

Estado:

Datos de la Escuela

CCT:	Nombre:
Municipio:	Modalidad:
Nivel:	Turno:

Datos del Alumno

Nombre: _____ Sexo: _____ Grado: _____ Grupo: _____
 Edad: _____
 Entrega de anteojos: Primera Vez Cambio de graduación

Signos y síntomas:

Pantallero	Lejos	Cerca	PPA	
			PPC	

Agudeza Visual

OD	OD			
OI	OI			

Diagnostico

Ojo Derecho		Ojo Izquierdo	
Miopia <input type="checkbox"/>	Hipermetropia <input type="checkbox"/>	Miopia <input type="checkbox"/>	Hipermetropia <input type="checkbox"/>
Astigmatismo:		Astigmatismo:	
Miopico: Simp. <input type="checkbox"/>	Comp. <input type="checkbox"/>	Miopico: Simp. <input type="checkbox"/>	Comp. <input type="checkbox"/>
Hipermetropico: Simp. <input type="checkbox"/>	Comp. <input type="checkbox"/>	Hipermetropico: Simp. <input type="checkbox"/>	Comp. <input type="checkbox"/>
	MIX. <input type="checkbox"/>		MIX. <input type="checkbox"/>

TRATAMIENTO

Requiere Lentes Terapia Canalización

	Esfera	Cilindro	Eje	DIP	Armazón
OD					
OI					

Nombre y firma Optometrista

Fecha
 DD/MM/AAAA

Estado:

Datos de la Escuela

CCT:	Nombre:
Municipio:	Modalidad:
Nivel:	Turno:

Datos del Alumno

Nombre: _____ Sexo: _____ Grado: _____ Grupo: _____
 Edad: _____
 Entrega de anteojos: Primera Vez Cambio de graduación

Signos y síntomas:

Pantallero	Lejos	Cerca	PPA	
			PPC	

Agudeza Visual

OD	OD			
OI	OI			

Diagnostico

Ojo Derecho		Ojo Izquierdo	
Miopia <input type="checkbox"/>	Hipermetropia <input type="checkbox"/>	Miopia <input type="checkbox"/>	Hipermetropia <input type="checkbox"/>
Astigmatismo:		Astigmatismo:	
Miopico: Simp. <input type="checkbox"/>	Comp. <input type="checkbox"/>	Miopico: Simp. <input type="checkbox"/>	Comp. <input type="checkbox"/>
Hipermetropico: Simp. <input type="checkbox"/>	Comp. <input type="checkbox"/>	Hipermetropico: Simp. <input type="checkbox"/>	Comp. <input type="checkbox"/>
	MIX. <input type="checkbox"/>		MIX. <input type="checkbox"/>

TRATAMIENTO

Requiere Lentes Terapia Canalización

	Esfera	Cilindro	Eje	DIP	Armazón
OD					
OI					

Nombre y firma Optometrista

Fecha
 DD/MM/AAAA