

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha: 06-09-17 Centro Óptico
 Nombres: Gloria Apellidos: Crego
 Documento: 21969988 Fecha Nacimiento: 1/1/ Sexo: M Estado Civil:
 Edad: 41 Teléfono: 2984593 Celular: Ocupación:
 Empresa: Pasa Pasa Seguridad Social: Dirección Domicilio:
 Sector: Persona Responsable: Teléfono:
 Parentesco: Acompañante: Parentesco:
 Teléfono:

ANAMNESIS: Último examen visual por médico A.V.
 DUCCIONES: pm

AV VL SC	AV VP SC
OD	OD
OI	OI

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 de la vista y prescripción de lentes

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 42 OI 42

BIOMICROSCOPIA OD 42

OI 42

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	ADD 1	AVL <u>42</u>	AVP <u>0.7</u>	NP
OI	ADD 1	AVL <u>42</u>	AVP <u>0.7</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 miopía astigmatismo

Conducta: Se ve bien

Próximo Control 1 año

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