



http://



Optometra

Iniciar sesion

Usuario o Correo electronico

Contraseña

Iniciar Sesión

[¿Olvidaste tu contraseña?](#)



http://



Opciones del sistema



Registrar datos del paciente

Agregar consulta

Generar formula

Historia clinica



Registrar datos del paciente

Complete la información del paciente. Los campos marcados con * son obligatorios



Datos Personales

Nombre completo *

Ej: Lorena Romero Cassiani

Tipo de Documento *

Seleccione

Cedula de ciudadanía
Tarejeta de Identidad
Cedula de Extranjeria
pasaporte

No. de Documento *

Ej: 12345678910



Informacion de Contacto

Telefono *

Ej: 3101-222-555

Correo Electronico*

Ej: lore@gmail.com

Direccion*

Ej: Calle 123 # 45-67, Bogotá



Antecedentes Medicos

Enfermedades Oculares Previas

Ej: Glaucoma, Cataratas, Astigmatismo

Uso de Lentes Previos

Ej: SI o NO

Alergias Conocidas

Ej: Polen, Polvo, Medicamento...

Observaciones Adicionales

Informacion adicional relevante....

Guardar Registro

Cancelar



¡Paciente Registrado Exitosamente!

El paciente a sido registrado con el siguiente ID

PAC-001

Registrar otro paciente

Inicio

Agregar Consulta

Registre los datos de la consulta optométrica. Los campos marcados con* son obligatorios

Buscar Paciente*

 Ej: Buscar por nombre, documento o ID del paciente....

Motivo de Consulta*

Describa el motivo de la consulta*

Ej: Dolor de cabeza al leer, vision borrosa de lejos....

Resultados del Exmen Visual

Agudeza Visual OD

Ej: 20/20,20/40

Agudeza Visual OI

Ej: 20/20, 20/40

Presion Intraocular

Ej: OD:15 mmHg, OI:16 mmHg

Refraccion

Ej: OD:-2.00, OI:-1.75

Diagnostico y Observaciones

Diagnostico*

Ej: Miopia bilateral leve, astigmatismo...

Observaciones Adicionales

Notas adicionales sobre el examen o halazgos...

Recomendaciones y Tratamiento *

Ej: Uso de lentes correctivos, control en 6 meses....

Guardar Consulta

Cancelar



¡Consulta Registrada Exitosamente!

La consulta ha sido guardada con el siguiente ID:

CONS-0001

[Agregar Nueva Consulta](#)

[Inicio](#)



Generar Formula

Complete los valores de la prescripcion oftalmologica



Paciente
Ej: Loren R



ID Paciente
Ej: PAC-0001



Ultima Consulta
Ej: 2025-10-30

Formula Optica



OJO DERECHO (OD)

Esfera (SPH)

Ej: -2.00

Cilindro (CYL)

Ej: -0.75

Eje (AXIS)

Ej: 180

Adición (ADD)

Ej: +0.00

DP (mm)

Ej: 32



OJO IZQUIERDO (OI)

Esfera (SPH)

Ej: -1.75

Cilindro (CYL)

Ej: -0.50

Eje (AXIS)

Ej: 170

Adición (ADD)

Ej: +0.00

DP (mm)

Ej: 32

Informacion Adicional del Lente

Tipo de Lente

Monofacial

Bifocal

Progresivo

Lente de contacto

Material

Polycarbonato

CR-39(Organico)

Trivex

Mineral

Tratamiento

Antirreflejante

Fotocromatico

Filtro azul

Polarizado

Sin tratamiento

Uso Recomendado

Uso permanente

Solo para lectura

Solo para distancia

Uso computadora

Observaciones

Notas adicionales sobre la prescripcion...

Guardar Formula

Inicio



¡Formula Guardada Exitosamente!

La formula ha sido registrada Correctamente

ID de Formula
FORM-0001



Paciente
Ej: Loren R



ID Paciente
Ej: PAC-0001

Generar Nueva Formula

Imprimir



Historia Clinica del Paciente

Conculte el historial completo de consultas y formulas del paciente.



Paciente

Ej: Loren R

Edad: 21

No: 12345



ID Paciente

Ej: PAC-0001



Historial Clinico

Consultas

Formulas

Volver

ID CONS-0000

MOTIVO DE CONSULTA

Control de rutina

AGUDEZA VISUAL

Ojo Derecho (OD): 20/40

Ojo Izquierdo (OI): 20/40

DIAGNÓSTICO

Miopía bilateral leve.

RECOMENDACIONES

Uso de lentes correctivos, control en 6 meses.

Imprimir

Volver

ID FORM-0003

OJO DERECHO (OD)

Esfera:	-2.00
Cilindro:	-0.75
Eje:	180°

OJO IZQUIERDO (OI)

Esfera:	-1.75
Cilindro:	-0.50
Eje:	175°

Tipo de Lente

Monofocal

Uso Recomendado

Uso Permanente

Imprimir

Volver



¿Esta seguro que desea salir?

Si

No



¡Tu fórmula se ha impreso correctamente!

Volver



¡Tu Consulta se ha impreso correctamente!

Volver



¡Tu Formula se ha impreso correctamente!

Volver