

A. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

1. ID del caso *

2. Fecha de atencion *

3. Nombre completo del paciente *

4. Fecha de nacimiento *

5. Direccion

6. Telefono

7. Correo electronico

8. Ocupacion

9. Referido por

B. MOTIVO DE CONSULTA / ANTECEDENTES

10. Motivo principal de consulta

11. Antecedentes medicos

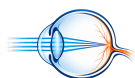
12. Antecedentes oculares

13. Medicamentos actuales

14. Alergias conocidas - especifique tipo y reaccion

C. AGUDEZA VISUAL

Medicion	OD	OS
15-16. AVSC		
17-18. AVCC		
19-20. A. EST		



D. RX EN USO

Ojo	Esfera	Cilindro	Eje	AV
OD				
OS				

27. RX-Adición

AV

28. Resultado de ARK en OD

29. Resultado de ARK en OS

E. REFRACCION SUBJETIVA

Ojo	Esfera	Cilindro	Eje	AV
OD				
OS				

F. PRUEBAS Y MEDICIONES

Medicion	OD	OS
Queratometria (K)		
BUT		
Schirmer		
Test de colores		

Estereopsis

G. VALIDACION DEL TECNICO

Nombre completo del tecnico:

Firma del tecnico: