



INSTITUTO REGIONAL
DE OFTALMOLOGÍA
Javier Sáenz Urbán

DESVIACIONES OCULARES

HC.:

DNI:

SECCIÓN ESTRABISMO

Apellidos y nombres: Edad: Fecha:

Nombres del familiar: Número telefónico:

Diagnóstico presuntivo:

Anamnesis:

Antecedentes familiares: Estrabismos:

Cover Test: Lejos: FOD: FOI:

s/c Cerca: FOD: FOI:

O. dominante:

O. ambliope:

Cover Test: Lejos: FOD: FOI:

s/c Cerca: FOD: FOI:

Fija en:

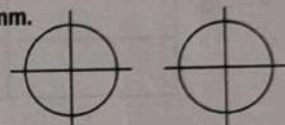
PCC:

AV	S/C	CAE	C/C
OD			
OI			

Retinos- copia	ESF	CYL	EJE
OD			
OI			

DIP:

mm.

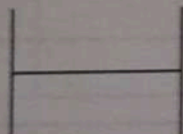


Colaboración: Psiquismo:

OD

OI

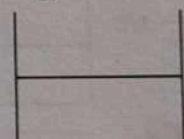
MOTILIDAD OCULAR



Ducciones

Versiones

Vergencias



Cráneo y cara:

Posición de la cabeza:

Párpados y hendidura palpebral:

Nistagmus:

OD

OI

N. óptico:

Mácula:

Ret. perif.:

Fijación visuscopio (..... D. oft)

Cent-parafov-paramac-parapap-yuxtpap

En PPM:

N. óptico:

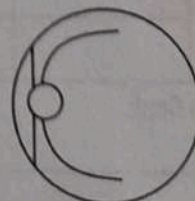
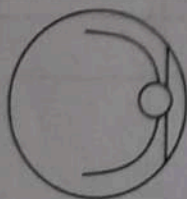
Mácula:

Ret. perif.:

Fijación visuscopio (..... D. oft)

Cent-parafov-paramac-parapap-yuxtpap

En PPM:



Lentes (última corrección)

Operación (cirugías de estrabismo)

Otros exámenes

PRISMA COVER TEST/ KRIMSKY (1er estudio)

Fecha: ____/____/____

FOD

s/c

CERCA

c/c

FOD

s/c

LEJOS

c/c

FOI

s/c

CERCA

c/c

FOI

s/c

LEJOS

c/c

Fecha: ____/____/____

PRISMA COVER TEST/ KRIMSKY (2do estudio)

FOD

s/c

CERCA

c/c

FOD

s/c

LEJOS

c/c

FOI

s/c

CERCA

c/c

FOI

s/c

LEJOS

c/c

Diagnóstico final:

1) _____

2) _____

Firma y Sello