

INTRODUCCIÓN

- ¡Buenos Días! (Tardes, Noches). Me llamo _____, soy estudiante de optometría. ¿Cómo se llama usted?
- Mucho gusto _____

QUEJA PRINCIPAL

- ¿Cuál es la razón de su visita hoy? *What's the reason for your visit today?*
- F ¿Con qué frecuencia lo siente? *With what frequency do you feel it?*
- L ¿Dónde exactamente es el **(problema)**? *Where exactly would you locate the (problem)?*
- O ¿Cuándo comenzó el **problema**? Y Qué estaba haciendo? *When did it begin?*
- R ¿Qué hace que su **problema** mejore y empeore? *What relieves the symptoms?*
- I ¿Su **problema** es leve, moderado o severo? *Is (problema) mild, moderate, or severe?*
- D ¿Por cuánto tiempo dura **el problema** cuando sucede? *For how long does (problema) last?*
- A ¿Con qué lo asocia? (**El problema.**) *Do you associate your symptoms with anything?*

QUEJAS SECUNDARIAS

- ¿Tiene algún otro problema ocular? *Is there another ocular condition you want to discuss?*
 - REPITA LAS PREGUNTAS DE LA QUEJA PRINCIPAL
(21 – 31 FLORIDA again.)

REQUERIMIENTOS VISUALES ADICIONALES

- ¿Cuál es su ocupación? *What's your occupation?*
- ¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre? *Do you have any hobbies? Which ones?*

HISTORIAL OCULAR DEL PACIENTE

- ¿Padece de alguna condición ocular como glaucoma, cataratas, flotadores, ve flashes de luz, algún golpe a los ojos, infecciones, picor, ardor, lagrimeo, cirugías, trauma o cualquier otra condición?
- *Have you been diagnosed with any ocular condition, such as glaucoma, cataracts, floaters, you see flashes of light, have you been hit on the eyes or head, any infections, pain, stinging, excessive tearing, surgeries, trauma, or any other condition?*
 - Si es positivo a condiciones oculares determine:
 - ¿Has ido al médico? *Did you seek medical help?*
 - ¿Cuándo se diagnosticó? *When was it diagnosed?*
 - ¿Qué tratamiento recibió? *What treatment did you receive?*
 - ¿Cómo está ahora? *How are you doing today with that?*

- ¿Cuándo fue su último examen de los ojos? *When was your LEE?*
 - ¿Se le encontró algún problema (s)? *Did they find any conditions?*
 - ¿Se le dio tratamiento? *Did you receive any treatment for that?*
 - ¿Cuándo se le recomendó regresar? *What was the recommended follow up?*
 - ¿Ve bien de cerca y lejos? *Do you see well up close and far?*
- ¿Usa espejuelos o lentes de contacto? *Do you use glasses or contact lenses?*
 - ¿Qué usa? *Which one do you use?*
 - ¿Para qué fueron recetados? *What was/were they prescribed for?*
 - ¿Cuándo se lo recetaron? *When were they prescribed?*
 - ¿Cuándo comenzó a usar espejuelos? ¿Ve bien con los lentes? *When did you begin using them, do you see well with them?*
 - **LENTE DE CONTACTO**
 - ¿Qué tipo de contactos usa? *What type of CLS do you use?*
 - ¿Por cuánto tiempo ha usado los contactos? *For how long do you use them?*
 - ¿Con que frecuencia los cambia? *How often do you change them?*
 - ¿Qué solución usa? *What solution do you use for them?*

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

- ¿Cuándo fue su último examen médico? *When was your last medical exam?*
- REVIEW OF SYSTEMS:
 - ¿Tiene alguna condición médica *Have you been diagnosed with any systemic condition?*
 - Del sistema cardiovascular, como presión alta (hipertensión) or baja, colesterol alto
 - *Of the CARDIOVASCULAR SYSTEM, such as HYPOTENSION, HYPERTENSION, OR HIGH CHOLESTEROL*
 - Del sistema digestivo, como condiciones del hígado como hepatitis, estomago, intestino, páncreas
 - *Of the DIGESTIVE SYSTEM, for example the LIVER (hepatitis), PANCREAS, STOMACH, INTESTINES*
 - Del sistema endocrino, como condiciones de la tiroide, or hormonas
 - *Of the ENDOCRINE SYSTEM, such as HORMONES*
 - Del sistema excretorio, como de los riñones
 - *Of the EXCRETORY SYSTEM, including the KIDNEYS, BLADDER, or URETHRA*
 - Del sistema inmuno, de la sangre, enfermedades venéricas, cáncer, VIH
 - *Of the IMMUNE SYSTEM, such as LIMPH NODES, TONSILS, BLOOD, CANCER, HIV*
 - Condiciones de la piel, como acné, rashes, úlceras en los labios
 - *Of the INTEGUMENTARY/SKIN, such as RASHES, ACNÉ, COLD SORES*
 - Del sistema muscular, como del corazón, musculos, tendones, ligamentos
 - *Of the MUSCULAR SYSTEM, such as the MUSCLE, HEART, TENDONS, LIGAMENTS*

- Del sistema nervioso, como condiciones neurológicas
 - *Of the NERVOUS SYSTEM, such as the BRAIN, SPINAL CORD, STRESS, PSYCHOLOGICAL conditions*
- Del sistema reproductivo
 - *Of the REPRODUCTIVE SYSTEM, like the GENITAL ORGANS*
- Del sistema respiratorio, de la nariz, garganta, asma, ASTHMA
 - *Of the RESPIRATORY SYSTEM, such as the NOSE, THROAT, LUNGS*
- Del sistema esquelético, como de los huesos, dientes
 - *Of the SKELETAL SYSTEM, such as the BONES, BONE MARROW, JOINTS, TEETH*
 - [problemas del corazón, diabetes, asma, VIH, colesterol alto, enfermedades venéreas, la tiroide, los riñones, cáncer, hepatitis o problemas del hígado, cirugías?]
 - [¿Tiene problemas con sus oídos, nariz, garganta, músculos, huesos, o su piel?]
- ¿Ha tenido alguna cirugía? *Have you had any surgeries?*
- ¿Tiene fiebre o ha perdido peso últimamente? *Do you have a fever or have you lost significant weight lately?*
- ¿Condiciones psicológicas? *Psychological conditions?*
- Alguna otra condición que no haya mencionado? *Any other condition that I didn't mention?*
- Si es positivo a condiciones determine:
 - ¿Ha ido al médico por **el problema**? *Have you been to the doctor for the condition?*
 - ¿Cuándo se diagnosticó? *When was it diagnosed?*
 - ¿Qué tratamiento recibió? *Did you receive treatment? What kind?*
 - ¿Cómo está ahora? o ¿Está bajo control? *Is it under control now?*
 - ¿Le han cambiado el tratamiento? *Has the treatment been changed?*
 - ¿Está tomando algún medicamento? *Are you taking any medications now?*
 - ¿Qué medicamento y cuál es la dosis? *What medication? What's the dose and frequency?*
 - ¿Con qué frecuencia? *How often?*
 - ¿Tiene problemas con la medicina? *Are there any problems with the medication?*
 - ¿Cuándo se le recomendó regresar? *What was the recommended follow up?*
 - (DIABETES)
 - ¿Cómo estuvo su último nivel de azúcar y cuándo fue? *What was your last sugar reading?*
 - ¿Cómo está su hemoglobina glicosilada? *How's your hemoglobin A1C?*
 - ¿Cuánto fueron? *How much was it?*
 - ¿Qué medicamentos usa? *What medications are you using?*
 - (VIH)
 - ¿En cuánto está la carga viral y el número de CD4 *What's the viral charge & CD4 count?*

ALERGIAS

- ¿Es alérgico a medicinas, comidas o cosas en el ambiente? *Are you allergic to medicines, foods, things in environment?*

- ¿A qué? *To what?*
- ¿Qué reacción tiene? *What reaction do you have?*
- ¿Toma medicamentos para su alergia? *Are you taking medication for that?*
 - **IF NO ALLERGIES, RECORD: NKA (NOT-KNOWN ALLERGIES)**

SUBSTANCIAS CONTROLADAS

- Las siguientes preguntas son confidenciales. *The following questions are confidential:*
- ¿Usa o ha usado tabaco, alcohol o drogas ilícitas? *Do you or have you used: tobacco, alcohol or drugs?*
 - Si es positivo determine:
 - ¿Qué tipo? *What kind?*
 - ¿Con qué frecuencia? *How frequent?*
 - ¿Qué cantidad? *What quantity?*
 - (DROGAS) ¿Oral, inhalado, o intravenoso? *DRUGS: oral, inhaled, or intravenous?*

A LAS MUJERES

- ¿Hay la posibilidad de que esté embarazada? ¿Está lactando? *Is there a possibility you are pregnant? Lactating?*
 - Si está embarazada determine:
 - ¿Cuántos meses? *How many months?*

DEVELOPMENTAL (FOR PTS UNDER 18 Y.O.)

- Cuantas semanas hizo de gestación? *How many weeks of gestation? (normal is 40 wks or 36 and above)*
 - Menos de 36 semanas, estuvo en la incubadora? *If less than 36wks, was pt placed in incubator?*
- Fue nacido (a) naturalmente o por cesaria? *Was it a natural birth or a C-section?*
- El paciente empezó a gatear antes de caminar? *Did pt. start crawling before walking?*
- A los cuantos años empezó a caminar por si mismo (a)? *At what age did pt. start walking by him/herself?*
- Ha recibido todas sus vacunas? *Has the pt. received all their vaccines?*

HISTORIAL OCULAR FAMILIAR Y MÉDICO FAMILIAR

- ¿Alguien en su familia inmediata padece de condiciones oculares o de salud?
 - *Any one in your immediate family been diagnosed with ocular conditions or health conditions?*
- ¿Quién? *Who?*
- ¿Qué padece? *What condition?*

¿ALGO MAS QUE YO DEBA SABER SOBRE SU SALUD O SUS OJOS? *Anything else I should know about the health of your eyes?*

BLOOD PRESSURE

1. <i>Palpate the brachial artery just below the bend of the elbow</i>	<i>Record:</i>
2. <i>Pt. should be sitting comfortably, legs UNCROSSED, palm of hand facing up.</i>	<i>Nearest even number</i>
	<i>Arm used</i>

<ol style="list-style-type: none"> 3. Wrap BP cuff snugly. 4. Place diaphragm of stethoscope directly over brachial artery. 5. Inflate cuff over 140 6. Deflate slowly @ first, then at rate of 5-10mmHg 	<i>Time of day</i> <i>Position of pt.</i> <i>Ex: 119/79mmHg, right arm, 3:00pm, sitting</i>
I AM GOING TO TAKE YOUR BLOD PRESURE. PLEASE RELAX YOUR ARM.	VOY A TOMARLE SU PRESIÓN. POR FAVOR RELAJE SU BRAZO.

(VA's) VISUAL ACUITY

<ol style="list-style-type: none"> 1. If pt. has sRx, sc, then cc 2. Distance at 20ft or 6m – present whole chart 3. Near at 40cm 4. OD, OS, and OU 	<i>Record:</i> <i>Cc, sc, near and far</i> <i>OD: 20/--</i> <i>OS: 20/--</i> <i>OU: 20/--</i>
THIS TEST IS TO DETERMINE YOUR ABILITY TO SEE AT FAR AND AT NEAR DISTANCES.	ESTE EXAMEN ES PARA DETERMINAR SU ABILIDAD DE VER DE LEJOS Y DE CERCA.
PLEASE REMOVE YOUR GLASSES.	POR FAVOR QUITESE SUS LENTES
COVER YOUR RIGHT EYE, read smallest line w/o forcing your vision	CUBRA SU OJO DERECHO, lea la linea mas pequena que pueda sin forzar la vista
COVER YOUR LEFT EYE, read smallest line w/o forcing vision	CUBRA SU OJO IZQUIERDO, lea la linea mas pequena que pueda sin forzar la vista
WITH BOTH EYES	CON LOS DOS OJOS.
PLEASE PUT ON YOUR GLASSES.	POR FAVOR PONGASE SUS ESPEJUELOS (LENTES)

COLOR VISION (50cm) HRR TEST

<ol style="list-style-type: none"> 1. CC 2. Overhead lamp 3. Near; 30" or 50cm 4. (Monocularly only if VA's vary by a lot, otherwise binocular) 5. Pt. holds occluder 6. Turn pages one at a time 	<i>Record:</i> <i>#correct plates/#plates demonstrated</i> <i>Name of test used</i> <i>Ex: cc OU 10/10, HRR</i>
THIS EXAM IS TO DETECT POSSIBLE COLOR DEFICIENCIES IN YOUR VISION.	ESTE EXAMEN ES PARA DETECTAR DEFICIENCIAS DE COLOR EN SU VISTA.
COVER THE (LEFT/RIGHT) EYE	CUBRA SU OJO (IZQUIERDO/DERECHO)
LOOK HERE	MIRE AQUI
PLEASE TELL ME WHAT YOU SEE HERE.	POR FAVOR DIGAME LO QUE VE AQUI.
DO YOU SEE A NUMBER OR SOMETHING ELSE?	VE ALGUN NUMERO O OTRA COSA?

STEREOPSIS RANDOT (AT 40 CM)

<ol style="list-style-type: none"> 1. Cc only (polarized gls on top of pt's correction) 2. 40cm 3. Overhead lamp on test 4. Test until pt. give 2 consecutive wrong answers 	<i>Record:</i> <i>SA at N sc or cc</i> <i>Amount in sec of arc (normal is 20 sec of arc)</i> <i>Indicate name of test (Randot)</i>
---	--

THIS EXAM IS TO DETERMINE DEPTH PERCEPTION.	ESTE EXAMEN ES PARA DETERMINAR SU PERCEPTION DE PROFUNDIDAD.
PUT THESE GLASSES ON PLEASE. (POLARIZED GLASSES)	PONGASE ESTOS LENTES PORFAVOR
PLEASE LOOK HERE.	PORFAVOR MIRE AQUI
IDENTIFY THE OBJECT CLOSEST TO YOU?	ME PUEDE DECIR SI VE EL OBJETO MAS SERCA A USTED?
IDENTIFY THE "FLOATING IMAGE" PLEASE....	IDENTIFIQUE LA IMAGEN QUE FLOTA, POR FAVOR...
TELL ME WHICH OF THESE CIRCLES JUMPS OUT OF THE PAGE MORE.	DIGAME CUALES DE ESTOS CIRULOS RESALTA MAS DE LA PAGINA.

CONFRONTATION VISUAL FIELDS

<ol style="list-style-type: none"> 1. Sc @ 60-80cm (about arms length or less) 2. Ask pt. to occlude one eye and to look at your unoccluded eye the whole time 3. Ask them to tell you how many fingers they see when they see it 4. Bring fingers (1,2,4) from periphery and wait for response 5. Repeat in 8 locations (S, SN, ST, T, I, IT, IN, N) 	<i>Report:</i> OD: FFFC OS: FFFC (Full Field to Finger Counting) If defect: draw where & describe it as hemianopsia, quadranopsia, scotoma, etc.
I AM GOING TO EVALUATE YOUR PERIPHERAL VISION	VOY A EXAMINAR SU VISIÓN PERIFERAL
COVER YOUR LEFT EYE WITH YOUR LEFT HAND	CUBRA SU OJO IZQUIERDO CON SU MANO IZQUIERDA
ONLY LOOK FORWARD AT MY EYE WHILE COUNTING MY FINGERS OFF TO THE SIDE	MIRE SOLAMENTE A MI OJO MIENTRAS CUENTE MIS DEDOS AL LADO
NOW, COVER YOUR RIGHT EYE WITH YOUR RIGHT HAND	CUBRA SU OJO DERECHO CON SU MANO DERECHA
ONLY LOOK FORWARD AT MY EYE WHILE COUNTING MY FINGERS OFF TO THE SIDE	MIRE SOLAMENTE A MI OJO MIENTRAS CUENTE MIS DEDOS AL LADO

(PD) PUPILARY DISTANCE

THIS IS TO MEASURE THE DISTANCE BETWEEN YOUR PUPILS.	ESTO ES PARA MEDIR LA DISTANCIA ENTRE SUS PUPILAS.
I AM GOING TO TOUCH YOUR FACE FOR A MOMENT.	VOY A TOCAR SU CARA UN MOMENTITO.
PLEASE LOOK AT MY OPEN EYE.	POR FAVOR MIRE MI OJO QUE ESTA ABIERTO.

NPC (40cm) NEAR POINT OF CONVERGENCE

<ol style="list-style-type: none"> 1. Cc 2. Binocular 3. Move target (use 1 above Best VA of the worst eye) 4. Move toward until pt. reports blurry, then break (double), then move away until sees single or you notice deviated eye regains fixation 	<i>Recording:</i> Cc or sc Blur/break/recovery If none reported, but you saw eye deviation, write x/distance at which you saw deviation If none whatsoever, write TTN (to the nose)
THIS TEST IS TO DETERMINE THE ABILITY TO CONVERGE AND MAINTAIN A SINGLE IMAGE WITH YOUR EYES (FUSION).	ESTE EXAMEN ES PARA DETERMINAR SU ABILIDAD DE MANTENER UNA SOLA IMAGEN CON SUS OJOS.
LOOK AT THE LETTER E.	MIRE A LA LETRA E TODO EL TIEMPO.
TELL ME WHEN IT GETS BLURRY, WHEN IT DOUBLES, AND WHEN IT GETS CLEAR AGAIN.	DIGAME CUANDO SE VEA BORROSO, CUANDO SE VEA DOBLE, Y CUANDO SE VEA CLARO OTRA VEZ.

(NPA) NEAR POINT OF ACCOMODATION (Donder's)

<ol style="list-style-type: none"> 1. Cc only 2. Use near VA chart 3. Need overhead lamp 4. Use the line that is one above the best VA of worst eye 5. Monocular 	<i>Record:</i> Convert measurement to Dioptic value Report cc OD/OS in diopters
READ THIS LINE WHILE BRINGING IT CLOSER TO YOU UNTIL YOU CANNOT READ IT ANYMORE	LEA ESTA LINEA MIENTROS LO ACERCO A USTED HASTA QUE NO LO PUEDA LEER MAS

(EOM) EXTRA OCULAR MUSCLES (40cm)

<ol style="list-style-type: none"> 1. Sc only, no cc 2. 30-40cm 3. Penlight or transilluminator, Target, Occluder 4. Move target forming a broad H, start in front of pt. 5. Move light to 8 additional positions (total of 9) 6. Look for change in relative position in corneal reflection 7. OD, OS, OU 	<i>Record:</i> SAFE OD, OS, OU Identify abnormal eye problems, direction of gaze
THIS TEST IS TO SEE MOVEMENTS OF YOUR EYES...AND TO EVALUATE HOW THE MUSCLES OF YOUR EYES WORK.	ESTE EXAMEN ES PARA VER LOS MOVIMIENTOS DE LOS OJOS...Y EVALUAR COMO LOS MUSCULOS DE SUS OJOS TRABAJAN.
TELL ME IF YOU SEE DOUBLE OR FEEL PAIN IN YOUR EYES.	DIGAME SI MIRA DOBLE O SI SIENTE DOLOR EN LOS OJOS.
PLEASE COVER YOUR LEFT/RIGHT EYE.	POR FAVOR CUBRA SU OJO IZQUIERDO/DERECHO.
PLEASE LOOK AT THE LIGHT WITHOUT MOVING YOUR HEAD.	POR FAVOR MIRE LA LUZ SIN MOVER SU CABEZA.
FOLLOW THE LIGHT WITH ONLY YOUR EYES.	SIGA LA LUZ SOLAMENTE CON SUS OJOS
DO NOT MOVE YOUR HEAD	NO MUEVA LA CABEZA

AFFERENT PUPILARY DEFECTS

THIS EXAM IS TO EVALUATE THE REACTION OF YOUR MUSCLES IN YOUR PUPILS.	ESTO ES PARA EVALUAR LA REACTION DE LOS MUSCULOS DE SUS PUPILAS.
LOOK HERE AT ALL TIMES	MIRE AQUI SIEMPRE

HIRSHBERG

<ol style="list-style-type: none"> 1. Sc only, no cc 2. Need penlight or transilluminator, occluder 3. Penlight is held directly in front of the pt. and the corneal light reflexes are observed 4. Do monocular and binocular 	<i>Record:</i> Name of test None: ortho Strabismus: eye, size, and direction
THIS TESTS FOR ANY DEVIATIONS OF THE EYES.	ESTE EXAMEN DETERMINA SI HAY DESVIACION DE LOS OJOS.
PLEASE LOOK AT THE LIGHT...PLEASE LOOK HERE.	POR FAVOR MIRE A LA LUZ....POR FAVOR MIRE AQUI.

DIRECT OPHTHALMOSCOPY

<ol style="list-style-type: none"> 1. Sc only 2. 40 – 66 cm 3. Hold w/R hand and align your OD to examine pt's OD 4. Use index finger for the power wheel 5. Position instrument 10-15 cm from pt's eye, about 15 degrees temporal to the line of sight 6. w/ +8.00 to +10.00D focus on iris, observe, check orange reflex of fundus 7. reduce power until in focus. Move closer until your hand holding the instrument touches the pt's face 8. locate optic disc. Optic head should be visible when you are at 15 deg. temporal to the pt's visual axis 9. Examine the disc, margins, rim tissue, color and contour, cup size and depth 10. Determine the cup to disc ration for H and V dimensions 11. Check if there's spontaneous venous pulsation (SVP) 12. Examine region adjacent to disc 13. Examine the mid-periphery (S, T, I, N quadrants making pt move eye) 14. Evaluate arterial to vein ratio, A/V crossings, retinal background, check for color and evenness of pigmentation 15. Move to pt's line of sight to observe macula or ask pt to look into your light (constriction!!!) Determine color, reflex of fovea if present 16. Do LEFT eye 	<p>Record:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cup/disc (C/D) ratio 2. Color 3. Margins 4. Vasculature 5. Macula 6. Background (post pole) 7. Media
THIS EXAM IS TO EVALUATE THE HEALTH OF THE INTERIOR OF YOUR EYES.	ESTE EXAMEN ES PARA EVALUAR LA SALUD DEL INTERIOR DE SUS OJOS.
LOOK STRAIGHT AHEAD	MIRE PARA ENFRENTE
LOOK LEFT	MIRE A LA IZQUIERDA
LOOK RIGHT	MIRE A LA DERECHA
LOOK UP	MIRE PARA ARRIBA
LOOK DOWN	MIRE PARA ABAJO
LOOK HERE.	MIRE AQUI.

COVER TEST

<ol style="list-style-type: none"> 1. Unilateral first, then Alternating 2. CC only, if any 3. 40cm 4. Need: occlude, target, D&N lamp, H&V prism bars 5. Near target is near chart (1 line above BVA) 6. Unilateral: 7. –for target, use 1 line above BVA 8. –Occlude one eye, uncover 1-2 sec later 9. –Monitor the non-covered eye 10. –movement inward upon covering other eye = EXO 11. –Movement outward upon covering other eye=ESO 12. –Use prism BI, BO, BU, BD to neutralize movement—should be no movement when uncover with prism 	<p>Record:</p> <p>Unilateral: CT sc or cc D then N Direction of deviation Amount Prism to neutralize</p> <p>Alternating: Indicate R or L for Vertical prism --all T E or X; P or T Ortho: none Intermittent T-%</p>
---	---

13. <i>Alternating:</i> 14. <i>–use same target</i> 15. <i>–Occlude one eye, uncover 1-2secs later, occlude other eye</i> 16. <i>–Monitor movement of eye you just unoccluded</i> 17. <i>–If movement, proceed with prism bars</i>	<i>Noncomitant – 1ry, 2ry</i>
THIS TEST IS TO DETERMINE IF YOU HAVE ANY DEVIATIONS IN YOUR EYES.	ESTE EXAMEN ES PARA DETERMINAR SI USTED TIENE DESVIACIONES EN LOS OJOS.
PLEASE LOOK HERE ALL THE TIME.	PORFAVOR MIRE AQUI TODO EL TIEMPO.

SLIT LAMP

I AM GOING TO EVALUATE THE HEALTH OF YOUR EYES. THIS INSTRUMENT IS TO CHECK THE STRUCTURES OF YOUR EYES.	VOY A EVALUAR LA SALUD DE SUS OJOS. ESTE INSTRUMENTO ES PARA EVALUAR LAS ESTRUCTURAS DE SUS OJOS.
DURING THIS EXAM, I WILL TOUCH YOUR EYELIDS A MOMENT.	DURANTE EL EXAMEN, VOY A TOCAR SUS PARPADOS UN MOMENTITO.
PLEASE CLOSE YOUR EYES.... OPEN YOUR EYES	SIERRE SUS OJOS PORFAVOR..... ABRA SUS OJOS
LOOK STRAIGHT AHEAD	MIRE PARA ENFRENTE
LOOK LEFT	MIRE A LA IZQUIERDA
LOOK RIGHT	MIRE A LA DERECHA
LOOK UP	MIRE PARA ARRIBA
LOOK DOWN	MIRE PARA ABAJO
LOOK HERE.	MIRE AQUI

GOLDMAN TONOMETRY

THIS EXAM IS TO MEASURE THE PRESSURE IN YOUR EYES.	ESTE EXAMEN ES PARA MEDIR LA PRESSION DE SUS OJOS.
THE INSTRUMENT WILL TOUCH YOUR EYES FOR A MOMENT.	EL INSTRUMENTO LE VA A TOCAR LOS OJOS UN MOMENTITO.
I WILL PLACE A DROP OF ANESTHESIA IN YOUR EYES FOR YOUR COMFORT.	VOY A PONER UNA GOTTA DE ANESTHESIA EN SUS OJOS PARA SU COMODIDAD.

RETINOSCOPY DISTANCE 20 FEET

<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Sc only, no cc</i> 2. <i>Dim illumination</i> 3. <i>Target: 20/400 E with R/G filter</i> 4. <i>50-67cm from eye</i> 5. <i>Need: streak retinoscope, lens rack, ret bars, phoropter</i> 6. <i>Determine presence of astigmatism</i> 7. <i>Localize the principal meridians</i> 8. <i>Check type of reflex</i> 9. <i>Neutralize WITH movt first, the slowest and dimmest</i> 10. <i>Then AGAINST, first brightest, fastest, or thinnest</i> 11. <i>Change streak to 90deg, align cyl axis indicator on phoropter, neut w/ minus cyl</i> 12. <i>Do OD then OS, back to OD</i> 13. <i>Measure VA</i> 	<i>Record: Record finding Subtract WD</i>
--	---

THIS EXAM IS TO FIND THE REFRACTIVE CORRECTION OF YOUR EYES.	ESTE EXAMEN ES PARA ENCONTRAR LA CORRECCION REFRACTIVA DE SUS OJOS.
LOOK AT THE GREEN SIDE OF THE LETTER E....NOW LOOK AT THE RED SIDE.	MIRE A LA AREA VERDE DE LA LETRA E...AHORA MIRE A LA PARTE ROJA.
DO NOT LOOK AT MY LIGHT.	NO MIRE A MI LUZ.
KEEP BOTH EYES OPEN.	MANTENGA LOS DOS OJOS ABIERTOS.

KERATOMETRY

<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Sc, no cc</i> 2. <i>Align until reflection of mires are on the cornea.</i> 3. <i>Refine the mires' alignment</i> 4. <i>Focus so reticle is in the center of the lower right hand circle. Lock instrument.</i> 5. <i>Adjust Horizontal until mires are coincident, then align Vertical until meridians are coincident</i> 6. <i>If irregular astigmatism, the 2 principal meridians will not be 90 degrees apart. First do H meridian, then V. Switch eyes.</i> 	<p><i>Record:</i> <i>OD then OS</i> <i>Power and meridian: H/V in Diopters</i> <i>-MCAR, AT, WR, OBL or irregular</i> <i>Ex: OD 42.50@180/43.00@090 Mires clear cc</i> <i>-0.50 x 180</i></p>
THIS EXAM IS TO FIND THE CURVATURE OF YOUR CORNEA.	ESTE EXAMEN ES PARA ENCONTRAR LA CURVATURA DE SU CORNEA.
PLACE YOUR CHIN HERE. PUT YOUR FORHEAD ON THE BAR.	PONGA SU BARBILLA AQUI. PONGA SU FRENTE SOBRE LA BARRA.
LOOK INTO THE CENTER OF THE INSTRUMENT.	MIRE AL CENTRO DEL INSTRUMENTO.
KEEP BOTH EYES OPEN.	MANTENGA LOS DOS OJOS ABIERTOS.