

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha: 2021/5/20  
 Centro óptico Punto 20  
 Nombres: DIANA BEDOYA Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Documento: 40518626 Fecha Nacimiento: 1/10/61 Sexo: ☒ M Estado Civil: SEPARADA  
 Edad: 49 Teléfono: 4448191 Celular: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Empresa: MAOFINCA Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Dirección Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Sector: \_\_\_\_\_ Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_ Acompañante: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

ANAMNESIS: Último examen visual 6 años A.V

DUCCIONES: 111

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

AV CC VL	AV CC VP	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD
OD <u>20/40</u>	<u>1.00</u>				<u>+1.00</u>
OI <u>20/40</u>	<u>1.00</u>				<u>+1.00</u>

Tipo de lentes progresivas Uso de las gafas permanente

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

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

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

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

Motivo de Consulta por dolor de cabeza y de vista

Dolor de Cabeza SI ☐ NO ☒ Ardor Ocular SI ☐ NO ☒ Pican los ojos SI ☐ NO ☒ Visión Borrosa SI ☒ NO ☐

Uso computador SI ☒ NO ☐ Que intensidad \_\_\_\_\_

Uso Celular SI ☒ NO ☐ Que intensidad \_\_\_\_\_

Aire Acondicionado/Ventiladores SI ☒ NO ☐ Que intensidad \_\_\_\_\_

Firma Paciente J. D. ...