VISIOMETRIA

NOMBRE Jover Anderson Gil Suarez FECHA 12/12/2017 EDAD ___ SEXO M ☒ F ☐

CC O TI 1069175052 OCUPACION Tecnico INGRESO ☑ PERIODICO ☐ EGRESO ☐

EMPRERSA Sobredosis ULTIMO CONTROL 12 meses

AVSC: OD VL 20/30 VP 20/25 AVCC: OD VL 20/25 VP 20/25

OI VL 20/50 VP 20/25 OI VL 20/40 VP 20/25

EXAMEN EXTERNO

OD NORMAL ☒ / OBSERVACIONES ___

OI NORMAL ☒ / OBSERVACIONES ___

EXAMEN MOTOR

DUCCIONES OD NORMAL ☒ VERSIONES NORMAL ☐

OI NORMAL ☒

HISHBERG ___ COVER TEST ___

OFTALMOSCOPIA

OD NORMAL ☒ / OBSERVACIONES ___

OI NORMAL ☒ / OBSERVACIONES ___

TEST ISHIHARA

OD NORMAL ☒ / OBSERVACIONES ___

OI NORMAL ☒ / OBSERVACIONES ___

ESTEREOPSIS ___

IDX Miopia corregida lentes

OBSERVACIONES Protector Ojos lentes

FIRMA DEL PACIENTE
CC 1069175052

Eulices Ortiz Rodriguez
FIRMA Y SELLO OPTOMETRISTA
Especialista en Salud Ocupacional
Especialista en Auditoria en Salud
Registro 6068

calle 18 a #98-70 piso 2 Cel.: 3102170700 – 3176473117
E- mail: eulicesortizr@gmail.com