

INSTRUCCIONES PARA LENTE DE CONTACTO

LOS LENTES DE CONTACTO SON CLASIFICADAS COMO DISPOSITIVOS MÉDICOS POR EL FDA Y TIENEN EL POTENCIAL DE DAÑAR TUS OJOS Y/O RESULTADO EN PÉRDIDA COMPLETA DE LA VISIÓN. ES IMPORTANTE QUE ENTIENDA Y SIGUA TODAS LAS INSTRUCCIONES EN SU TOTALIDAD COMO ESTAN ESCRITAS.

CUIDADO DEL LENTE: Lávese las manos con un jabón sin aceite y sécar las manos antes de tocar los lentes. Coloque el lente en la palma de su mano y coloque 5-10 gotas de solución en el lente, luego frote suavemente el lente por cada lado durante 15 segundos. Enjuague el lente con una solución adicional y coloque el lente de contacto en su estuche para lentes lleno de solución fresca. Dejar los lentes en el estuche cerrado durante al menos 6 horas. Antes de usar, compruebe que el lente no se rompa antes de insertarlo. Asegúrese de que el lente esté en el lado correcto antes de insertarlo. **Nunca use lentes dañados o rotos.** Después de insertar los contactos en el ojo, deseche la solución restante, luego enjuague la caja de el lente de contacto SOLAMENTE con la solución de lentes de contacto (no agua). Deje la caja abierta para secar al aire cuando no esté en uso. Cambie el estuche de lente de contacto cada 3 meses.

PRESCRIPCIÓN DE CL: Una prescripción de la lentilla se proporcionará a fines del proceso apropiado sólo al fin del examen de seguimiento. La liberación de su prescripción de lentilla, es buena por un año de la fecha inicial, es condicional en usted siguiendo las pautas recomendadas del cuidado como son descritas aquí y volviendo para cualquier evaluación necesaria para asegurar su salud de ojo y condición de sus lentillas.

NO DUERMA EN SUS LENTILLAS A MENOS QUE A MENOS QUE SEA INSTRUIDO POR SU MEDICO. NO NADE/ JACUZZI O DUCHA EN SUS CONTACTOS. NO USE SUS LENTES DE CONTACTO SI USTED NO SE SIENTE BIEN.

LOS SÍNTOMAS NORMALES: Es normal sentir algún conocimiento de lente, picar o irritación templado o sequedad. Generalmente sus ojos deben ser **claros, cómodos y ver bien** al llevar sus lentillas.

LOS SÍNTOMAS ANORMALES: Si usted experiencia dolor, rojez severa, visión indistinta, o algo que no se sienta normal, **por favor discontinúe uso del lente inmediatamente y llama o visita nuestra oficina.**

LAS GAFAS: Un par de gafas actualizadas son recomendadas en caso de emergencia o para uso si usted no puede llevar sus lentillas por cualquier razón, tal como infección de ojo, y para evitar el sobre-llevar de su lentillas.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS QUE APLICAN DIRECTAMENTE A USTED

SOLUCIONES: Es muy importante utilizar las soluciones apropiadas para sus ojos y su tipo específico de lente. Utilice sólo la marca de solución dada a usted por su médico. No cambie de marcas porque cada marca contiene conservantes y tintorería diferentes y si es utilizado incorrecto puede causar irritación a sus ojos o dañar a sus lentes. Utilice solución fresca cada día para desinfectar sus contactos. SOLUCIÓN REQUIRIDA

HORARIO:

 Nuevo usuario: Si sus ojos estan cómodos, use sus lentillas 4 horas en el primer día y el aumente el uso por 1 hora cada día hasta que usted pueda llevarlos cómodamente durante 8-10 horas.

 El usuario establecido: Lleve sus contactos un mínimo de 12 horas, a menos que esté instruido de otra manera.

VIDA DE USO: La vida de lentillas varía por el tipo y depende de un régimen apropiado del cuidado. Deshágase de sus lentillas cuando su medico le instruye y no los lleve para más que el período instruido.

 2 SEMANA DESECHABLE

 1 MES DESECHABLE

 OTRA: _____

 APROBADO para uso sobre noche

 NO APROBADO para uso sobre noche

CONSENTO DE INTRODUCCIÓN Y ELIMINACIÓN

He completado la sesión de lentilla, la sesión de capacitación de la eliminación y el cuidado.

He usado lentillas en el pasado y entiendo completamente cómo meter, quitar y cuidar apropiadamente a mis lentillas.

EXAMEN DE SEGUIMIENTO: REGRESE PARA SU CUIDO DE SEGUIMIENTO EN _____ SEMANAS/MESES. Favor de regresar habiendo usado sus lentes de contacto por lo menos 4 horas. **Si usted falla a regresar para su revisión, no será dado una prescripción de lentilla.**

Si su cuidado requiere más de 3 meses, los cargos de \$25.00 por visita aplicarán.

He leído y entiendo las instrucciones en el cuidado y el uso de mis lentillas. Entiendo que debo volver al médico para un examen de seguimiento si instruyó para hacer así después de que mis lentillas hayan sido distribuidas a mí. He sido informado de la necesidad de exámenes anuales para controlar mi salud de ojo y condición de mis lentillas. Es mi comprensión que el uso impropio y el cuidado inadecuado de lentillas pueden causar irritación de ojo, infecciones, herida a la córnea, y pérdida de la visión. Sé que si yo no vuelvo al Médico como instruido y si maltrato mis lentes, el Médico, los ópticos, y el fabricante de lentilla de pueden ser tenido responsables de ningún daño que pueda ocurrir y los CARGOS ADICIONALES DE EXAMEN SE APLICARÁN.

Nombre: _____ Firma _____ Fecha _____