

centro óptico
Punto 20
 N° 43.231.314-2
 47 17 54 - 61 TEL. 231 91 92

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha: ABRIL 15/2019.
 Nombres: LEONEL PANIAGUA. Apellidos: _____
 Documento: 70076982 Fecha Nacimiento: / / Sexo: F M Estado Civil: _____
 Edad: 60 Teléfono: 4466012 Celular: _____ Ocupación: _____
 Empresa: MAQUINA Seguridad Social: _____ Dirección Domicilio: _____
 Sector: 1 Persona Responsable: _____ Teléfono: _____
 Parentesco: _____ Acompañante: _____ Parentesco: _____
 Teléfono: _____

ANAMNESIS: Último examen visual 15 Abril A.V.

DUCCIONES ya

AV VL SC	AV VP SC
OD <u>20/25</u>	OD <u>20/40</u>
OI <u>20/25+</u>	OI <u>20/40</u>

AV CC VL	AV CC VP	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD
OD		<u>+3.00</u>			
OI		<u>+3.00</u>			

Tipo de lentes CS Uso de las gafas siempre

Alérgico a medicamentos: SI ☐ NO ☒ Cual? _____

Antecedentes Oculares SI ☐ NO ☒ Cual? _____

Antecedentes Personales SI ☒ NO ☐ Cual? HTA - Controlada

Antecedentes Familiares SI ☐ NO ☒ Cual? _____

Motivo de Consulta Control de presbicia

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 OI

BIOMICROSCOPIA OD OI

OI

ESTADO MOTOR LEJOS 33CM 20CM PPC HIRSCHBERG

FONDO DE OJO: OD: Coloración

Esc 07 R/V 2/3

OI Coloración

Esc 07 R/V 2/3

Retinoscopia Estática OD ADD AVL AVP

OI ADD AVL AVP

Subjetivo OD ADD AVL AVP

OI ADD AVL AVP

RX Final

OD	+0.75 - 0.75 + 90°	ADD +3.00	AVL <u> </u>	AVP <u> </u>	NP
OI	+0.50 - 0.50 + 90°	ADD +3.00	AVL <u> </u>	AVP <u> </u>	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 Test Titmus (Mosca)

Diagnóstico:

Conducta:

Próximo Control

Firma y Sello Profesional Firma Paciente