

Nombre	Apellido	HASS ID _____
---------------	-----------------	----------------------

Fecha	O Masculino O Femenino	Fecha Nac:	Edad (años) O No sabe
Evento	Lugar	O Atleta O Compañero Unif.	Deporte
Delegación	Prog Olimpiadas Especiales		País

Historia

Es esta su primera vez en una revisión de SOLCIOE?
 Si No

¿Ha experimentado algo de lo siguiente?

- Dificultad para ver
 - Lejos
 - Cerca
- Dolores de Cabeza
- Sensibilidad ante la luz
- Vision doble
 - Lejos
 - Cerca

¿Cuándo fue su ultimo examen de ojos?

- Menos de 1 año
- 1-3 años
- Mas de 3 años
- Nunca
- No sabe

¿Usa lentes correctivos? ¿(anteojos o de contacto)?

- Si No
- Rx Standard
 - Todo el tiempo
 - Solo de Lejos
- Solo de cerca
- Deportes
- Rx Deportes
 - Todo el tiempo
 - Deporte
- Lentes Contacto
 - Suaves
 - RGP

Alguna vez a tenido:

- Lesiones **Detalle:** _____
- Cirugía **Detalle:** _____
- Infección **Detalle:** _____

Revisión

Por favor marque uno Prescripción actual

<input type="radio"/> Sin Rx Esfera	<input type="radio"/> Con Rx Cilindro	<input type="radio"/> Con lentes de contacto Eje	<input type="radio"/> Con lentes de contacto ADD	<input type="radio"/> Con lentes de contacto PD
Ojo Derecho				/
Ojo Izquierdo				/

Agudeza Visual

- Pasa No pasa **Lejos**
- No se pudo probar OD 20 / ____ No se pudo probar OS 20 / ____
- Lea Otros
- Levantarse
 - Proyección de luz
 - Percepción de luz
 - No percepción de luz
 - Otros

- Pasa No pasa **Cerca**
- No se pudo probar OU 20 / ____
- Lea Otros

- Pasa No Pasa **Test de cubierta**
- No se pudo probar **Lejos**
- orto foria tropia
- eso
 - exo
 - hiper
- rango 02-99 ____ Constante Intermitente
- rango 02-99 ____

Referir para cualquier tropia

O Nistag latente

- No se pudo probar **Cerca**
- orto foria tropia
- eso
 - exo
 - hiper
- rango 02-99 ____ Constante Intermitente
- rango 02-99 ____

Referir para cualquier tropia

- Pasa No pas **Vision de colores**
- No se pudo probar Prueba 1 ____ / 9 si es menos de 8/9 Prueba 2 ____ / 9 Referir si Prueba 2 < 9
- No se pudo probar Prueba 1 ____ / 6 Menos de 5/6 valor correcto

Nombre	Apellido	HASS ID _____
---------------	-----------------	----------------------

Auto refracción

- No se pudo probar OD
 No se pudo probar OS

Esfera	Cilindro	Eje

Salud Ocular

- si pasa no
 o

Externa

- OD No se pudo probar
 OS No se pudo probar

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> anomalía en párpado
<input type="checkbox"/> Blefaritis
<input type="checkbox"/> Conjuntivitis
<input type="checkbox"/> Pterigion /pinguecula
<input type="checkbox"/> Anomalía en la cornea
<input type="checkbox"/> Ptosis
Anormalidad | <input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> anomalía en párpado
<input type="checkbox"/> Blefaritis
<input type="checkbox"/> Conjuntivitis
<input type="checkbox"/> Pterigion /pinguecula
<input type="checkbox"/> Anomalía en la cornea
<input type="checkbox"/> Ptosis
Anormalidad |
|--|--|

Anote las anomalías y si debe de ser referido y a quien

- si pasa no
 o

Interna

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No se pudo probar
<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Anomalía en el Iris
<input type="checkbox"/> Cataratas
<input type="checkbox"/> Coloboma
<input type="checkbox"/> Anomalía en retina
<input type="checkbox"/> Anomalía nervio óptico
<input type="checkbox"/> Sospecha de Glaucom
<input type="checkbox"/> Nistagmus
Anormalidad | <input type="checkbox"/> No se pudo probar
<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Anomalía en el Iris
<input type="checkbox"/> Cataratas
<input type="checkbox"/> Coloboma
<input type="checkbox"/> Anomalía en retina
<input type="checkbox"/> Anomalía nervio óptico
<input type="checkbox"/> Sospecha de Glaucoma
<input type="checkbox"/> Nistagmus
Anormalidad |
|---|--|

Anote las anomalías y si debe de ser referido y a quien

- si pasa no
 o

IOP

- tonometria contacto
 tonometria icare
 OD OS

Pupilas

- No se pudo probar
 Normal Anormal Anormalidad:

Opcional

Retinoscopia

OD	20/	OS	20/
----	-----	----	-----

Refracción

OD	20/	OS	20/
Aumento	20/		

Recomendaciones

- No necesita nuevos Rx No se recomienda anteojos No se recomienda cambio en los anteojos
 Nueva Rx

Rx tiempo completo

Ojo derecho	Esfera	Cilindro	Ejes	VA Distancia	VA Cerca (OU)	ADD
Ojo Izquierdo				20 /	20 /	

Solamente Distancia

Ojo derecho				20 /	20 /
Ojo Izquierdo				20 /	

Solo para trabajo cercano

Ojo derecho				20 /	20 /
Ojo Izquierdo				20 /	

Anteojos para Deportes

- Plano
 Rx

Ojo derecho				20 /	20 /
Ojo Izquierdo				20 /	

Referencia

Referral to

- Optometrista Medico de cuidados primarios
 Oftalmólogo Otro
 Neurólogo

Comentarios Adicionales:

Nombre	Apellido	HASS ID _____
--------	----------	---------------

--

Opening

Eyes