iosper

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN - CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA

AFILIADO: ..... (Apellido y Nombres)

SEXO: ..... EDAD: ..... N° DOC: ..... Tipo ..... Número

DOMICILIO: ..... LOCALIDAD: .....

CIRUGÍA

Presentar el pedido médico de cirugía e Historia Clínica cronológica de últimos controles realizados.La HC deberá tener como mínimo los siguientes ítems:

Historia Clínica Oftalmológica.

Examen Clínico:

1- Historia de la alteración visual. .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2- Medición de la agudeza visual: **AV OD s/c** ..... **OI s/c** .....

AV c/c ..... **OI c/c** ..... (*)

AV con estenopeico OD ..... **OI** ..... (**)

3- Refracción clínica.

Objetiva sin dilatar OD .....

OI .....

Objetiva dilatada OD .....

OI .....

Subjetiva OD ..... **AV** .....

OI ..... **AV** .....

BMC:

OD .....

.....

OI .....

.....

4- Presión intraocular OD ..... OI .....

5- Fondo de ojo.

OD .....

.....

OI .....

Otros Estudios: .....

.....