

INFORME DE MÉDICO TRATANTE

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____

Rut: _____

Solicitud: _____

Póliza: _____

Favor de consignar todas las preguntas:

Diagnóstico efectuado: _____

Fecha de primer diagnóstico: _____

Desde cuando usa lentes por esta patología, según lo declarado por paciente:

Lentes ópticos: Sí: No: Fecha: _____

Lentes de contacto: Sí: No: Fecha: _____

Dioptrias:

Miopía OD, igual a: _____

Astigmatismo OD, igual a: _____

Equivalente esférico, igual a: _____

Miopía OI, igual a: _____

Astigmatismo OI, igual a: _____

Equivalente esférico, igual a: _____

Hipermetropía OD, igual a: _____

Hipermetropía OI, igual a: _____

Anisotropías entre un ojo y otro, igual a: _____

Indicar motivo de cirugía: _____

Fecha Cirugía: _____

Nombre del Médico: _____

Inscripción número colegio: _____ Teléfono: _____

Fecha del Informe: _____ Firma: _____