

Centro Óptico

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha: Marzo 6/2019

Nombres: PENTRIZ CARDENAS Apellidos: _____

Documento: 42122345 Fecha Nacimiento 1/1 Sexo: F M Estado Civil: _____

Edad 40 Teléfono 3871135 Celular _____ Ocupación: _____

Empresa FINCA Seguridad Social _____ Dirección Domicilio _____

Sector _____ Persona Responsable _____ Teléfono _____

Parentesco _____ Acompañante _____ Parentesco _____

Teléfono _____

ANAMNESIS: Último examen visual 17/10 A.V.

DUCCIONES mi

AV VL SC	AV VP SC
OD <u>20/20</u>	OD <u>CS</u>
OI <u>20/20</u>	OI <u>CS</u>

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

Tipo de lentes _____ Uso de las gafas _____

Alérgico a medicamentos: SI ___ NO X Cual? _____

Antecedentes Oculares SI ___ NO X Cual? _____

Antecedentes Personales SI ___ NO X Cual? _____

Antecedentes Familiares SI ___ NO X Cual? _____

Motivo de Consulta Control y refraacción

Dolor de Cabeza SI ___ NO X Ardor Ocular SI ___ NO X Pican los ojos SI ___ NO X Visión Borrosa SI ___ NO X

Usa computador SI X NO ___ Que intensidad _____

Usa Celular SI X NO ___ Que intensidad _____

Aire Acondicionad/Ventiladores SI X NO ___ Que intensidad _____

Conduce Motocicleta SI 7 NO 5 Usa protección Ocular 5

QUERATOMETRIA OD 6.25 OI 6.25

BIOMICROSCOPIA OD 6.25 OI 6.25

OI 6.25

ESTADO MOTOR LEJOS 33CM 20CM PPC HIRSCHBERG

FONDO DE OJO: OD: Coloración

Esc 0.3 R/V 2/3

OI Coloración

Esc 0.3 R/V 2/3

Retinoscopia Estática OD ADD AVL 2/40 AVP

OI ADD AVL 2/40 AVP

Subjetivo OD ADD AVL AVP

OI ADD AVL AVP

RX Final

OD	ADD	1	AVL	<u>2/40</u>	AVP	<u>0.3</u>	NP
OI	ADD	1	AVL	<u>2/40</u>	AVP	<u>0.3</u>	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: Presbicia

Conducta: Presbicia

Próximo Control 1 año

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