

# HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Centro Optico

20

2019-01-01 231 91 92

Fecha: April 6/2019  
 Nombres: ALVARO SANCHEZ Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Documento: 1041226521 Fecha Nacimiento: 1/1 Sexo: M Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Edad: 22 Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: 3016774083 Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Empresa: MAOFINCA Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Dirección Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Sector: \_\_\_\_\_ Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_ Acompañante: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

ANAMNESIS: Último examen visual por médico A.V

DUCCIONES pm

AV VL SC	AV VP SC
OD <u>20/40</u>	OD <u>14+</u>
OI <u>20/40</u>	OI <u>14+</u>

AV CC VL	AV CC VP	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD
OD		<u>-3.75</u>			
OI					

Tipo de lentes \_\_\_\_\_ Uso de las gafas \_\_\_\_\_

Alérgico a medicamentos: SI \_\_\_\_\_ NO + Cual? \_\_\_\_\_

Antecedentes Oculares SI \_\_\_\_\_ NO + Cual? \_\_\_\_\_

Antecedentes Personales SI \_\_\_\_\_ NO + Cual? \_\_\_\_\_

Antecedentes Familiares SI \_\_\_\_\_ NO + Cual? \_\_\_\_\_

Motivo de Consulta Mala visión en la leja

Dolor de Cabeza SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Ardor Ocular SI + NO \_\_\_\_\_ Pican los ojos SI + NO \_\_\_\_\_ Visión Borrosa SI + NO \_\_\_\_\_

Usa computador SI + NO \_\_\_\_\_ Que intensidad \_\_\_\_\_

Usa Celular SI + NO \_\_\_\_\_ Que intensidad \_\_\_\_\_

Aire Acondicionad/Ventiladores SI + NO \_\_\_\_\_ Que intensidad \_\_\_\_\_

Conduce Motocicleta SI ☒ NO ☒ Usa protección Ocular ☒

QUERATOMETRIA OD 47

OI 47

BIOMICROSCOPIA OD 47

OI 47

ESTADO MOTOR LEJOS 33CM 20CM PPC HIRSCHBERG

FONDO DE OJO: OD: Coloración

Esc 0.7 R/V 2/3

OI Coloración

Esc 0.7 R/V 2/3

Retinoscopia Estática OD 1.75 - 1.75 - 0.75 7.50 ADD AVL AVP

OI 1.75 ADD AVL AVP

Subjetivo OD ADD AVL AVP

OI ADD AVL AVP

RX Final

OD <u>2.00 - 0.75 7.50</u>	ADD <u>7</u>	AVD <u>2.00</u>	AVP <u>0.75</u>	NP
OI <u>2.25 R</u>	ADD <u>1</u>	AVL <u>2.00</u>	AVP <u>0.75</u>	NP

Tipo de lente CR AR SI ☒ NO ☒ Transitions SI ☐ NO ☒ Foto SI ☐ NO ☒

Material: Policarbonato SI ☒ NO ☒ CR-39 SI ☐ NO ☒ Alto índice SI ☐ NO ☒

Test Ishihara 24 Test Titmus (Mosca) 24

Diagnóstico: Presbicia

Conducta: Se da Rx

Próximo Control 6 meses

Firma y Sello Profesional [Firma]

Firma Paciente Alexandra Santos