

# HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

centro optico  
Punto 20  
201 01 91

Fecha: NOV 05/2017  
 Nombres: DEINER AMADOR Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Documento: 410948 Fecha Nacimiento: / / Sexo: F M Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Edad: 44 Teléfono: 34453028 Celular: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Empresa: MAEFINCA Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Dirección Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Sector: \_\_\_\_\_ Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_ Acompañante: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

ANAMNESIS: Último examen visual 27/17

A.V

AV VL SC	AV VP SC
OD <u>20/40</u>	OD <u>20</u>
OI <u>20/60</u>	OI <u>20</u>

DUCCIONES mm

AV CC VL	AV CC VP	ESFERA	CIINDRO	EJE	ADD
OD <u>20/40</u>		<u>+1.25</u>	<u>-1.00</u>	<u>90</u>	<u>+1.25</u>
OI <u>20/40</u>		<u>+1.25</u>	<u>-0.75</u>	<u>100</u>	<u>+1.25</u>

Tipo de lentes progresiva Uso de las gafas permanente

Alérgico a medicamentos: SI ☐ NO ☒ Cual? \_\_\_\_\_

Antecedentes Oculares SI ☐ NO ☒ Cual? \_\_\_\_\_

Antecedentes Personales SI ☐ NO ☒ Cual? \_\_\_\_\_

Antecedentes Familiares SI ☐ NO ☒ Cual? \_\_\_\_\_

Motivo de Consulta Cataratas / Presbicia

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

QUERATOMETRIA OD JA OI JA

BIOMICROSCOPIA OD JA

OI JA

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>+1.25 -1.00 x 70</u>	ADD <u>+1.50</u>	AVL <u>20/25</u>	AVP <u>0.75</u>	NP
OI <u>+1.00 -1.25 x 110</u>	ADD <u>+1.75</u>	AVL <u>20/25</u>	AVP <u>0.84</u>	NP

Tipo de lente progresiva 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: Refracción presbicia

Conducta: Se receta con lentes para lectura

Próximo Control 1 año

Firma y Sello Profesional [Firma] Firma Paciente [Firma]