

FORMULARIO DE EVALUACIÓN
OFTALMOLOGÍA-REUMATOLOGÍA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de última evaluación oftálmica: _____

Diagnóstico: _____

Evaluación general

Evaluación	Sí	No	Comentarios adicionales
Inflamación activa			
Infección presente			
Síntomas sistémicos			

Evaluación ocular

	Ojo izquierdo	Ojo derecho
Mejor agudeza visual corregida		
Uveítis anterior	Activa Controlada N/A	Activa Controlada N/A
Uveítis posterior	Activa Controlada N/A	Activa Controlada N/A
Panuveítis	Activa Controlada N/A	Activa Controlada N/A
Complicaciones	SÍ NO	SÍ NO

Información adicional:

Tratamiento

a) Tratamiento recomendado (medicamento y dosis):

b) Este régimen debe ser: AUMENTADO DISMINUIDO NO CAMBIO

c) Comentarios adicionales:

Disposición

a) Fecha de próxima evaluación oftálmica: _____

Nombre del oftalmólogo: _____

Firma: _____

Número de teléfono: _____