

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha: 13/21/5/2017
 Nombres: ONDA CONZALIZ Apellidos: _____
 Documento: 1036628293 Fecha Nacimiento 1/2/90 Sexo: F M Estado Civil: _____
 Edad _____ Teléfono _____ Celular _____ Ocupación: _____
 Empresa MISION Seguridad Social _____ Dirección Domicilio _____
 Sector _____ Persona Responsable _____ Teléfono _____
 Parentesco _____ Acompañante _____ Parentesco _____
 Teléfono _____

ANAMNESIS: Último examen visual Bueno A.V

DUCCIONES mu

AV VL SC	AV VP SC
OD <u>20/20 -</u>	OD <u>CF</u>
OI <u>20/20 -</u>	OI <u>CF</u>

AV CC VL	AV CC VP	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD
OD		<u>1.00</u>	<u>0.50</u>		
OI		<u>1.00</u>	<u>0.50</u>		

Tipo de lentes PC Uso de las gafas 1.00 2.00

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 Control

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

Isa computador SI X NO ___ Que intensidad _____

Isa Celular SI X NO ___ Que intensidad _____

Isa Acondicionad/Ventiladores SI X NO ___ Que intensidad _____

Conduce Motocicleta SI ☒ NO ☒ Usa protección Ocular ☒

QUERATOMETRIA OD 9/2

BIOMICROSCOPIA OD 9/2

OI 9/2

ESTADO MOTOR LEJOS 33CM 20CM PPC HIRSCHBERG

FONDO DE OJO: OD: Coloración

Esc 0.7 R/V 2h

OI Coloración

Esc 0.7 R/V 2h

Retinoscopia Estática OD 5 - 25 + 0

ADD

AVL

AVP

OI 5 - 25 + 0

ADD

AVL

AVP

Subjetivo OD

ADD

AVL

AVP

OI

ADD

AVL

AVP

RX Final

OD <u>5 - 25 + 0</u>	ADD <u>2.1</u>	AVL <u>2.1/1.0</u>	AVP <u>0.5</u>	NP
OI <u>5 - 25 + 0</u>	ADD <u>1.1</u>	AVL <u>1.1/1.0</u>	AVP <u>0.5</u>	NP

Tipo de lente UV AR ☒ 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: Refracción

Conducta: 6 25 24

Próximo Control 12/20

Firma y Sello Profesional [Firma]

Firma Paciente [Firma]

636023293