de la parte posterior de nuestros ojos (retina) pero también una exploración como una Tomografía de coherencia óptica OCT (como una resonancia magnética) de imágenes transversales de las distintas capas de los tejidos del ojo en tiempo real. No se trata de una radiografía, y no hay dolor ni efectos secundarios.

Porque muchas de las enfermedades oculares pueden desarrollarse sin dolor u otros síntomas, esta nueva tecnología revoluciona la detección temprana para salvaguardar la salud de estructuras específicas del ojo como la retina, nervio óptico, mácula y los vasos sanguíneos. Aunque esta exploración de bienestar se recomienda para todas las edades, este registro permanente es especialmente valioso para aquellos con una historia de o historia familiar de:

**Diabetes**  
**Presión Alta**  
**Colesterol Alto**

**Enfermedades de retina**  
**Glaucoma**  
**Degeneración macular**

**Flotadores, Destellos de luz**  
**Visión disminuida o distorsionada**  
**Una receta de gafas fuerte**

**Accidente cerebrovascular**

**Enfermedad del nervio óptico**

**Inexplicables dolores de cabeza**

Esta prueba servirá como punto inicial de partida para comparar, seguiremos su salud en los años siguientes.

Actualmente, la mayoría de seguros no cubre herramientas de investigación avanzadas. La cuota de el examen es **\$45. \*\*descuento de servicio por el campo visual computarizado + proyección de la retina = \$55\*\***

\_\_\_\_\_ **Sí**, Quiero tomar la prueba de la proyección del bienestar de la retina.

\_\_\_\_\_ **No**, Quiero tomar la prueba de la proyección del bienestar de la retina.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_