

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

centro óptico

Punto

Cra. 47 No. 24 Calle 191 92

Fecha: 2021-6-2017
 Nombres: JOHN Jairo Carrasco Apellidos: _____
 Documento: 71213137 Fecha Nacimiento: 1/1 Sexo: F Estado Civil: _____
 Edad: 38 Teléfono: _____ Celular: 915 8906915 Ocupación: _____
 Empresa: MIOFINCA Seguridad Social: _____ Dirección Domicilio: _____
 Sector: _____ Persona Responsable: _____ Teléfono: _____
 Parentesco: _____ Acompañante: _____ Parentesco: _____
 Teléfono: _____

ANAMNESIS: Último examen visual Normal A.V

DUCCIONES pm

AV VL SC	AV VP SC
OD <u>24/20</u>	OD <u>05</u>
OI <u>15/25</u>	OI <u>05</u>

AV CC VL	AV CC VP	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD
OD		<u>24/20</u>			
OI		<u>15/25</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

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 NO

QUERATOMETRIA OD 24 24

BIOMICROSCOPIA OD 24 24

OI 24

ESTADO MOTOR LEJOS 33CM 20CM PPC HIRSCHBERG

FONDO DE OJO: OD: Coloración 24

Esc 0.7 R/V 24

OI Coloración 24

Esc 0.7 R/V 24

Retinoscopia Estática OD 24 ADD 24 AVL 24 AVP 24

OI 24 ADD 24 AVL 24 AVP 24

Subjetivo OD 24 ADD 24 AVL 24 AVP 24

OI 24 ADD 24 AVL 24 AVP 24

RX Final

OD	ADD	1	AVL	24	AVP	24	NP
OI	ADD	1	AVL	24	AVP	24	NP

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

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

Test Ishihara 24 Test Titmus (Mosca) 24

Diagnóstico: 24

Conducta: 24

Próximo Control 24

Firma y Sello Profesional 24

Firma Paciente 24