

HISTORIA CLÍNICA - SERVICIO DE BAJA VISIÓN

H.C. N°: _____

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

E. Civil: _____ GI: _____ Oficio: _____ Situación laboral: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Acompañante: _____ Vive con: _____ Vivienda con gradas: _____

ENFERMEDAD ACTUAL:

_____ Servicio de referencia: _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: _____

VISIÓN FUNCIONAL:

| ORIENTACIÓN Y MOVILIDAD | | Si | No | | | Si | No |
|----------------------------|--------------|----|----|--|--|--------|----|
| • Interiores | Conocidos | | | • Exteriores | Conocidos | | |
| | No conocidos | | | | No conocidos | | |
| • Bajar gradas | | | | • Usa bastón/andador | | | |
| VISIÓN DE LEJOS | | | | | | | |
| • Ve TV | | | | • Distancia: | Tamaño TV: | Gusta: | |
| • Ve letreros | | | | • Ve peldaños de escalera | | | |
| • Identifica caras | | | | | | | |
| VISIÓN DE CERCA | | | | | | | |
| • Lee periódico | | | | • Titulares <input type="checkbox"/> | Letra pequeña <input type="checkbox"/> | | |
| • Usa lupa | | | | • Monedas / billetes | | | |
| VISIÓN INTERMEDIA | | | | | | | |
| • Escritura (firmar) | | | | • Marcado teléfono | | | |
| • Usa computadora | | | | • Costura / tejido | | | |
| VISIÓN COLORES: disminuida | | | | | | | |
| ILUMINACIÓN | | | | | | | |
| • Sol molesta | | | | • Luz interiores molesta | | | |
| • De noche ve peor | | | | • Dificultad para adaptación luz / oscuridad | | | |
| LIMITACIONES AVD | | | | | | | |
| • Verter líquidos en taza | | | | • Actividad preferida: | | | |
| • Al cocinar / al comer | | | | | | | |

OBJETIVO DE REHABILITACIÓN:

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

1. AGUDEZA VISUAL

VISIÓN DE LEJOS

| | SC | CAE | C/C | Equivalencia Snellen | Visión excéntrica | Refracción en uso | Cartilla: |
|----|----|-----|-----|----------------------|-------------------|-------------------|--------------------------------------|
| OD | | | | | | | Feim bloom <input type="checkbox"/> |
| OI | | | | | | | ETDRS <input type="checkbox"/> |
| AO | | | | | | | Lea Symbols <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | Snellen <input type="checkbox"/> |

VISIÓN DE CERCA

| | SC | C/C | Equivalencia Snellen | Texto: Continuo <input type="checkbox"/> Aislado <input type="checkbox"/> | Cartilla: |
|----|----|-----|----------------------|---|---|
| OD | | | | | Lighthouse <input type="checkbox"/> |
| OI | | | | | Precision Vision <input type="checkbox"/> |
| AO | | | | ADD: | Lea Symbols <input type="checkbox"/> |
| | | | | | Angel Barañano <input type="checkbox"/> |
| | | | | | Wayne W. Hoft <input type="checkbox"/> |

2. REFRACCIÓN

| LEJOS | Esfera | Cilindro | Eje | AV: | Eq. Snellen | Tx.: | Cartilla: |
|-----------------|--------|--------------------|-----|------------|-------------|---|---|
| OD | | | | | | AV inicial: | Feim bloom <input type="checkbox"/> |
| OI | | | | | | AV final: | ETDRS <input type="checkbox"/> |
| AO | | | | | | DIP: | Lea Symbols <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | Snellen <input type="checkbox"/> |
| CERCA | Esfera | Cilindro | Eje | AV: | Eq. Snellen | Texto: Continuo <input type="checkbox"/> Aislado <input type="checkbox"/> | Cartilla: |
| OD | | | | | | Distancia: DIP: | Lighthouse <input type="checkbox"/> |
| OI | | | | | | ADD: | Precision Vision <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | Lea Symbols <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | Angel Barañano <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | Wayne W. Hoft <input type="checkbox"/> |
| Ayudas ópticas: | | Aumento dioptrías: | | Distancia: | | | |

3. EXÁMENES FUNCIONALES

| | Test Amsler | S. Contraste | Campo Visual |
|----|-------------|--------------|--------------|
| OI | | | |
| OD | | | |

4. EXÁMEN GENERAL

.....

.....

.....

5. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

6. PLAN:

Terapia visual:

Psicología ☐

Fisioterapia ☐

Reevaluación oftalmológica:

Firma: