

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha: 13/01/2017
 Nombres: ERIKA VIVIANA OROZCO Apellidos: _____
 Documento: 105582437 Fecha Nacimiento: / / Sexo: F M Estado Civil: _____
 Edad: 24 Teléfono: 348700106 Celular: _____ Ocupación: _____
 Empresa: MAQUINICA Seguridad Social: _____ Dirección Domicilio: _____
 Sector: _____ Persona Responsable: _____ Teléfono: _____
 Parentesco: _____ Acompañante: _____ Parentesco: _____
 Teléfono: _____

ANAMNESIS: Último examen visual por escrito A.V.

DUCCIONES por

| AV VL SC | AV VP SC |
|-----------------|--------------|
| OD <u>20/10</u> | OD <u>es</u> |
| OI <u>20/10</u> | OI <u>d</u> |

| 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 Control

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 _____

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha: 13/01/2017
 Nombres: ERIKA VIVIANA OROZCO Apellidos: _____
 Documento: 105582437 Fecha Nacimiento: / / Sexo: F M Estado Civil: _____
 Edad: 24 Teléfono: 348700106 Celular: _____ Ocupación: _____
 Empresa: MAQUINA Seguridad Social: _____ Dirección Domicilio: _____
 Sector: _____ Persona Responsable: _____ Teléfono: _____
 Parentesco: _____ Acompañante: _____ Parentesco: _____
 Teléfono: _____

ANAMNESIS: Último examen visual por escrito A.V.

DUCCIONES por

| AV VL SC | AV VP SC |
|-----------------|--------------|
| OD <u>20/10</u> | OD <u>ef</u> |
| OI <u>20/10</u> | OI <u>ef</u> |

| 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 Control

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 _____