

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

centro optico
Punto

Cra. 47 N° 34-35 Tel. 201 51 9.

Fecha: 2021 6/20/19
 Nombres: MT VICTORIA RPO Apellidos: _____
 Documento: 43529360 Fecha Nacimiento: ____/____/____ Sexo: F M Estado Civil: ____
 Edad: 46 Teléfono: _____ Celular: _____ Ocupación: ____
 Empresa: MT SPINCA Seguridad Social: _____ Dirección Domicilio: ____
 Sector: _____ Persona Responsable: _____ Teléfono: ____
 Parentesco: _____ Acompañante: _____ Parentesco: ____
 Teléfono: _____

ANAMNESIS: Último examen visual 1 año

A.V

DUCCIONES m

AV VL SC	AV VP SC
OD <u>6</u>	OD
OI <u>6</u>	OI

AV CC VL	AV CC VP	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD
OD <u>6</u>		<u>+3.75</u>			<u>+1.50</u>
OI <u>6</u>		<u>+4.00</u>			<u>+1.50</u>

Tipo de lentes Myopia leve Uso de las gafas _____

Alérgico a medicamentos: SI ___ NO X Cual? _____

Antecedentes Oculares SI ___ NO X Cual? _____

Antecedentes Personales SI ___ NO X Cual? _____

Antecedentes Familiares SI ___ NO X Cual? _____

Motivo de Consulta Cataratas

Dolor de Cabeza SI ___ NO X Ardor Ocular SI ___ NO X Pican los ojos SI ___ NO X Visión Borrosa SI X NO ___

Usa computador SI ___ NO X Que intensidad _____

Usa Celular SI ___ NO X Que intensidad _____

Aire Acondicionad/Ventiladores SI ___ NO X 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 03 R/V 2/3

OI Coloración

Esc 03 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 <u>+3.50</u>	ADD <u>+1.50</u>	AVL <u>20/40</u>	AVP <u>CS</u>	NP
OI <u>+4.00</u>	ADD <u>+1.50</u>	AVL <u>20/40</u>	AVP <u>CS</u>	NP

Tipo de lente bicromática 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: Hipermetropía

Conducta: Se usará lentes 24

Próximo Control 1 año

Firma y Sello Profesional Firma Paciente