

Cra 47 No. 17-18 Tel. 231 91 91

Fecha: ABRIL 15/2017
 Nombre: CRISTIAN CAMILO Apellidos: CONDROS MENDEZ
 Documento: 1019248643 Fecha Nacimiento: / / Sexo: F M Estado Civil:
 Edad: Teléfono: Celular: Ocupación:
 Empresa: MIOPHONA Seguridad Social: Dirección Domicilio:
 Sector: Persona Responsable: Teléfono:
 Parentesco: Acompañante: Parentesco:
 Teléfono:

ANAMNESIS: Último examen visual 20 años

A.V

DUCCIONES para

AV VL SC	AV VP SC
OD <u>refo.</u>	OD <u>CS</u>
OI <u>refo.</u>	OI <u>CS</u>

AV CC VL	AV CC VP	ESFERA	CIINDRO	EJE	ADD
OD		<u>refo.</u>	<u>CS</u>		
OI		<u>refo.</u>	<u>CS</u>		

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; AnestesiaDolor 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 SI

QUERATOMETRIA OD [signature] OI [signature]

BIOMICROSCOPIA OD [signature]

OI [signature]

ESTADO MOTOR LEJOS 33CM 20CM PPC HIRSCHBERG

FONDO DE OJO: OD: Coloración

Esc C.7 R/V 2/3

OI Coloración

Esc C.7 R/V 2/3

Retinoscopia Estática OD +1.00 ADD — AVL — AVP —

OI +1.75 ADD — AVL — AVP —

Subjetivo OD +0.25 ADD — AVL 2.50 AVP CF

OI +0.50 ADD — AVL 2.25 AVP CF

RX Final

OD <u>+0.25</u>	ADD <u>1</u>	AVL <u>2.00</u>	AVP <u>CF</u>	NP
OI <u>+0.50</u>	ADD <u>1</u>	AVL <u>2.25</u>	AVP <u>CF</u>	NP

Tipo de lente C7 AR SI NO ☐ Transitions SI ☐ NO ☐ Foto SI ☐ NO ☐

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

Test Ishihara [signature] Test Titmus (Mosca) [signature]

Diagnóstico: Hipermetropía

Conducta: Se usará Rx

Próximo Control 1 año

Firma y Sello Profesional [signature] Firma Paciente CRISTIAN WADPOS.