

Admision de Paciente

Informacion General

Numero	Documento	Nombre		
964147	CC 1083020136	MARTINEZ REALES LAURA DANIELA		
Fecha Nacimiento	Edad	Genero	Estado Civil	Fecha Admision
10/22/1996	22 años 1 meses 27 días	F	Soltero	12/14/2018 4:03:08 PM
Telefono	Celular	Tel. Oficina	Email	
3045533483		3038200	LAUMARTZH@GMAIL.COM	
Direccion				Zona Postal
CRA51-81				
Departamento		Cludad	Barrio	
MAGDALENA		SANTA MARTA	NO DEFINIDO	



Informacion Adicional

Empresa	Profesion	Aficiones	
GRATIS MONTURA EB PACK ORO	NO DEFINIDA	Ninguna	
Documento Afiliado	Numero Afiliacion	Numero Autorizacion	
1083020136			
Acompañante	Documento	Parentesco	Telefono
		Abuelo (a)	

Otros

Referido por	Seleccionado por	Tratamiento de Datos
NINGUNO	PUBLICIDAD DEL C.V.	No

Afiliacion

EPS	Tipo de Vinculacion	Medicina Prepagada
NINGUNA	COTIZANTE	NO

MARTINEZ REALES LAURA DANIELA
CC 1063020136

Paciente

Numero 964147 Documento CC 1083020136 Nombre MARTINEZ REALES LAURA DANIELA
Historia 450 Cita 1 Edad 22 años 1 meses 27 días Fecha 12/14/2018 9:33:05 PM

Preconsulta

Presion Arterial				Medidas Corporales					
Sistole		Diástole		Estatura		Peso		Otros	
RX en Uso									
	Esfera	Cilindro	Eje	Adición	Prisma	Base	D.P.	Material	Tipo
O.D	-2.00	-1.75	180		0				MONO
O.I	-2.25	-1.25	180		0				MONO
Observaciones									
MONOFOCAL DE 1 AÑO									
Visión al Color									
O.D					O.I				
Percepción de Profundidad									
Rejilla de AMSLER									
O.D					0	O.I			0

2/3

Vision Media		Vision Proxima		Ojo Dominante	
Esfera O.D	Esfera O.I	Esfera O.D	Esfera O.I	NO PROBADO	
Observaciones					
CONTROL 1 AÑO Pretense					

3/3

Admision de Paciente

Informacion General

Numero	Documento	Nombre		
964147	CC 1083020136	MARTINEZ REALES LAURA DANIELA		
Fecha Nacimiento	Edad	Genero	Estado Civil	Fecha Admision
10/22/1996	22 años 6 meses 18 días	F	Soltero	12/14/2018 4:03:08 PM
Telefono	Celular	Tel. Oficina	Email	
3045533483		3038200	LAUMARTZH@GMAIL.COM	
Direccion				Zona Postal
CRA51-81				
Departamento		Cludad	Barrio	
MAGDALENA		SANTA MARTA	NO DEFINIDO	



Informacion Adicional

Empresa	Profesion	Aficiones	
EMPRESA PARTICULAR	NO DEFINIDA	Ninguna	
Documento Afiliado	Numero Afiliacion	Numero Autorizacion	
1083020136			
Acompañante	Documento	Parentesco	Telefono
		Abuelo (a)	

Otros

Referido por	Seleccionado por	Tratamiento de Datos
NINGUNO	PUBLICIDAD DEL C.V.	No

Afiliacion

EPS	Tipo de Vinculacion	Medicina Prepagada
NINGUNA	COTIZANTE	NO

MARTINEZ REALES LAURA DANIELA
CC 1083020136



LAFAM S.A.S. - CV183

Centro Comercial Ocen Mall Local 119 - SANTA MARTA

Tel: 4395148 -4395150 - Nit. 900407148

Paciente

Numero 964147 Documento CC 1083020136 Nombre MARTINEZ REALES LAURA DANIELA
Historia 962 Cita 1 Edad 22 años 6 meses 15 días Fecha 4/10/2019 11:58:10 AM

Formula

	Esfera	Cilindro	Eje	Prisma	Base	A.V.L	ADD	A.V.P	D.V	D.P
O.D	+0.50	-1.50	0			20/20		0.5		34
O.I	0.00	-0.75	0			20/20		0.5		34

Vision Media

Esfera O.D

Esfera O.I

Vision Proxima

Esfera O.D

Esfera O.I

Lentes

Derecho ST-Supreme Poly SV

Izquierdo

Color SIN COLOR

Filtros AR - UV

Uso Recomendado

PERMANENTE

Control 4/9/2020

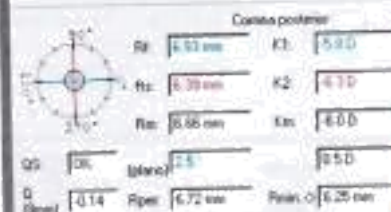
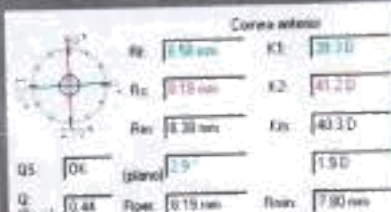


Elaborado por OpticalEvolutions.

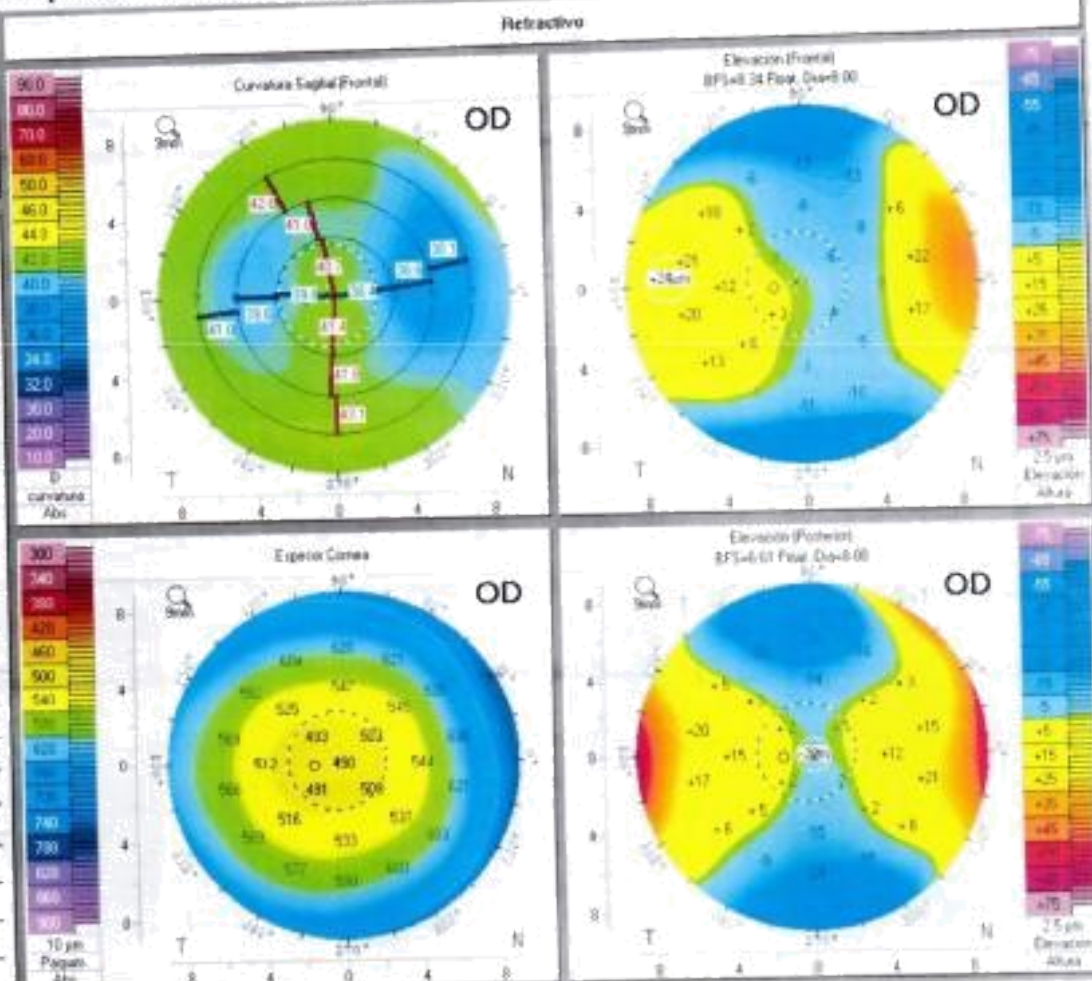
Dr(a) Solano Heredia

Dr(a). Bairon Solano Heredia
C.C. 72431010
Registro:
5/7/2019 10:26:23 AM

Apellido: Martinez Proden
 Number: Laura Daniela
 ID: 1000020136
 Fecha Nacimiento: 16/02/1996 Dp: Ocha
 Fecha Examen: 05/07/2019 Hora: 11:21:29
 Info examen:



Centro pupila	+	409 µm	0.18	-0.25
Pupila apex		490 µm	0.00	0.00
Posición eje fino	0	486 µm	0.76	-0.97
I. Max. (Front)		43.3 D	+3.96	+3.27
Volumen cornea		57.8 mm ³	Ø Cornea	12.1 mm
Volumen cámara		170 mm ³	Ángulo	40.9°
Prof. cámara ant (Ext.)		3.33 mm	Dist. Pupil	2.54 mm
Dist IOP		10.5 mmHg	Exp. cor:	



Yo Laura Daniela Martinez Reales con documento de
 identificación ☒ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. No. 1083020136 de Santa Marta
 Persona responsable autoriza _____
 con documento de identidad ☐ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. No. _____
 de _____ parentesco _____), autorizo para que me sea
 aplicada: Anestesia Tópica Midriático Miótico.

Se me ha explicado el objetivo de la presente aplicación y su naturaleza.

Efectos Secundarios

- ☐ Anestesia tópica: Queratitis parcial por inflamación de epitelio
☐ Midriático: Parálisis de la acomodación, bloqueo en visión próxima, disminución del tamaño del
 ángulo camerular.
☐ Miótico: Cefalea, espasmo en la acomodación, aumento del tamaño del ángulo camerular.

He entendido los riesgos que implica dicha aplicación.

Para constancia de lo anterior suscribo el presente documento en la ciudad de _____
 hoy _____ del mes _____ del año de _____ sin que medie coacción alguna.

☒ Para constancia de lo anterior suscrito el presente documento en la ciudad de Barranquilla
 hoy 19 del mes 12 del año 2018
 Sin que medie coacción alguna.

☒ Laura Martinez Reales
 Firma del paciente
 C.C. No. 1083020136

[Firma]
 Firma y sello Optómetra tratante
 C.C. No. 1081755358
 Reg. No. 315

 Firma Persona Responsable.
 C.C. No. _____

773401

Historia No. LA 035 **5051**

POR FAVOR LLENAR COMPLETAMENTE LOS DATOS DE ESTA HISTORIA

USUARIO LVC ☒ ☐

FECHA 19/12/2018

Nombre Laura Daniela Martinez R Doc: C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 108390136 De Santa Marta
 Dirección Carrera 26 19 a 81 Ro Domicilio actual San Juan Residencia Odebanco
 Ocupación Estudiante Fecha de nacimiento 22/10/1996 Edad 22 Sexo ☒ ☐ ☐ ☐
 Estado Civil Soltera Pers. Contacto Rosa Vanegas Parentesco abuela Tel. 4229505
 Acompañante Rafael Martinez Vanegas Teléfono 319 5279293
 Afiliación: EPS (Cuál?) Sanitas Tipo de Vinculación Subsidiaria Medicina Prepagada (Cuál?)
 Síntomas No ve color rojo

EXAMEN OFTALMOLOGÍA:

ANAMNESIS:

MDC Valores

AP: Generales: Dm. no AR. no Inmuno. no Cirugías G. no

Emb. no Alergias no

Otros

OCULARES: Cirugías no Glaucoma no LDC si Trauma no Uveitis no

DR: no

Medicamentos no RX uso -200-175 x 180°

Otros OK - 225-175 x 180°

Antecedentes Familiares

EXÁMEN EXTERNO:

OD

Párpados W

Órbita W Otras —

OI

Párpados W

Órbita W Otras —

EXAMEN MUSCULAR:

Cover: ambin Versiones: ambin

EXAMEN DE SEGMENTO ANTERIOR (Biomicroscopia):

OD

Conj. W

Film. Lag W BUT/S W

Córnea W

Cristalino W

Pupila/Iris W

Camara Anterior W

Ángulo W

Otras —

OI

Conj. W

Film. Lag W

Córnea W

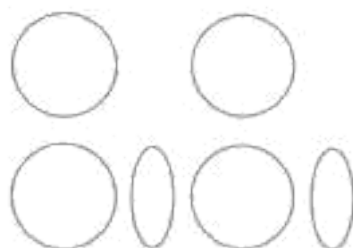
Cristalino W

Pupila/Iris W

Camara Anterior W

Ángulo W

Otras —



PRESIÓN INTRAOCULAR (PIO):

Tonometría 16 Hora — Tonometría 14 Hora —

Medi no Medi W

X: Supratentorial

TOPOGRAFÍA ANEXO:

COMENTARIO

OD: SC: 15/100
OI: SC: 15/100

PAQUIMETRÍA

OD 15/100

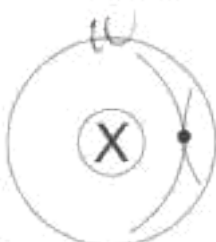
Comentario 19-12-2014 hora: 13:35:47

OI 15/100

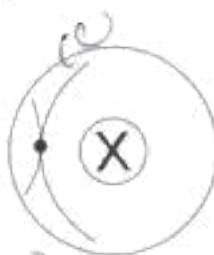
Comentario 19-12-2014 hora: 13:43:19

FONDO DE OJO:

OD



OI



Excavación 0.2

Excavación 0.2

REFRACCIÓN (Subjetiva y Ver H.C Optométrica):

OD -2.25 x -1.75 / 180° Avf 20/22 ADD 2

OI -2.25 x -1.75 / 180° Avf 20/20 ADD 2

DOMINANCIA OD ☐ OI ☐

DIAGNÓSTICO

OD Atrofia de la mácula Código

OI Atrofia de la mácula Código

Otro

ORIGEN DE LA ENFERMEDAD:

General Accidente de trabajo Profesional

TRATAMIENTO Y/O PLAN QUIRÚRGICO:

OD OI
Oftalmología

Código: Código:

Cx Refractiva:

LASIK PRK PTK RET LASIK PRK PTK RET

Constancia

Yo, Laura Daniela Martinez declaro que me fue explicada en que consiste, beneficio, riesgos y complicaciones de la cirugía / procedimiento Lasik recomendada por mi médico tratante.

Nombre y Firma del Oftalmólogo Tratante Laura Martinez Becerra Firma Paciente

Registro Médico: C.C. Paciente: 1083020136

CONTROL CONSULTA

Hora de la cita: Hora de llegada: Inicia: Finaliza:

GRACIAS POR COMPLETAR ESTA INFORMACIÓN!



NOMBRE

Laura D. Montoya R.

1. Por la presente autorizo al Dr. Dr. Sergio Salcedo para que realice en mí la intervención procedimiento LASIK-LASEK que se llevara a cabo el día 22 del año 2018.
2. El Dr. Salcedo me ha explicado la naturaleza electiva y el propósito del procedimiento, sus ventajas, molestias, complicaciones y posibles riesgos. Me informo claramente que es imposible garantizar la corrección 100% del defecto refractivo existente, así como pretender garantizar el conseguir el 100% de la visión corregida.
3. Explicándome claramente que el propósito del procedimiento consiste en disminuir al máximo la necesidad del uso de gafas o lentes, alcanzando un nivel visual que permita la realización de la mayoría de actividades diarias usuales sin tener que recurrir al uso de estos, pero siendo este ocasionalmente necesario para actividades específicas como, por ejemplo: conducir de noche, asistir a un teatro, entre otras cosas.
4. Se me explicó que en el procedimiento LASIK pueden presentarse fallos en el corte inicial del microquerátomo (cortes irregulares, incompletos) que obliguen a la cancelación del procedimiento y a posponer su ejecución por un tiempo mínimo de 3 meses.
5. Se me informó que si se me realiza un procedimiento quirúrgico LASEK se utilizan sustancias químicas que permiten levantar el epitelio corneal para permitir la aplicación del láser requerido; Adicional se me dejaran unos lentes de contacto terapéuticos entre 5 a 10 días post operatorios.
6. Se me informo igualmente la posibilidad de tener que realizar una segunda aplicación de Láser en caso de presentarse hipo o hiper corrección o astigmatismo inducidos por efectos del Láser. Proceso que normalmente se efectúa 3 meses después del procedimiento inicial.
7. Puede presentarse como efectos secundarios la presencia de halos o resplandores en la noche, así como imágenes de visión doble o visión de fantasmas.
8. Existe la posibilidad que se presenten cicatrizaciones anormales de la córnea o respuestas anómalas e inusuales al efecto del Láser, que no permitan una adecuada recuperación de la agudeza visual posterior al procedimiento, siendo necesarios en estos casos el uso de gafas, lentes de contacto para restaurar la correcta visión y aun en casos extremos tener que recurrir a procedimientos quirúrgicos de mayor orden como: queratoplastia penetrante (cambio de córnea) para restauración de la visión.
9. Entiendo que en el curso del procedimiento pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales, por lo tanto, autorizo la realización de estos si el médico tratante lo considera necesario.
10. Que me obligo para con LAFAM S.A.S como propietaria de LAFAM, el personal médico y auxiliar a cumplir con la terapia que se me indique o tratamiento de mis condiciones, igualmente me obligo a cumplir con las citas médicas, prescripciones, instrucciones y controles periódicos que se me indiquen.
11. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y ellas han sido contestadas satisfactoriamente, así mismo se me ha explicado que no es posible garantizar los resultados para mi intervención.



12. Que he sido informado y conozco que el tratamiento médico y actuaciones posteriores se pueden presentar complicaciones que puedan conllevar un tratamiento adicional, el cual estoy de acuerdo en asumir los costos que se generen por el mismo.
13. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que los espacios han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.
14. Dejo constancia que he explicado la naturaleza, el propósito, las ventajas, riesgos y alternativas al procedimiento quirúrgico Lasik - Lasek igualmente contestado a las preguntas que el paciente o la persona responsable me ha formulado.
15. En evento de requerir un procedimiento que implique el uso de tecnología diferente a la que posee LAFAM, esta podrá aplicarla en otra locación, siempre con la atención y autonomía del oftalmólogo tratante, quien pertenece al equipo profesional de LAFAM.

16. Alguna consideración especial para mi cirugía:

17. Para constancia de lo anterior suscribo el presente documento en la ciudad de DIA hoy 22 de 12 del año 2018 en dos ejemplares del mismo valor y tenor con destino a cada parte, ante dos testigos, sin que medie coacción alguna y que las partes leyeron a viva voz y lo aprobaron antes de proceder con su respectiva firma. (El paciente recibe en esta fecha un ejemplar de este documento).

Paciente

Firma

Nombre: Saura Martinez Real

CC N°: 11083620136

Médico Tratante

Firma

Nombre: Gen Sando

CC N°: 730191

Testigo

Nombre: _____
CC N°: _____

Testigo

Nombre: _____
CC N°: _____

INSTRUCCIONES PRE Y POST LASER

Lasek – Lasek, es un procedimiento que se utiliza para disminuir o corregir los efectos refractivos como Hipermetropía, Miopía, Astigmatismo y Presbicia, así mismo minimizar o eliminar el uso de los gafas o lentes de contacto.

RECOMENDACIONES PRE- PROCEDIMIENTO

- Si es usuario de lentes de contacto, retirarlos ocho días antes del procedimiento si son blandos o quince días si son rígidos.
- El día del procedimiento debe presentarse acompañado de una persona a la Clínica, con ropa cómoda (preferiblemente abotonadura delantera) y sin objetos de valor (anillos, manillas, relojes, aretes)
- No deje de tomar ninguna de los medicamentos que recibe diariamente, por ejemplo: Para hipertensión arterial, diabetes o problemas de tiroidea, etc.
- Debe llegar sin maquillaje para el procedimiento, pues las zonas cercanas al ojo deben estar muy limpias y libres de contaminantes (lavarse muy bien la cara)
- No aplicar ese día ni lociones ni perfumes.

RECOMENDACIONES POST – PROCEDIMIENTO

- Después del procedimiento se colocará en sus ojos un protector (de su propiedad) a través de la cual usted podrá ver.
- El protector lo debe utilizar cada vez que vaya a dormir durante los siguientes 15 días después del procedimiento.
 - Después del procedimiento usted podrá sentir:
 - Sensación de cuerpo extraño
 - Lagrimeo
 - Enrojecimiento
 - Sensibilidad a la luz
 - Ardor
 - Visión borrosa, entre otras.
- Iniciar el uso de todos los medicamentos el mismo día del procedimiento de acuerdo a la indicación registrada en la fórmula y verbalmente explicada por el profesional tratante y/o personal encargado. NO PERMITA QUE LE CAMBIEN SU FORMULA.
- Asistir cumplidamente a los controles programados de acuerdo con el protocolo establecido para este procedimiento.
- Después del primer día post- procedimiento, usted podrá llevar un ritmo de vida normal teniendo en cuenta las recomendaciones tratadas por los profesionales tratantes.
- SE RECOMIENDA LA UTILIZACION DE ANTEOJOS OSCUROS (100% DE ABSORCION A RAYOS UV) COMO PROTECCION Y UNA PERFECTA CICATRIZACION.
- En caso de cualquier duda e inquietud se puede comunicar al Tel 3905700 o al mail: Clinica.lafam14@lafam.com.co, domingos y festivos acercarse a cualquier sucursal de Lafam.

DEBE EVITAR

- Frotarse los ojos.
- Traumas y deportes de contacto.
- Sumergirse en piscinas, mar sauna, turco durante el primer mes.
- Evite labores de jardinería, contacto con animales y ambiente contaminado durante la primera semana.
- Maquillaje durante el primer mes.
- Durante el baño diario, la caída de agua y shampoo directa sobre los ojos.

En los primeros días post – procedimiento, se puede presentar fluctuación de visión, al igual que molestias con la luz, dificultad visual nocturna por destrambramiento, molestias que se estabilizarán de acuerdo a su cicatrización, por lo tanto es imposible predecir el tiempo de mejoría, el cual puede tardar hasta tres meses; si su cirugía es un LASEK tenga en cuenta, que de la cirugía sale con unos lentes de contacto terapéutico que no se debe retirar hasta en el segundo control que es entre 7 a 10 días.

CONTROLES

El día del procedimiento, a los diez días y al mes. Cubre controles hasta el tercer mes, a partir de este momento el paciente debe cancelar el valor especial estipulado por LAFAM (la periodicidad de los controles depende de la evaluación de cada paciente).

CONSTANCIA DEL PACIENTE

Acepto que he comprendido cabalmente las instrucciones y recomendaciones que me hacen con antelación al procedimiento Láser, por lo tanto acepto como mi obligación.

PACIENTE

NOMBRE:

FIRMA Y CEDULA:

Laura Martinez Reed
Laura Martinez Reed
1003070136

TESTIGO

NOMBRE:

FIRMA Y CEDULA:

Clínica oftalmológica Lafam Av carrera 19 N 151-75

Bogotá D.C Colombia

Pbx: 3905700 - Nit: 900407148-4

Por favor califique de 0 a 4 su capacidad para realizar las siguientes actividades, tenga en cuenta:

- ☐ 0 Imposible de realizar la actividad ☐ 1 Dificultad severa ☐ 2 Dificultad Moderada
☐ 3 Sin dificultad ☐ 4 Normal

ACTIVIDAD	SIN CORRECCIÓN FECHA: __/__/__	DESPUÉS DE CORRECCIÓN FECHA: __/__/__	TERCER CONTROL FECHA: __/__/__
Leer letra pequeña			
Leer un periódico o un libro			
Leer un libro con letras grandes o los números de teclado de un teléfono			
Reconocer la gente de cerca			
Ver escalones, escaleras u obstáculos			
Leer las señales de tránsito y los letreros de la calle			
Hacer manualidades finas (Ej coser)			
Escribir cheques o llenar formularios			
Realizar juegos de mesa (Ej Cartas, Bingo)			
Practicar deportes (Ej Golf, Bolos)			
Cocinar			
Ver televisión			
Conducir de día			
Conducir de noche			
Le molesta la luz del día			
Cansancio al usar computador			
TOTAL			
FIRMA			

NOMBRE: _____

NOMBRE DEL OPTÓMETRA: _____

NOMBRE DEL OFTALMÓLOGO: _____

PROCEDIMIENTO: _____

AV HABITUAL SIN CORRECCIÓN (SC LEJOS) OD _____ OI _____

AV HABITUAL SIN CORRECCIÓN (SC CERCA) OD _____ OI _____

No se incluirán en el puntaje las actividades que el paciente realice por razones diferentes a su vida

Historia quirúrgica No. 38200

Fecha de procedimiento: 22/02/18 Tienda No. _____ Orden de trabajo No. _____
 Nombre del paciente: + Lore Martinez Rauls Doc: C.C. ☒ C.E. ☐ Tl. ☐ No. 108302136 De Santa Fe
 Dirección: Carrera 26 No 81 Municipio: Hagge Ure Tel: 4570908 Cel: 904553563 E-mail: Lmartinez@Dyma
 Fecha de nacimiento: 22/10/1996 Edad: 22 Sexo: ☒ F ☐ M Historia centro láser No. _____

Procedimiento: ☒ LASIK ☐ PRK ☐ PTK ☐ 2ª Sesión

Ojo: ☒ AO ☐ OD ☐ OI

Antecedentes médicos: SOT
 Cirugías oculares previas (especifique): NO

Examen:

Agudeza visual sin corrección:
 Agudeza visual con corrección:

OD
 20/ 400
 20/ 22

OI
 20/ 400
 20/ 20

Queratometría:

43.8 / 41.6 x 10°

44.1 / 41.9 x 16°

Refracción bajo ciclo:

-2.00 - 1.75 x 180°

-2.00 - 1.25 x 180°

Refracción subjetiva:

-2.25 - 1.25 x 180°

-2.25 - 1.25 x 180°

Paquimetría:

542 - 544

556 - 561

Corrección deseada:

-2.25 - 1.00 x 180°

-2.25 - 1.00 x 180°

Anillo:

-1 (8.5)

-1 (8.5)

Zona Óptica:

6.1

6.5

Observaciones

Cecilia S/ido 6

Nombre y firma del Médico Tratante
 Registro Médico:



mpi FOR **STERILIZATION**
 ACCEPT IF INDICATOR IS SAME AS
 SQUARE ON DARKER

Nombre y firma del Médico Tratante
 Registro Médico:

39/20

1. Colocación de blefarostato. Marcación de referencia sobre la córnea OD

2. Colgajo:

Máquina: ☐ CB ☐ M2 ☐ Levantar Colgajo
Anillo: ☒ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
Tope: ☐ 7,5 ☐ 8 ☒ 8,5
Corte: ☐ Regular ☐ Irregular

Complicaciones:

☐ Corte Lamelar ☐ Free Cap
☐ Perforación central ☐ Pérdida de succión
☐ Corte Incompleto ☐ Marcas superficiales
☐ Ruptura de colgajo ☐ Colgajo delgado

Esquema



3. Remoción Epitelial:

☐ Láser ☐ Mecánica ☐ Química Alcohol ☐ Lasek Diámetro _____

4. Láser: Máquina excimer láser SCHWIND _____

Programa PTK _____ Diámetro _____ Profundidad _____

Refractivo: Esfera -2,5 Cilindro -1,50 Eje 180

ZO. 6,5 ☐ Doble Cilindro ☐ Multizona

Eye Tracker Activo: ☒ SI ☐ NO

Primer Paso _____ Segundo Paso _____ Tercer Paso _____

Complicaciones _____

5. Lavado, reposición del colgajo

1. Colocación de blefarostato. Marcación de referencia sobre la córnea

OI

2. Colgajo:

Máquina: ☐ CB ☐ M2 ☐ Levantar Colgajo
Anillo: ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
Tope: ☐ 7,5 ☐ 8 ☐ 8,5
Corte: ☐ Regular ☐ Irregular

Complicaciones:

☐ Corte Lamelar ☐ Free Cap
☐ Perforación central ☐ Pérdida de succión
☐ Corte Incompleto ☐ Marcas superficiales
☐ Ruptura de colgajo ☐ Colgajo delgado

Esquema



3. Remoción Epitelial:

☐ Láser ☐ Mecánica ☐ Química Alcohol ☐ Lasek Diámetro _____

4. Láser: Máquina excimer láser SCHWIND _____

Programa PTK _____ Diámetro _____ Profundidad _____

Refractivo: Esfera -2,25 Cilindro -1,00 Eje 180

ZO. 6,5 ☐ Doble Cilindro ☐ Multizona

Eye Tracker Activo: ☒ SI ☐ NO

Primer Paso _____ Segundo Paso _____ Tercer Paso _____

Complicaciones _____

5. Lavado, reposición del colgajo

[Firma]

[Firma]

Historia quirúrgica No. _____

Fecha de procedimiento: 10/5/19 Tienda No. 1053020136 Orden de trabajo No. _____

Nombre del paciente: Laura Martinez Doc: C.C. ☐ C.E. ☐ Tl. ☐ No. _____ De _____

Dirección _____ Municipio _____ Tel. _____ Cel. _____ E-mail _____

Fecha de nacimiento: 22/10/96 Edad: 22 Sexo: ☒ F ☒ M Historia centro láser No. _____

Procedimiento: ☐ LASIK ☐ PRK ☐ PTK ☒ 2ª Sesión

Ojo: ~~OD~~ ☐ OD ☒ OI

Antecedentes médicos _____

Cirugías oculares previas (especifique) _____

Examen:

Agudeza visual sin corrección:

OD
20/ 40

Agudeza visual con corrección:

20/ 20

Queratometría:

39.00/41.25 x 3°

Refracción bajo ciclo:

+0.25 -1.25 x 170°

Refracción subjetiva:

+0.25 -1.25 x 170°

Paquimetría:

486/535

Corrección deseada:

+0.25 -1.25 x 170°

Anillo:

Zona Óptica:

6.8

Observaciones _____

Nombre y firma del Médico tratante: [Firma]

Registro Médico: 06-1140/96

$T = 16.5^\circ$ $A = 37^\circ$
1. Colocación de blefarostato. Marcación de referencia sobre la córnea OD

2. Colgajo:

Máquina: ☐ CB ☒ M2 ☐ Levantar Colgajo
Anillo: ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
Tapa: ☐ 7,5 ☐ 8 ☐ 8,5
Corte: ☐ Regular ☐ Irregular

Complicaciones:

☐ Corte Lamelar ☐ Free Cap
☐ Perforación central ☐ Pérdida de succión
☐ Corte incompleto ☐ Marcas superficiales
☐ Ruptura de colgajo ☐ Colgajo delgado

Esquema



3. Remoción Epitelial:

☐ Láser ☐ Mecánica ☐ Química Alcohol ☐ Lasek Diámetro _____

4. Láser: Máquina excimer láser SCHWIND _____

Programa PTK _____ Diámetro _____ Profundidad _____

Refractivo: Esfera -10.25 Cilindro -1.25 Eje 170

ZO 6.8

☐ Doble Cilindro

☐ Multizona

Eye Tracker Activo:

☒ SI

☐ NO

Primer Paso _____ Segundo Paso _____ Tercer Paso _____

Complicaciones _____

5. Lavado, reposición del colgajo

1. Colocación de blefarostato. Marcación de referencia sobre la córnea

OI

2. Colgajo:

Máquina: ☐ CB ☐ M2 ☐ Levantar Colgajo
Anillo: ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
Tapa: ☐ 7,5 ☐ 8 ☐ 8,5
Corte: ☐ Regular ☐ Irregular

Complicaciones:

☐ Corte Lamelar ☐ Free Cap
☐ Perforación central ☐ Pérdida de succión
☐ Corte incompleto ☐ Marcas superficiales
☐ Ruptura de colgajo ☐ Colgajo delgado

Esquema



3. Remoción Epitelial:

☐ Láser ☐ Mecánica ☐ Química Alcohol ☐ Lasek Diámetro _____

4. Láser: Máquina excimer láser SCHWIND _____

Programa PTK _____ Diámetro _____ Profundidad _____

Refractivo: Esfera _____ Cilindro _____ Eje _____

ZO _____

☐ Doble Cilindro

☐ Multizona

Eye Tracker Activo:

☐ SI

☐ NO

Primer Paso _____ Segundo Paso _____ Tercer Paso _____

Complicaciones _____

5. Lavado, reposición del colgajo

Nombre y Firma del Médico Tratante
Registro Médico: _____

Firma y Nombre del Óptico _____

NOMBRE DEL PACIENTE:

Jaura Martinez

HISTORIA CLINICA:

38200

FECHA: DD/MM/AA

10-5-19

PROCEDIMIENTO:

Ata de OD

HORA:

ANTES DE INICIO DE ANESTESIA CON GOTAS

ANTES DEL PROCEDIMIENTO

PERSONAL DE ENFERMERIA CONFIRMA DEL PACIENTE:

SI

NO

Su identidad

X

Ojo a operar

X

Procedimiento a realizar

X

Su consentimiento

X

PERSONAL DE ENFERMERIA VERIFICA

SI

NO

Estado de carro de paro

X

Hay problemas con los insumos.

X

Hay problemas con los equipos.

X

EL OFTALMÓLOGO, INSTRUMENTADOR, OPTOMETRA, PERSONAL DE ENFERMERIA CONFIRMAN VERBALMENTE

SI

NO

Identidad del paciente.

X

Ojo a operar

X

Procedimiento a realizar.

X

Alergias del paciente

X

EL OFTALMOLOGO REvisa

SI

NO

Los pasos críticos o inesperados.

X

Duración del procedimiento.

X

Se ha administrado profilaxis con antibiótico en los últimos 60 minutos.

X

Están disponibles las imágenes diagnósticas esenciales y pueden visualizarse

X

PERSONAL DE ENFERMERIA CONFIRMA QUE EL EQUIPO SE HA IDENTIFICADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN

SI

NO

Oftalmólogo

X

Instrumentador Quirúrgico

X

Optómetra

X

Personal de Enfermería

X

ANTES DE LA SALIDA DEL ÁREA DE PROCEDIMIENTOS

PERSONAL DE ENFERMERIA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO QUIRÚRGICO

SI

NO

Nombre del procedimiento realizado.

X

Complicaciones

Se finaliza el procedimiento

X

Hay problemas que resolver relacionados con el instrumental o las lesiones. Hay problemas que resolver relacionados con el

X

EL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO / JEFE DE ENFERMERIA REPASA

SI

NO

Se ha confirmado la esterilidad de los equipos y el instrumental (incluyendo resultados de los lavados).

X

OFTALMÓLOGO Y ENFERMERA REVISAN PRINCIPALES ASPECTOS DE RECUPERACIÓN Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE

X

Optómetra realiza primer control

X

OBSERVACIONES:

OFTALMOLOGO

NOMBRE Marcela I

FIRMA

INSTRUMENTADOR QUIRURGICO

NOMBRE Fredica B

FIRMA

OPTOMETRA

NOMBRE Jeyner C.

FIRMA

ENFERMERA / AUXILIAR DE ENFERMERIA

NOMBRE Adalberto H

FIRMA

* Diligencie el formato completamente, señalando con X la casilla que corresponda según el caso.

Laser serial number M851 (500Hz)
Software version 5.0.3913.500
User LAFAM
Date yyyy-mm-dd 2018-12-22
Time 09:38:51

SCHWIND

eye-tech-solutions

TREATMENT PRINTOUT -ORK-

Patient

OD	Patient ID	Firstname	Lastname	Date of birth	Age	Gender
	1083020136	Laura Daniela	Martinez Reales	1996-10-22	22	female

Planning Data

Type of treatment Aberration-Free
Treatment method LASIK
Type of refraction Compound Myopic Astigmatism

K-Reading Pre K1 41,60 D @ 10 °
K2 43,80 D @ 100 °

Refraction @ VD = 12,0 mm ; RZ = 4,00 mm

	Sphere	Cylinder	Axis
Manifest	-2,25 D	-1,50 D x	180 °
Target	0,00 D	0,00 D x	180 °
Lasersetting	-2,25 D	-1,50 D x	180 °

Treatment Data

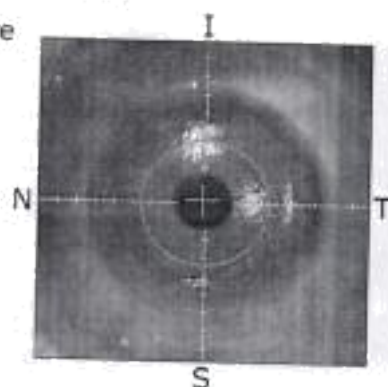
Optical zone (OZ)	6,50 mm
Transition zone (TZ)	0,49 mm
Ablation zone (TAZ)	6,99 mm
Ablation depth MAX	57,27 µm
Ablation depth CENTRAL	57,27 µm
Ablation depth MIN	0,069 µm
Ablation volume	1252 nl

Treatment

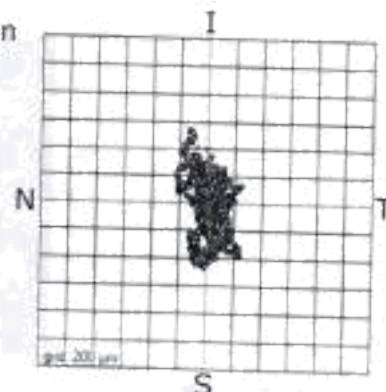
Ablation Time 13 s
Ablation progress Completed: 100 %
Temperature Begin/End 22,5 °C / 22,4 °C
Humidity Begin/End 33 % / 33 %
SCC n.a.

Treatment Time 14 s
Eye - tracking status On: 100 % Off: 0 %
Pupil offset R:0,00 mm Angle:0 °
DCC MIN -1,76 °
DCC MAX 0,64 °

Eye picture



Fixation



Systemdata

Fluence High 651 nm
Low 540 nm
Temp/Humidity last fluence 22,8 °C 30,0 %

Laser energy High 14,00 mJ
Low 12,00 mJ
High voltage 1286 V
Time since last fluence test 0 h 55 min

Comment

CAM

AMARIS

Laser serial number M851 (500Hz)
Software version 5.0.3913.500
User LAFAM
Date yyyy-mm-dd 2018-12-22
Time 09:42:22

SCHWIND

eye-tech-solutions

TREATMENT PRINTOUT -ORK-

Patient

	Patient ID	Firstname	Lastname	Date of birth yyyy-mm-dd	Age	Gender
OS	1083020136	Laura Daniela	Martinez Reales	1996-10-22	22	female

Planning Data

Type of treatment Aberration-Free
Treatment method LASIK
Type of refraction Compound Myopic Astigmatism

K-Reading Pre K1 41,90 D @ 165 °
K2 44,10 D @ 75 °

Refraction @ VD = 12,0 mm ; RZ = 4,00 mm

	Sphere	Cylinder	Axis
Manifest	-2,25 D	-1,00 D x	0 °
Target	0,00 D	0,00 D x	0 °
Lasersetting	-2,25 D	-1,00 D x	0 °

Treatment Data

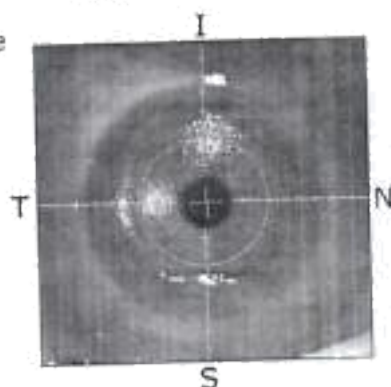
Optical zone (OZ)	6,50 mm
Transition zone (TZ)	0,49 mm
Ablation zone (TAZ)	6,99 mm
Ablation depth MAX	49,95 µm
Ablation depth CENTRAL	49,95 µm
Ablation depth MIN	0,056 µm
Ablation volume	1050 nl

Treatment

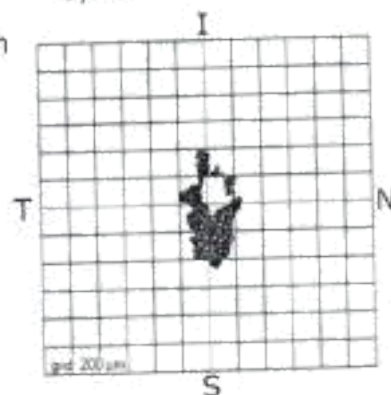
Ablation Time 12 s
Ablation progress Completed: 100 %
Temperature Begin/End 22,4 °C / 22,3 °C
Humidity Begin/End 32 % / 31 %
SCC n.a.

Treatment Time 12 s
Eye - tracking status On: 100 % Off: 0 %
Pupil offset R:0,00 mm Angle:0 °
DCC MIN 0,03 °
DCC MAX 1,76 °

Eye picture



Fixation



Systemdata

Fluence High 651 nm
Low 540 nm
Temp/Humidity last fluence 22,8 °C 30,0 %

Laser energy High 14,00 mJ
Low 12,00 mJ
High voltage 1267 V
Time since last fluence test 0 h 59 min

Comment

CAM

AMARIS

Laser serial number M851 (500Hz)
Software version 5.0.3913.500
User LAFAM
Date yyyy-mm-dd 2019-05-10
Time 12:22:55

SCHWIND

eye-tech-solutions

TREATMENT PRINTOUT -ORK-

Patient

OD	Patient ID	Firstname	Lastname	Date of birth	Age	Gender
	1083020136	Laura Daniela	Martinez Reales	1996-10-22	22	female

Planning Data

Type of treatment Aberration-Free

Treatment method PRK

Type of refraction Mixed Astigmatism

K1	39,00 D @ 3 °
K2	41,25 D @ 93 °

Refraction @ VD = 12,0 mm ; RZ = 4,00 mm

	Sphere	Cylinder	Axis
Manifest	+0,25 D	-1,25 D x	170 °
Target	0,00 D	0,00 D x	170 °
Lasersetting	+0,25 D	-1,25 D x	170 °

Treatment Data

Optical zone (OZ) 7,00 mm

Transition zone (TZ) 0,55 mm

Ablation zone (TAZ) 7,55 mm

Ablation depth MAX 22,46 µm

Ablation depth CENTRAL 17,41 µm

Ablation depth MIN 0,020 µm

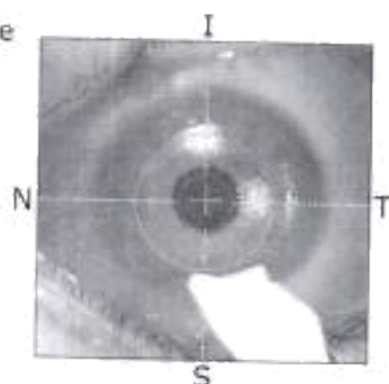
Ablation volume 610,3 nl

Treatment

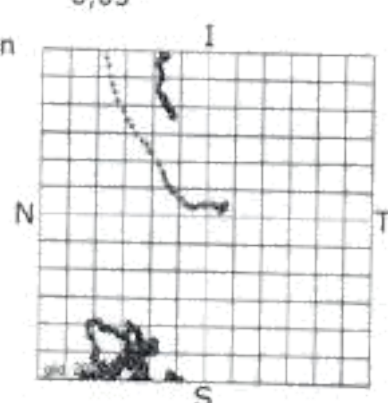
Ablation Time 7 s
Ablation progress Completed: 100 %
Temperature Begin/End 21,0 °C / 21,0 °C
Humidity Begin/End 33 % / 33 %
SCC n.a.

Treatment Time 28 s
Eye - tracking status On: 100 % Off: 0 %
Pupil offset R:0,00 mm Angle:0 °
DCC MIN -3,15 °
DCC MAX 0,03 °

Eye picture



Fixation



Systemdata

Fluence High 631 nm
Low 495 nm

Temp/Humidity last fluence 19,8 °C 32,0 %

Laser energy High 9,29 mJ
Low 7,00 mJ

High voltage 1152 V

Time since last fluence test 0 h 22 min

Comment

CAM

AMARIS

FECHA DEL PROCEDIMIENTO: 22, 12, 18.
 PROCEEDIMIENTO / CIRUGIA: laser AO. HC No: 38200
 NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: Laura D. Martinez Roales
 TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD ce NO. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 083020136
 DIRECCION: Cra 26 a 81B CIUDAD Sta Monté
 FECHA DE NACIMIENTO: 22, 10, 96 EDAD: 22 GENERO: M F Y
 OCUPACION Estudiante ACOMPAÑANTE: Dora V. PARENTESCO Abuelan
 TELEFONO 314 5274243 EPS Sanitas TIPO DE VINCULACION Beneficiario
 TIPO DE ANESTESIA: Tópica ANESTESIOLOGO N/A
 ANTECEDENTES OCULARES N/A
 ANTECEDENTES QUIRURGICOS N/A
 ANTECEDENTES MEDICOS N/A
 ALERGIAS No

SE INGRESA AL PACIENTE ALERTA CONSCIENTE Y ORIENTADO PARA PROCEDIMIENTO LÁSER, SE DAN INDICACIONES DE LAVADO DE MANOS, CARA Y POSTURA DE ROPA QUIRÚRGICA COMPLETA, SE INGRESA AL PACIENTE A SALA DE PREPARACIÓN SE SIENTA EN SILLA, SE LE APLICAN GOTAS DE ALCAINE 4 Y 2 OQSEPTIC, BAJO SUPERVISIÓN MÉDICA. SE REALIZA LAVADO QUIRÚRGICO EN CARA LA PRIMERA GASA SE IMPREGNA DE JABON QUIRURGICO Y AGUA ESTÉRIL. LA LIMPIEZA SE REALIZA DESDE EL GLOBO OCULAR EN FORMA CIRCULAR LLEVÁNDOLO A FRENTE Y PÓMULOS, LA SEGUNDA SE IMPREGNA DE AGUA ESTÉRIL PARA RETIRAR EL JABON Y LA TERCERA GASA SE UTILIZA PARA RETIRAR SECAR. SE COLOCA CINTA EN LA PARTE SUPERIOR DE LA FRENTE INDICANDO OJO A OPERAR. EL PACIENTE ES TRASLADADO A SALA DE PROCEDIMIENTO LÁSER SE INDICA PASAR A CAMILLA, SE COLOCA COBIJA, SE INDICA MIRAR AL FRENTE SE COLOCA CAMPO ESTERIL FENESTRADO AL OJO QUE SE VA HA INTERVENIR. INICIA PROCEDIMIENTO DR CESAR SALGADO (OFTALMOLOGO). SE TERMINA PROCEDIMIENTO SE AYUDA A LEVANTAR AL PACIENTE Y ESTE ES LLEVADO A CONTROL POR PARTE DEL OPTÓMETRA, SE DAN RECOMENDACIONES POST-QUIRÚRGICAS SE LLEVA A VESTIER SE LLAMA A ACOMPAÑANTE Y SE DA SALIDA AL PACIENTE.

ADA LUZ MENDOZA
AUX DE ENFERMERIA
TP

FECHA DEL PROCEDIMIENTO: 10, 5, 19
 PROCEEDIMIENTO / CIRUGIA: Ajuste de HC No: 38200
 NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: Laure Martinez Peales
 TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD cc NO. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1083020136
 DIRECCION: Cra 264 19 a - 87 20 CIUDAD Sta Marta
 FECHA DE NACIMIENTO: 10, 22, 96 EDAD 22 GENERO: M X
 OCUPACION Estudiante ACOMPAÑANTE: Rafael M PARENTESCO abuelo
 TELEFONO 3145274243 EPS Sanitas TIPO DE VINCULACION Subordinado
 TIPO DE ANESTESIA: Tópico ANESTESIOLOGO N/A
 ANTECEDENTES OCULARES N/A
 ANTECEDENTES QUIRURGICOS N/A
 ANTECEDENTES MEDICOS N/A
 ALERGIAS 1 D3"

SE INGRESA AL PACIENTE ALERTA CONSCIENTE Y ORIENTADO PARA PROCEDIMIENTO LÁSER, SE DAN INDICACIONES DE LAVADO DE MANOS, CARA Y POSTURA DE ROPA QUIRÚRGICA COMPLETA, SE INGRESA AL PACIENTE A SALA DE PREPARACIÓN SE SIENTA EN SILLA, SE LE APLICAN GOTAS DE ALCAINE 4 Y 2 OQSEPTIC, BAJO SUPERVISIÓN MÉDICA, SE REALIZA LAVADO QUIRÚRGICO EN CARA LA PRIMERA GASA SE IMPREGNA DE JABON QUIRURGICO Y AGUA ESTÉRIL. LA LIMPIEZA SE REALIZA DESDE EL GLOBO OCULAR EN FORMA CIRCULAR LLEVÁNDOLO A FRENTE Y PÓMULOS, LA SEGUNDA SE IMPREGNA DE AGUA ESTÉRIL PARA RETIRAR EL JABON Y LA TERCERA GASA SE UTILIZA PARA RETIRAR SECAR. SE COLOCA CINTA EN LA PARTE SUPERIOR DE LA FRENTE INDICANDO OJO A OPERAR, EL PACIENTE ES TRASLADADO A SALA DE PROCEDIMIENTO LÁSER SE INDICA PASAR A CAMILLA, SE COLOCA COBIA, SE INDICA MIRAR AL FRENTE SE COLOCA CAMPO ESTERIL FENESTRADO AL OJO QUE SE VA A INTERVENIR. INICIA PROCEDIMIENTO DR CESAR SALGADO (OFTALMOLOGO). SE TERMINA PROCEDIMIENTO SE AYUDA A LEVANTAR AL PACIENTE Y ESTE ES LLEVADO A CONTROL POR PARTE DEL OPTÓMETRA, SE DAN RECOMENDACIONES POST-QUIRÚRGICAS SE LLEVA A VESTIER SE LLAMA A ACOMPAÑANTE Y SE DA SALIDA AL PACIENTE.

Ada Luz Mendoza
 ADA LUZ MENDOZA
 AUX DE ENFERMERIA
 TP 2369

Versión: 3

Fecha de Actualización:

01/04/2015

Código:

FOR-DM-07

CIUDAD:

X BARRANQUILLA

_BOGOTÁ

_CALI

FECHA: 27-12-18 Laura Hernández

INSUMO

CANTIDAD SOLICITADA

CANTIDAD DESPACHADA

DEVOLUCIONES

AGUA ESTÉRIL

ALCAINE

OQ-SEPTIC

ZYMADID

RINGER

EQUIPO MACROGOTEO

CUCHILLAS PARA MICROQUERATOMO

MICROESPONJAS

GASAS * 5

ALCOHOL ABSOLUTO

JERINGA 1 ML

JERINGA 5 ML

JERINGA DE 10 ML

TRANSPORE

BOLSA BLANCA

TAPABOCAS

TUBO DE SUCCION

POLAINAS

GUANTES

GORROS

OTROS

NOMBRE DEL SOLICITANTE:

NOMBRE DE QUIÉN DESPACHA:

PENDIENTES:

Versión: 3

Fecha de Actualización:

01/04/2015

Código:

FOR-DM-07

CIUDAD: X_BARRANQUILLA

_BOGOTÁ

_CALI

FECHA: 10-5-19 J. Arc. Martínez

INSUMO

CANTIDAD SOLICITADA

CANTIDAD DESPACHADA

DEVOLUCIONES

AGUA ESTERIL

ALCAINE

OQ-SEPTIC

ZYMEXID

RINGER

EQUIPO MACROGOTEO

CUCHILLAS PARA MICROQUERATOMO

MICROESPONJAS

GASAS * 5

ALCOHOL ABSOLUTO

JERINGA 1 ML

JERINGA 5 ML

JERINGA DE 10 ML

TRANSPORTE

BOLSA BLANCA

TAPABOCAS

TUBO DE SUCCION

POLAINAS

GUANTES

GORROS

OTROS


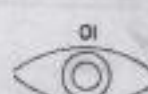
NOMBRE DEL SOLICITANTE:

NOMBRE DE QUIÉN DESPACHA:

PENDIENTES:

Historia No. _____ Tienda No. 1
Historia Clínica _____ Fecha 22/11/2019
Nombre Luis David Arroyave Fecha Procedimiento 22/11/2019
Dirección _____ Municipio _____ Tel. _____ Cel. _____ E-mail _____
Edad 22

CONTROL No. _____ Fecha 22/11/2019
Día Post procedimiento Lasik - Lasek ☒ OD ☒ Monovisión ☐ OD ☐ OI
S: ☐ OD ☒ Post Lasek ☐ OI

BIOQUÍMICA OD  20/20 OI 
FL. P. OK FL. P. OK



Ida Primer día postquirúrgico Comentarios
Conducta: Antibiótico tópico FL. P. Salud
Corticoides tópico Comentarios
Lubricantes tópicos Comentarios
Recomendaciones y avisos Comentarios
Fecha Próximo Control Comentarios
Nombre del Profesional tratante Comentarios Reg. Prof. Comentarios Firma Comentarios

CONTROL CONSULTA
Hora de llegada: _____ Inicia: _____ Finaliza: _____
¡GRACIAS POR LLENAR ESTA INFORMACIÓN!

CONTROL No. _____ Fecha 22/11/19
Prat. quirúrgico, días post procedimiento Lasik - Lasek ☒ OD ☒ Monovisión ☐ OD ☐ OI
S: Disminución de la AV en AO

Rx. Pre	ESPERA	CILINDRO	GRADOS	AV	ESPERA	CILINDRO	GRADOS	AV
V. Lejana				20/				20/
V. Próxima				20/				20/
AGUDEZA VISUAL								
SCL 20/	CCL 20/	PH 20/			SCL 20/	CCL 20/	PH 20/	
SCC 20/	CCC 20/				SCC 20/	CCC 20/		

KERATOMETRÍA
Adición LASIK
Rx. Actual
ESFERA CILINDRO GRADOS AV
V. Lejana
V. Próxima
20/ 20/ 20/ 20/

BIOQUÍMICA OD  Disco y entre OI 
canal OK

Ida Postquirúrgico Comentarios
Conducta: ametropía residual
Repetir optometría para progra-
mar ajuste

Recomendaciones y avisos Comentarios
Fecha Próximo Control Comentarios
Nombre del Profesional tratante Comentarios Reg. Prof. Comentarios Firma Comentarios

CONTROL CONSULTA
Hora de la cita: _____ Hora de llegada: _____ Inicia: _____ Finaliza: _____
¡GRACIAS POR LLENAR ESTA INFORMACIÓN!