

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Centro Optico
Punto 20
NIT 43.220.813-2
Cra. 47 No 54 - 01 Tel. 231 91 92

Fecha: 13/12/17
 Nombres: JESSICA RODRIGUEZ Apellidos: _____
 Documento: 1039456408 Fecha Nacimiento: / / Sexo: F M Estado Civil: _____
 Edad: 25 Teléfono: 9510181 Celular: _____ Ocupación: _____
 Empresa: MAOFINCA Seguridad Social: _____ Dirección Domicilio: _____
 Sector: _____ Persona Responsable: _____ Teléfono: _____
 Parentesco: _____ Acompañante: _____ Parentesco: _____
 Teléfono: _____

ANAMNESIS: Último examen visual 1 month A.V.

DUCCIONES far

AV VL SC	AV VP SC
OD <u>0/26</u>	OD <u>0/26</u>
OI <u>0/34</u>	OI <u>0/34</u>

AV CC VL	AV CC VP	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD
OD					
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 Control de Presbicia

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 _____

Firma y Sello Profesional  Firma Paciente 8. Jossico R. R.