

# HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Centro Optico

**Punto 22**

Nit. 43.200.819-2

Cra. 47 N° 54 - 01 Tel. 221 01 95

Fecha: April 5/2019  
 Nombres: CARLOS GEDIO APRILLA Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Documento: 1036626245 Fecha Nacimiento: 1/1 Sexo: F M Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Edad: 28 Teléfono: 286 9970 Celular: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Empresa: MARFINCA Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Dirección Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Sector: \_\_\_\_\_ Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_ Acompañante: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

ANAMNESIS: Último examen visual Mar 2019 A.V.

DUCCIONES: en

AV VL SC	AV VP SC
OD <u>20/25</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>SC</u>	<u>-0.50</u>	<u>0.75</u>		
OI					

Tipo de lentes: lentes Uso de las gafas: siempre

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 en portavida en nuevo

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 0.7 R/V 2/1

OI Coloración                     

Esc 0.7 R/V 2/1

Retinoscopia Estática OD                      ADD                      AVL                      AVP                     

OI                      ADD                      AVL                      AVP                     

Subjetivo OD                      ADD                      AVL                      AVP                     

OI                      ADD                      AVL                      AVP                     

RX Final

OD +0.25 -0.75 +0.50	ADD 1	AVL 2/20	AVP 0.50	NP
OI -0.25 +0.50	ADD 1	AVL 2/20	AVP 0.50	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