

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:

.....