

**DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

FECHA...../...../...../

NOMBRE Y APELLIDO: ..... RUT: .....

FECHA DE NACIMIENTO: ..... EDAD: ..... SEXO: .....

DIRECCIÓN:..... TELÉFONO: .....

CORREO ELÉCTRICO: .....

CONTACTO DE EMERGENCIA: .....

ANTECEDENTES MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS:.....

**DATOS ANTROPOMÉTRICOS.-**

TALLA:	PESO:	PRESIÓN ARTERIAL:
CIRCUNFERENCIA CRANEAL:	DISTANCIA ENTRE OJOS:	
NOTA:		

**ALERTAS.-**

ALERGIAS:	CONDICIONES MÉDICAS PREVIAS:
-----------	------------------------------

DIAGNÓSTICOS CODIFICADOS:
---------------------------

**EXÁMEN OFTALMOLÓGICO**¿USA LENTES? SI  NO

## RECETA DE LENTES

NOMBRE Y APELLIDO: .....

DIRECCIÓN: .....

RUT: .....

EDAD: .....

SEXO: .....

FECHA DE ATENCIÓN: ...../...../...../

### LENTES DE LEJOS.-

OD:	ESF:	CIL:	
OI:	ESF:	CIL:	DP:

### DIAGNÓSTICO(S).-

.....

### OBSERVACIONES.-

.....

## INDICACIONES MÉDICAS

### RESULTADOS EXAMEN OFTALMOLÓGICO

### NOTAS DE EVOLUCIÓN MÉDICA

### ÓRDENES DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS O DERIVACIONES

### PROTOCOLOS PERSONALIZADOS