

# Historia Clínica de Optometría

## Datos Personales:

Nº Historia:

Teléfono:

Fecha:

Filiación:

Nombres:

Edad:

Ocupación:

Sexo:

Procedencia:

## Motivo de la Consulta y Antecedentes:

Motivo de la consulta:

Antecedentes:

Desarrollo Psicomotriz:

¿Usa Rx?:

RX en uso:

OD:

OI:

Última fecha de control:

Cirugías oculares:

Otros:

Antecedentes familiares:

## Diagnóstico y Tratamiento:

Diagnóstico 1:

CIE 10 (1):

Diagnóstico 2:

CIE 10 (2):

Observaciones:

Plan de trabajo:

Tratamiento:

Recomendaciones: