

Examen de Ojos

Paciente: _____

Edad: _____ años

Sexo: _____

Fecha: // _____

Médico Oftalmólogo: _____

Motivo de Consulta

Breve descripción del motivo por el cual el paciente acude a la consulta (por ejemplo: visión borrosa, dolor ocular, molestias, seguimiento anual, etc.).

Antecedentes Médicos

- Enfermedades sistémicas: hipertensión, diabetes, alergias, etc.
 - Antecedentes oftalmológicos: cirugías previas, trauma ocular, glaucoma, cataratas, uso de lentes.
 - Medicación actual: _____
-

Examen Visual

- **Agudeza visual (AV):**
 - Ojo derecho (OD): _____
 - Ojo izquierdo (OI): _____
 - Con corrección: Sí / No
 - **Campo visual:** Normal / Alterado (describir)
 - **Refracción:**
 - Ojo derecho (OD): _____
 - Ojo izquierdo (OI): _____
 - Astigmatismo: Sí / No
-

Examen Físico del Ojo

- **Córnea:** Transparente / Opaca / Lesiones

- **Conjuntiva:** Normal / Inyección / Inflamación
 - **Cámara anterior:** Profundidad normal / Alterada
 - **Cristalino:** Transparente / Opaco (catarata)
 - **Pupilas:** Isocóricas / Anisocóricas, reactivas a la luz
 - **Movimientos oculares:** Normales / Limitados
-

Fondo de Ojo

- **Disco óptico:** Bordes nítidos / Excavación / Edema
 - **Mácula:** Normal / Alteraciones
 - **Vasos retinianos:** Normal / Hipertensión / Retinopatía
 - **Retina:** Normal / Desprendimiento / Lesiones
-

Tonometría (Presión Intraocular)

- Ojo derecho (OD): _____ mmHg
 - Ojo izquierdo (OI): _____ mmHg
-

Diagnóstico

- Ejemplo: Miopía leve OD y OI
 - Ejemplo: Glaucoma sospechoso
 - Ejemplo: Retinopatía diabética inicial
-

Plan y Recomendaciones

- Continuar seguimiento en _____ meses
- Uso de lentes correctivos: Sí / No
- Medicación: gotas oftálmicas, suplementos, etc.
- Evitar exposición a luz intensa / descanso ocular