

Fecha: 13/01/2017

Nombres: IVAN VAQUERO Apellidos: _____

Documento: 1036663033 Fecha Nacimiento: / / Sexo: F M Estado Civil: _____

Edad: _____ Teléfono: _____ Celular: _____ Ocupación: _____

Empresa: MAEFINCA Seguridad Social: _____ Dirección Domicilio: _____

Sector: _____ Persona Responsable: _____ Teléfono: _____

Parentesco: _____ Acompañante: _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____

ANAMNESIS: Último examen visual: verano A.V.

DUCCIONES: para

AV VL SC	AV VP SC
OD <u>2.00</u>	OD <u>0.5</u>
OI <u>2.00</u>	OI <u>0.5</u>

AV CC VL	AV CC VP	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD
OD		<u>2.00</u>	<u>0.5</u>		
OI		<u>2.00</u>	<u>0.5</u>		

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 Anterior

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 SI ☒ NO ☐

QUERATOMETRIA OD

BIOMICROSCOPIA OD

ESTADO MOTOR LEJOS 33CM 20CM PPC HIRSCHBERG

FONDO DE OJO: OD: Coloración

Esc R/V

OI Coloración

Esc R/V

Retinoscopia Estática OD ADD AVL AVP

OI ADD AVL AVP

Subjetivo OD ADD AVL AVP

OI ADD AVL AVP

RX Final

OD	ADD	AVL	AVP	NP
OI	ADD	AVL	AVP	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

Firma y Sello Profesional Firma Paciente