ANEXOS

ANEXO IV:

Registro de la Historia Clínica del Paciente:

Notas/Observaciones:	Nombre:	
	Dirección :	
	Código postal:	Ciudad:
	Tel.casa:	Trabajo:
	Lugar de nacimiento:	Fecha de nacimiento:
	Medico General :	Dirección:
	Ocupación:	Fecha:

Edad, Raza, Género:

Motivo de Consulta:

Historia Personal Ocular (Refractiva):

Ninguna:

Síntomas Oculares :

Historia Personal Ocular (Salud):

Historia Personal de Salud General (Pasado y presente):

Fecha del último examen ocular:

Quién/ Dónde:

Fecha del último exámen médico :

Quién/ Dónde:

Historia ocular familiar :

Historia de salud general familiar (Pasado y presente):

Medicación, dosis, frecuencia, conditción:

Alergias i (Medicamentos Generales):

REGISTRO DE HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

AV	(-) Rx Lejos	(-) Rx Cerca	(+) Rx Lejos	(+) Rx Cerca	PH Lejos	(+)Rx CL Lejos	(+)Rx CL Cerca	CL Status (SLE)
OD								
OI								
AO								

AA (Donders)	Vision de Color	Estereopsis	PPC (cm)	Versiones	DP (mm) (D/N)
OD OI	OD OI	"	Obj Subj / OD OI		
AO	Test:	Test:			

CT	CF	Pupilas
(Lejos) cc / sc	OD	I R R ( ) MG
(Cerca) cc / sc	OI	Diam Pupila PEN/ LUZ Hora:

Queratometria OD - x @ D Miras

OI - x @ D Miras

Objetivo OD AV

OI AV

Subjetivo OD AV

OI AV

Foropter Montura AO

OD mm @ OI mm @

mm @ mm @

Test Complementarios :

Cerca

Add Tentativa OD ARN Add Balanceada:

Edad #Cyl AA OI ARP

Lejos

Forias (H) Maddox VG

Vergencias (H) BI / / BE / /

ForiasV) Maddox VG

Vergencias(V) BS_{OD} / BI_{OD} /

Cerca

Forias (H) Maddox VG

Vergencias (H) BI / / BO / /

Forias (V) Maddox VG

Vergencias (V) BS_{OD} / BI_{OD} /

☐ Rx del subjetivo

OD AV ADD D AV WD cm

Rx Final | OI _____ AV _____ ADD _____ D AV _____ | Rango _____ tot cm

Observaciones

REGISTRO DE HISTORIA CLINICA

OD

Exámen Lámpara de hendidura

OI

Párpados

Conjuntiva

Cornea

Pelicula lagrimal

Iris

Cristalino

Cámara Anterior

T: N: ángulo camerular (VH) T: N:

☐ Foto ☐

T OD ____ / ____ / ____ = _____ mmHg

GM OI ____ / ____ / ____ = _____ mmHg

PK @ :

gotas _____ _____

TNC Advertir al Paciente de no frotarse los ojos. ☐

PAQUIM

OD ☐ Foto ☐ OD OI

MIO ☐

BIO ☐

VOLK ☐

Oftalmoscopia

Sin dilatar ☐ Dilatado ☐ con

% @ :

gotas _____ _____

% @ :

gotas _____ _____

Paciente informado de los efectos sec de la medicación ☐

Excavacion (H/V)

Borde Neural

Regla ISNT

Cruces AV

Pulso Venoso

Lamina Cribosa

HR AS Vasos Sanguíneos HR AS

Macula

Reflejo Foveal

Vítreo

Periferia

	Rx Final	Add	Tipo	DP (D/N)	PrismA	Material	Seg.	CB	Filtro/AR
OD				/ mm	Δ		mm	D	
OI				/ mm	Δ		mm	D	

Rx por: Permanente Lejos Cerca PRN

	Rx Final	Add	Tipo	DP	Prisma	Material	Seg .	CB	Filtro/AR
OD				/ mm	Δ		mm	D	
OI				/ mm	Δ		mm	D	

Rx por: Permanente Lejos Cerca PRN Indicaciones especiales :

REGISTRO DE HISTORIA CLINICA

	Evaluación y plan de tratamiento	Fecha
D1		
C1		

Seguimiento _____ Motivo _____ Remisión ☐

Tarifa de la próxima consulta _____ Otros _____