HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

	Pinto?	J.				j
Fecha: TODI		1 91 9.		8		20
Nombres: NON	1 10001	(M) 200				
				v	-	
Documento: 108	10024511	Fecha Nacimiento	p/5	exo: F M	Estado Civil: _	
		006 Gelular_			ipación:	
Empresa N NOF	IVICA Seg	guridad Social		_Dirección Do	omicilio	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Sector	Per	sona Responsable		T	eléfono	· · · · · ·
Parentesco	Aco	mpañante		Parente	esco	
Teléfono						
			AV VL S	c	AV VP SC	
ANAMNESIS: Últir	no examen visual	want.	A.V OP)	() 	OD a	
DUCCIONES	1		Ob	no	01	
				110		
AV CC VL	AV CC VP	ESFERA	CILINDRO	EJE		ADD
OD						· 6.
OI	N	6	rs .	7		
	//_		=	- 1		
ipo de lentes			_ Uso de las gafa	s		
Mérgico a medicam	entos: SINO_	✓ Cual?			 	*
Antecedentes Ocula	res SI NO_		<u> </u>			- :
<u> </u>		<u> </u>		<u> </u>		
ntecedentes Person	nales SI NO_	/ Cual?				
ntecedentes Familia					* * *	
				<u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>		
lotivo de Consulta/	may!					*
ionivo de consunaç	1		* *			
olor de Cabeza SI_	NO/_ Ardor	Ocular SINO	Pican los ojos	st_/NO	Visión Borrosa	sINO_
					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	•
sa computador SI						
a Celular SI_ /NO						
e Acondicionad/Ve	entiladores SI /sh	O Que intensi	dad			

centro óptico

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

centro óptico	2 pm	in a	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Or TOMESTON	
Punto	2° 9.			j	
ักษ 43.200 - 18 การ โช 53 ค. (1 โอ	231 91 91	\$ "			
Fecha: 1801 5201	<u> </u>		*.	51	
Mombres: IKA VIVIN	11 02020	Apellidos:	v		
Documento: 105382439			o: F M Estado	Civil:	
-/ 1. /	170010 Gelular		Ocupación		
Empresa NAOTIVICA					
	The second second				· :
	Persona Responsable				
·	Acompañante		Parentesco		•
Teléfono				92	
	,	AV VL SC	AVV	P SC	
ANAMNESIS: Último examen vi	suakes received	A.V OP)	DO OD	er	
DUCCIONES		017 2/	10 01	d	
U		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		V V	
AV CC VL AV CC VP	ESFERA	CILINDRO	EIE	ADD	
OD		7			
OI /		The second			
		<i>.</i>			
ipo de lentes	•	Uso de las gafas			• •
lérgico a medicamentos: SI	NO Cual?			· .	
intecedentes Oculares SI NO	Cual?				. :-
					•
ntecedentes Personales SI	NO Cual?				
ntecedentes Familiares SI			<u> </u>		* *
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	7.				
otivo de Consulta					:
otivo de Consulta Marin	4				
	/	Di les eles Cl	(NO Vición	Borrosa SI	NO_
olor de Cabeza SINO/Ard	or Ocular SINO_	Pican los ojos SI	A AISION		- >
			· · · · · ·		•
a computador SI NO Que i	ntensidad				
a Celular SI_ NO Que inte	nsidad				
e Acondicionad/Ventiladores SI	NO Que intens	idad			