



CONSULTA DE RETINA

FECHA: _____

NOMBRE _____

MEDICO: _____

MOTIVO DE CONSULTA _____

EDAD: ____ FN: ____ TEL: ____

PEEA _____

DIABETES ____ DURACION ____ IDDM ____

APN _____

FBS ____ HIPERTENSION ____ DURACION ____

APP

CARDIOLOGIA ____ PULMONAR ____

MEDICAMENTOS ACTUALES _____

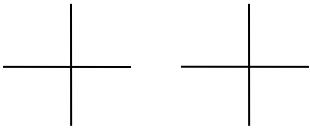
ALERGIAS A MEDIC ____

OTROS _____

SUGERENCIAS _____

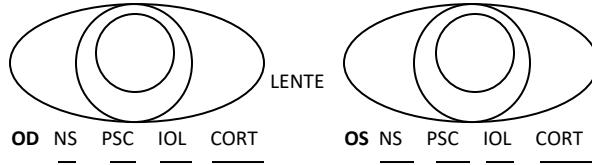
AVCC, SC OD ____ PH ____

PIO OD ____ TIEMO ____ CVF



OS ____ PH ____

OS

EXTERIORES REACCION NORMAL - MED ULL PUPILAS OD — MM — OS — MM — APDDILATACION EXAMEN DE LAMPARA DE HENDIDURA - SEGMENTO ANTERIOR AM/PM LAMPARA DE HENDIDURA NORMAL DE EXAMEN CM EXAMEN NORMAL DE LAMPARA DE HENDIDURA NEO ADENEXA C CONJUNTIVA M CORNEA N&M CAMARA ANTERIOR IRIS

INICIALES

FONDO POR DIRECTO/INDIRECTO/90

SEGMENTO POSTERIOR- RETINA Y LOS VASOS SANGINEOS

C/D ____ ONH ____ NFL ____ VASOS ____

C/D ____ ONH ____ NFL ____ VASOS ____

DIAGNOSTICO

1 _____

PLAN _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

7 _____

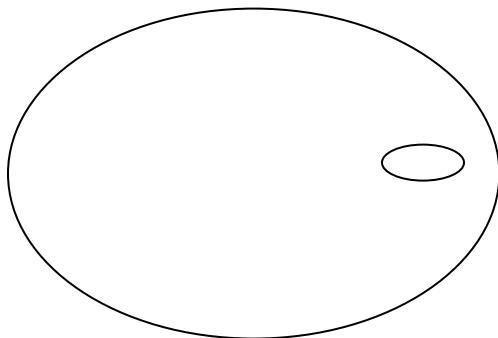
8 _____

9 _____

1	PLAN
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	

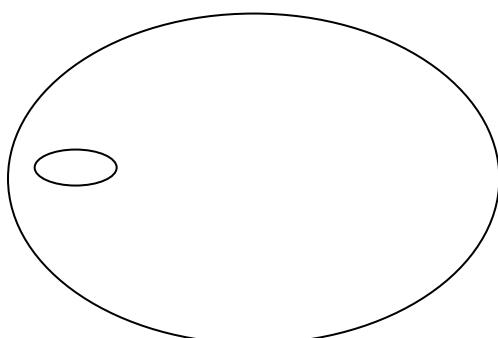
FONDO DE OJO

OD



FONDO DE OJO

OS



FA FOTOS B-SCAN HVF OCT

___ DX DEBATIDAS ___ IMPORTANCIA DEL SEGIMIENTO ___ RIESGO FACTOR DE REDUCCION ___ PT& FAM EDU ___ DIETA RECOMENDADA

___ FOLLETO ___ EXPLICACION DE MEDICAMENTOS ___ HIGIENE DE PARPADOS ___ RIESGO BENEFICIO ALTERNATIVA ___ PT ___ FAM ___ PT/FAM
AGRESS YES NO
RETORNO _____ REVISION _____ MOTIVO _____

DICTADO SI NO FILE

MEDICO RESPONSABLE _____

CED DE ESP _____