

Nombre y Apellido: _____ Fecha nac.: ____ / ____ / ____

Diagnóstico CIE 10: _____

Fecha inicio de enfermedad: ____ / ____ / ____ Ojo a tratar: Derecho Izquierdo

Agudeza visual: OD: ____ /10 OI: ____ /10

Presión intraocular: OD: ____ mmHg OI: ____ mmHg

INFORME BIOMICROSCOPIA

OD: _____

OI: _____

En caso de uveítis, descartar causas infecciosas (sífilis, HIV, toxoplasmosis, toxocariasis, TBC).

Adjuntar protocolo de los respectivos estudios complementarios.

INFORME FONDO DE OJO DETALLADAMENTE

OD: _____

OI: _____

COMORBILIDADES (MARCAR CON UNA CRUZ EL DATO POSITIVO)

 Diabetes HBA1C _____ mg% (adjuntar protocolo)

 Glaucoma Tipo: _____

Adjuntar OCT macular en COLOR del ojo a tratar (original, no fotocopia, con una antigüedad no mayor a 30 días), conteniendo todos los cortes, con grilla macular (debidamente identificada por afiliado y fechada), tanto al inicio como ante cada renovación.

En caso de prórroga llenar el formulario de consumo de oftalmológicos intravítreo, disponible en la intranet.

LUGAR

Tel: _____

Fax: _____

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL OFTALMÓLOGO

Mail: _____

NOTA: Los datos deben estar completos y con letra clara legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demora.