



FORMULARIO OPTOMÉTRICO DE REFERENCIA CLÍNICA

PACIENTE	
Nombre	
DNI/NIE	
Dirección y teléfono	
FdN	

ÓPTICO-OPTOMETRISTA	
Nombre	
Dirección y teléfono	
Colegiado	

EXPLORACIÓN OPTOMÉTRICA									
Datos actuales	AVsc	Esfera	Cilindro	Eje	Prisma	AVcc	Adición	AV VP	PIO
Ojo Derecho									
Ojo Izquierdo									

Rx previa Fecha:	AVsc	Esfera	Cilindro	Eje	Prisma	AVcc	Adición	AV VP	PIO previa
Ojo Derecho									
Ojo Izquierdo									

Síntomas:	
Duración de la sintomatología:	

Comentarios:			
Recomendaciones de revisión:	Ordin <input type="checkbox"/>	Pref. <input type="checkbox"/>	Urgente <input type="checkbox"/>
El paciente ha sido informado de su condición y la referencia ha sido convenientemente explicada	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Firma del óptico-optometrista:	Fecha:		