

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha: 2021/05/2017  
Nombres: DIANA AGUDELO ORTIZ Apellidos: \_\_\_\_\_  
Documento: 10500042 Fecha Nacimiento 1/1 Sexo: F M Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Edad 42 Teléfono 3417861 Celular \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Empresa MI OFICINA Seguridad Social \_\_\_\_\_ Dirección Domicilio \_\_\_\_\_  
Sector \_\_\_\_\_ Persona Responsable \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_ Acompañante \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

ANAMNESIS: Último examen visual 2 años A.V.

DUCCIONES mi

AV VL SC	AV VP SC
OD	OD
OI	OI

AV CC VL	AV CC VP	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD
OD	<u>6</u>	<u>-2.75</u>			
OI					

Tipo de lentes \_\_\_\_\_ Uso de las gafas \_\_\_\_\_

Alérgico a medicamentos: SI NO Cual? primarias y secundarias

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 \_\_\_\_\_

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 0.7 R/V 2/7

OI Coloración                     

Esc 0.7 R/V 2/7

Retinoscopia Estática OD                      ADD                      AVL                      AVP                     

OI                      ADD                      AVL                      AVP                     

Subjetivo OD                      ADD                      AVL                      AVP                     

OI                      ADD                      AVL                      AVP                     

RX Final

OD <u>                    </u>	ADD <u>                    </u>	AVL <u>                    </u>	AVP <u>                    </u>	NP
OI <u>                    </u>	ADD <u>                    </u>	AVL <u>                    </u>	AVP <u>                    </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:                     

Conducta:                     

Próximo Control                     

Firma y Sello Profesional                      Firma Paciente