

Fecha:			Hora:		Motivo de consulta:
Servicio:			Edad:		Tiempo de enfermedad:
A.V.	S.C.	CAE	CC	APL	Enfermedad actual:
O.D.					
O.I.					
Acompañante					
					Párpado
					Conjuntiva
					Córnea
					Esclerótica
					Cámara anterior
					Cristalino
					Pupila/Iris
					Fondo
Diagnóstico					CIE 10
1) _____					_____
2) _____					_____
3) _____					_____
4) _____					_____

Tratamiento		Dosis		Tiempo	
1) _____		_____		_____	
2) _____		_____		_____	
3) _____		_____		_____	
4) _____		_____		_____	
5) _____		_____		_____	
Nombre:					Firma y sello
Próxima cita:					
Nombre:					HC

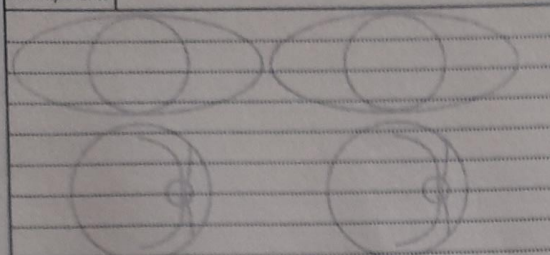
[illegible]

Fecha:			Hora:	
Servicio:			Edad:	
A.V.	S.C.	CAE	CC	APL
O.D.				
O.I.				
Acompañante				

Motivo de consulta:

Tiempo de enfermedad:

Enfermedad actual:



Párpado

Conjuntiva

Córnea

Esclerótica

Cámara anterior

Cristalino

Pupila/Iris

Fondo

Diagnóstico

CIE 10

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

Tratamiento

Dosis

Tiempo

Firma y sello

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Próxima cita:

HC

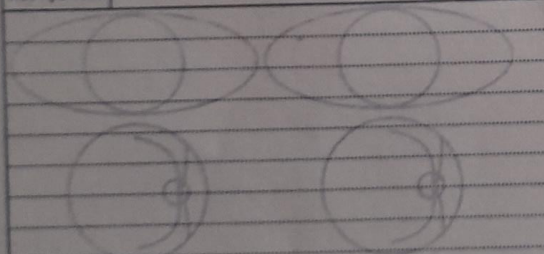
Nombre:

Fecha:			Hora:	
Servicio:			Edad:	
A.V.	S.C.	CAE	CC	APL
O.D.				
O.I.				
Acompañante				

Motivo de consulta:

Tiempo de enfermedad:

Enfermedad actual:



Párpado

Conjuntiva

Córnea

Esclerótica

Cámara anterior

Cristalino

Pupila/Iris

Fondo

Diagnóstico

CIE 10

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

Tratamiento

Dosis

Tiempo

Firma y sello

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Próxima cita:

HC

Nombre: