

# HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha: 10/01/2017  
 Nombres: JOZ ADRIANA TORON Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Documento: 1020395824 Fecha Nacimiento: / / Sexo: F M Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Empresa: MAEFINCA Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Dirección Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Sector: \_\_\_\_\_ Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_ Acompañante: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

ANAMNESIS: Último examen visual normal A.V.

DUCCIONES jam

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

AV CC VL	AV CC VP	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD
OD	<u>10</u>	<u>2</u>	<u>12</u>		
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

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 2/3 OI 2/3

BIOMICROSCOPIA OD 2/3

OI 2/3

ESTADO MOTOR LEJOS 33CM 20CM PPC \_\_\_\_\_ HIRSCHBERG \_\_\_\_\_

FONDO DE OJO: OD: Coloración \_\_\_\_\_

Esc 2/3 R/V 2/3

OI Coloración \_\_\_\_\_

Esc 2/3 R/V 2/3

Retinoscopia Estática OD 2/3 ADD \_\_\_\_\_ AVL \_\_\_\_\_ AVP \_\_\_\_\_

OI 2/3 ADD \_\_\_\_\_ AVL \_\_\_\_\_ AVP \_\_\_\_\_

Subjetivo OD 2/3 ADD \_\_\_\_\_ AVL \_\_\_\_\_ AVP \_\_\_\_\_

OI 2/3 ADD \_\_\_\_\_ AVL \_\_\_\_\_ AVP \_\_\_\_\_

RX Final

OD <u>2/3</u>	ADD <u>1</u>	AVL <u>2/3</u>	AVP <u>2/3</u>	NP
OI <u>2/3</u>	ADD <u>1</u>	AVL <u>2/3</u>	AVP <u>2/3</u>	NP

Tipo de lente 2/3 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: Presbicia

Conducta: Se le da RX

Próximo Control 1 mes

Firma y Sello Profesional [Firma] Firma Paciente Luis A. Forero Gómez