

Nombre del paciente

Pedido Nuevo Garantía

OD OI

Información sobre el lente actual:

1. ESPACIO CórNEA Y LENTE: Ideal: Sí No Cuantificar en 30 min:
Curva Base Aumentar Micras: Restar Micras:

2. ESPACIO LIMBO: Ideal: Sí No Cuantificar en 30 min:
PCI Aumentar Micras: Restar Micras:

3. ATERRIZAJE DEL LENTE: Ideal: Sí No
(PC 2,3,4) Pinchamiento: Sí No
Blanqueamiento: Sí No

4. MODIFICAR BORDE LENTE: Sí No
Pinchamiento: Sí No

5. SOBREFRACCIÓN: Sobrequeratometría:

6. FLEXIÓN: Sí No

7. VA:

8. COMENTARIOS ADICIONALES: