

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Centro Clínico
Punto 20

No. 12.251.815-2
Cra. 47 No. 44-1 Tel. 331 91 91

Fecha: Marzo 6 / 2017
 Nombres: LENNI EDRADA DÍOS Apellidos: _____
 Documento: 21992805 Fecha Nacimiento: / / Sexo: F M Estado Civil: _____
 Edad: 34 Teléfono: 2869826 Celular: _____ Ocupación: _____
 Empresa: MASFINCA Seguridad Social: _____ Dirección Domicilio: _____
 Sector: _____ Persona Responsable: _____ Teléfono: _____
 Parentesco: _____ Acompañante: _____ Parentesco: _____
 Teléfono: _____

ANAMNESIS: Último examen visual En marzo

A.V.

DUCCIONES 11/17

AV VL SC	AV VP SC
OD <u>21/40</u>	OD <u>25</u>
OI <u>21/40</u>	OI <u>25</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 Ente Agudamiento

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 OK

BIOMICROSCOPIA OD OK

OI OK

ESTADO MOTOR LEJOS OK 33CM 20CM PPC HIRSCHBERG

FONDO DE OJO: OD: Coloración normal

Esc 0.7 R/V 2/2

OI Coloración normal

Esc 0.7 R/V 2/2

Retinoscopia Estática OD -0.75 -0.25 +90 ADD AVL AVP

OI -0.75 -0.25 +90 ADD AVL AVP

Subjetivo OD -0.75 -0.25 +90 ADD AVL 20/20 AVP OK

OI -0.75 -0.25 +90 ADD AVL 20/20 AVP OK

RX Final

OD <u>-0.75 -0.25 +90</u>	ADD <u>1</u>	AVL <u>20/20</u>	AVP <u>OK</u>	NP
OI <u>-0.75 -0.25 +90</u>	ADD <u>1</u>	AVL <u>20/20</u>	AVP <u>OK</u>	NP

Tipo de lente OK 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: Atropía y miopía

Conducta: Se clareó la vista

Próximo Control 2 meses

Firma y Sello Profesional [Firma] Firma Paciente + Leany Estrada