

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Centro Optico
Punto 20
Cra. 47 No. 54-61 Tel. 224 91 92

Fecha: 13/01/2017
 Nombres: FRANCISCO PARDON Apellidos: _____
 Documento: 98663151 Fecha Nacimiento: / / Sexo: F M Estado Civil: _____
 Edad: 40 Teléfono: _____ Celular: _____ Ocupación: _____
 Empresa: MAOFINCA Seguridad Social: _____ Dirección Domicilio: _____
 Sector: _____ Persona Responsable: _____ Teléfono: _____
 Parentesco: _____ Acompañante: _____ Parentesco: _____
 Teléfono: _____

ANAMNESIS: Último examen visual 1 hora

DUCCIONES pu

AV VL SC	AV VP SC
OD <u>20/20 -</u>	OD <u>9/10</u>
OI <u>20/20 +</u>	OI <u>6/6</u>

AV CC VL	AV CC VP	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD
OD		<u>0</u>	<u>0.75</u>		
OI		<u>0</u>	<u>0.75</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 de la vista la noche

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 ☒ OI ☒

BIOMICROSCOPIA OD ☒

OI ☒

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 <input checked="" type="checkbox"/>	ADD <input checked="" type="checkbox"/>	AVL <input checked="" type="checkbox"/>	AVP <input checked="" type="checkbox"/>	NP
OI <input checked="" type="checkbox"/>	ADD <input checked="" type="checkbox"/>	AVL <input checked="" type="checkbox"/>	AVP <input checked="" type="checkbox"/>	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 ☒