

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Centro Óptico  
Punto 20  
Hil. 43,218,818-2  
Cra. 47 N° 54 - 81 Tel. 231 91 92

Fecha: 2021/ 5/2017  
 Nombres: JOSEPH CARDENAS Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Documento: 42988630 Fecha Nacimiento: / / Sexo: F M Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Edad: 46 Teléfono: 3002350584 Celular: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Empresa: MAOPINCA Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Dirección Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Sector: \_\_\_\_\_ Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_ Acompañante: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

ANAMNESIS: Último examen visual 11/2017 A.V.

DUCCIONES fuerte

AV VL SC	AV VP SC
OD <u>20/25</u>	OD <u>CH</u>
OI <u>20/25</u>	OI <u>CH</u>

AV CC VL	AV CC VP	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD
OD		<u>1.5</u>	<u>0.75</u>		
OI		<u>1.5</u>	<u>0.75</u>		

Tipo de lentes plano Uso de las gafas flexible

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

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

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

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

Motivo de Consulta Cataratas Medicinas al laser

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                      OI                     

BIOMICROSCOPIA OD                     

OI                     

ESTADO MOTOR LEJOS                      33CM                      20CM                      PPC                      HIRSCHBERG                     

FONDO DE OJO: OD: Coloración                     

Esc 0.3 R/V 2/3

OI Coloración                     

Esc 0.7 R/V 2/3

Retinoscopia Estática OD                      ADD                      AVL                      AVP                     

OI                      ADD                      AVL                      AVP                     

Subjetivo OD                      ADD                      AVL                      AVP                     

OI                      ADD                      AVL                      AVP                     

RX Final

OD <u>                    </u>	ADD <u>+1.00</u>	AVL <u>2.00</u>	AVP <u>0.5</u>	NP
OI <u>                    </u>	ADD <u>+1.00</u>	AVL <u>2.00</u>	AVP <u>0.5</u>	NP

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

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

Test Ishihara                      Test Titmus (Mosca)                     

Diagnóstico: Presb. L

Conducta: 2 ver. 11x

Próximo Control 11/20

Firma y Sello Profesional                      Firma Paciente Jenny Carreras