

# HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Centro óptico  
 Punt 20  
 Fecha: 05/04/12  
 Nombres: DANIEL Gil Lopez Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Documento: 1020416400 Fecha Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: F M Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Empresa: MASFINCA Seguridad Social: \_\_\_\_ Dirección Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Sector: \_\_\_\_ Persona Responsable: \_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_ Acompañante: \_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

ANAMNESIS: Último examen visual: \_\_\_\_ A.V.  
 DUCCIONES: \_\_\_\_\_

AV VL SC	AV VP SC
OD	OD
OI	OI

AV CC VL	AV CC VP	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD
OD					
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: \_\_\_\_\_

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 7.00 - 1.75 + 0	ADD 1	AVL 2.00 - 1.75	AVP 0.75	NP
OI 7.00 - 1.75 + 0	ADD 1	AVL 2.00 - 1.75	AVP 0.75	NP

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 12/12

Firma y Sello Profesional  Firma Paciente ☐