

Fecha: April 2017
 Nombres: JUAN CARLOS RINCOZA Apellidos: _____
 Documento: 1026144601 Fecha Nacimiento: / / Sexo: F M Estado Civil: _____
 Edad: Teléfono: Celular: Ocupación:
 Empresa: MISIONA Seguridad Social: Dirección Domicilio:
 Sector: Persona Responsable: Teléfono:
 Parentesco: Acompañante: Parentesco:
 Teléfono:

ANAMNESIS: Último examen visual 5 años

A.V

DUCCIONES

AV VL SC	AV VP SC
OD <u>2/2</u>	OD <u>05</u>
OI <u>2/2</u>	OI <u>03</u>

AV CC VL	AV CC VP	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD
OD			<u>2.25</u>		
OI					

Tipo de lentes Uso de las gafas

Alérgico a medicamentos: SI NO / Cual?

Antecedentes Oculares SI NO / Cual?

Antecedentes Personales SI NO X Cual?

Antecedentes Familiares SI / NO Cual?

Motivo de Consulta

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

Usa computador SI / NO Que intensidad

Usa Celular SI / NO Que intensidad

Aire Acondicionad/Ventiladores SI X NO Que intensidad

Conduce Motocicleta SI NO Usa protección Ocular SI

QUERATOMETRIA OD 1.2 OI 1.2

BIOMICROSCOPIA OD fundus

OI Hemorreja Subconjuntival

ESTADO MOTOR LEJOS 33CM 20CM PPC HIRSCHBERG

FONDO DE OJO: OD: Coloración

Esc 0.3 R/V 2/3

OI Coloración

Esc 0.7 R/V 2/3

Retinoscopia Estática OD -1.00 + 90 ADD AVL AVP

OI -1.00 + 90 ADD AVL AVP

Subjetivo OD -1.00 + 90 ADD AVL AVP

OI -1.00 + 90 ADD AVL AVP

RX Final

OD	<u>pendiente</u>	ADD	AVL	AVP	NP
OI		ADD	AVL	AVP	NP

Tipo de lente 1.7 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: Asqueria; Hemorreja Subconjuntival

Conducta: no se da Rx + Pendiente colocación de la Hemorreja

Próximo Control 1.2.12

Firma y Sello Profesional

Firma Paciente