



# HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha: 06-04-17  
Nombres: Jorge Apellidos: Quiro  
Documento: 1037268624 Fecha Nacimiento: 1/1 Sexo: F Estado Civil:   
Edad: 21 Teléfono: 351354814 Ocupación:   
Empresa: Don Finca Seguridad Social:  Dirección Domicilio:   
Sector:  Persona Responsable:  Teléfono:   
Parentesco:  Acompañante:  Parentesco:   
Teléfono:

ANAMNESIS: Último examen visual de vista A.V.

DUCCIONES pm

AV VL SC	AV VP SC
OD <u>20/20</u>	OD <u>CH</u>
OI <u>20/20</u>	OI <u>CH</u>

AV CC VL	AV CC VP	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD
OD		<u>2</u>	<u>1.5</u>		
OI					

Tipo de lentes  Uso de las gafas

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

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                     

ESTADO MOTOR LEJOS                      33CM                      20CM                      PPC                      HIRSCHBERG                     

FONDO DE OJO: OD: Coloración                     

Esc 0.7 R/V 2/3

OI Coloración                     

Esc 0.7 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>                    </u>	ADD <u>                    </u>	AVL <u>                    </u>	AVP <u>                    </u>	NP <u>                    </u>
OI <u>                    </u>	ADD <u>                    </u>	AVL <u>                    </u>	AVP <u>                    </u>	NP <u>                    </u>

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