

Centro Optico
Punto 20

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha: 2021/05/2019
 Nombres: LEIOY ELIZABETH Apellidos: _____
 Documento: 1071845391 Fecha Nacimiento: / / Sexo: F M Estado Civil: _____
 Edad: _____ Teléfono: _____ Celular: _____ Ocupación: _____
 Empresa: M/ASPINCA Seguridad Social: _____ Dirección Domicilio: _____
 Sector: _____ Persona Responsable: _____ Teléfono: _____
 Parentesco: _____ Acompañante: _____ Parentesco: _____
 Teléfono: _____

ANAMNESIS: Último examen visual 1/2019 A.V.
 DICCIONES fu

AV VL SC	AV VP SC
OD <u>2.00</u>	OD <u>0.00</u>
OI <u>2.00</u>	OI <u>0.00</u>

AV CC VL	AV CC VP	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD
OD <u>2.00</u>		<u>0</u>			
OI <u>2.00</u>		<u>0</u>			

Tipo de lentes CH Uso de las gafas plano

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 la graduación

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 Paciente: Leidy Lorena Olazalde