

UGL MAR DEL PLATA

APELLIDO Y NOMBRE:	TEL:
BENEFICIO:	
DOMICILIO:	LOCALIDAD:
H. CLINICA:	FECHA: / /

		ESF	CIL	EJE
VISION LEJANA	O.D			
	O.I			

		ESF	CIL	EJE
VISION CERCANA	O.D			
	O.I			

CONVENCIONALES:	LEJOS		TINTE _____
	CERCA		
	AMBOS		

BIFOCALES:	¿ ES USUARIO ?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESDE	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
				TINTE

CONTACTO:	BLANDAS ESFERICAS		
	BLANDAS TÓRICAS		
	GAS PERMEABLE		
	FLEXIBLE		
	IRIS PRINT		
	TERAPEUTICAS		
	¿ ES USUARIO ?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

DIAGNOSTICO	ASTIGMATISMO		
	MIOPIA		
	HIPERMETROPIA		
	RESBICIA		
	MACULOPATIA		
	CATARATAS		
	PROTESIS OCULAR		
	PATOLOG. DE CORNEA		
	OTROS		
	¿ ES USUARIO ?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

RESUMEN PATOLOGÍA OFTÁLMICA:

--