

Informe Médico Tratante

Nombre del Paciente:
Solicitud:
Póliza:

Rut:

1. 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: _____

Dioptrías:

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: _____

| | |
|-----------------------------|-----------|
| <i>Nombre del Médico:</i> | |
| Inscripción número colegio: | Teléfono: |
| Fecha del Informe: | Firma: |