

Centro óptico
Dpto. 20

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha: 17/01/2017
Nombres: JOHN JAIRO HERNANDEZ Apellidos: _____
Documento: 128627031 Fecha Nacimiento: ____/____/____ Sexo: F M Estado Civil: _____
Edad: ____ Teléfono: ____ Celular: ____ Ocupación: _____
Empresa: MAOFINCA Seguridad Social: ____ Dirección Domicilio: _____
Sector: ____ Persona Responsable: ____ Teléfono: _____
Parentesco: ____ Acompañante: ____ Parentesco: _____
Teléfono: _____

ANAMNESIS: Último examen visual 20/20 A.V.

DUCCIONES mi

AV VL SC	AV VP SC
OD	OD
OI	OI

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, Agudeza

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 Acondicionado/Ventiladores SI NO ☒ Que intensidad _____

Conduce Motocicleta SI ☒ NO ☐ Usa protección Ocular SI ☒ NO ☐

QUERATOMETRIA OD 24 OI 24

BIOMICROSCOPIA OD 24 OI 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

EX Final

OD	ADD	AVL	AVP	NP
OI	ADD	AVL	AVP	NP

Tipo de lente 0.7 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: Presbicia

Conducta: Si usa protección ocular

Próximo Control 24

Firma y Sello Profesional [Firma] Firma Paciente Jhon Jairo Hernández R.