

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha: Nov. 8/2017
 Nombres: NERIONA MARIA Apellidos: PEREZ
 Documento: 1232399155 Fecha Nacimiento: 12/11/1986 Sexo: X.M Estado Civil: _____
 Edad: _____ Teléfono: _____ Celular: 326673292 Ocupación: _____
 Empresa: MAQUINCA Seguridad Social: _____ Dirección Domicilio: _____
 Sector: _____ Persona Responsable: _____ Teléfono: _____
 Parentesco: _____ Acompañante: _____ Parentesco: _____
 Teléfono: _____

ANAMNESIS: Último examen visual 1 año

A.V

DUCCIONES por

AV VL SC	AV VP SC
OD <u>2/24</u>	OD <u>ODS</u>
OI <u>2/25</u>	OI <u>ODS</u>

AV CC VL	AV CC VP	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD
OD <u>2/20</u>	<u>CS</u>	<u>5</u>	<u>-0.50</u>	<u>90°</u>	
OI <u>2/23</u>	<u>CS</u>	<u>5</u>	<u>-0.50</u>	<u>90°</u>	

Tipo de lentes _____

Uso de las gafas flexible

Alérgico a medicamentos: SI ☐ NO ☒ Cual? _____

Antecedentes Oculares SI ☐ NO ☒ Cual? _____

Antecedentes Personales SI ☐ NO ☒ Cual? _____

Antecedentes Familiares SI ☐ NO ☒ Cual? _____

Motivo de Consulta Cambio de Prescripción

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 Acondicionado/Ventiladores SI ☒ NO ☐ Que intensidad _____

Conduce Motocicleta SI NO Usa protección Ocular NO

QUERATOMETRIA OD OK

BIOMICROSCOPIA OD OK

OI OK

ESTADO MOTOR LEJOS 33CM 20CM PPC HIRSCHBERG

FONDO DE OJO: OD: Coloración

Esc 0.7 R/V 2/7

OI Coloración

Esc 0.7 R/V 2/7

Retinoscopia Estática OD -0.75 + 90° ADD AVL AVP

OI -0.75 + 90° ADD AVL AVP

Subjetivo OD ADD AVL AVP

OI ADD AVL AVP

RX Final

OD <u>-0.75 + 90°</u>	ADD <u>1</u>	AVP <u>OK</u>	AVP <u>OK</u>	NP
OI <u>-0.75 + 90°</u>	ADD <u>1</u>	AVP <u>OK</u>	AVP <u>OK</u>	NP

Tipo de lente OK 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: Asfueria

Conducta: Se le dio lentes con lentes

con lentes con lentes

con lentes con lentes

Próximo Control 1 año

Firma y Sello Profesional

Firma Paciente