

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Presuntivo: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_ Dilatar SI  NO

OD: Esf \_\_\_\_\_ Cil \_\_\_\_\_ Eje \_\_\_\_\_ OI: Esf \_\_\_\_\_ Cil \_\_\_\_\_ Eje \_\_\_\_\_ Add \_\_\_\_\_

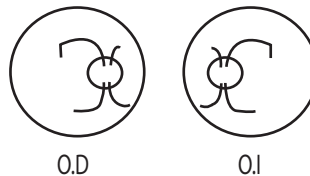
### EXÁMENES DE GLAUCOMA

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Campo Visual                  | <input type="checkbox"/> OCT del N.O. - Cirrus - Celulas Ganglionares     |
| <input type="checkbox"/> Retinografía del N.O.         | <input type="checkbox"/> OCT del N.O. - Spectralis - Celulas Ganglionares |
| <input type="checkbox"/> ORA                           | <input type="checkbox"/> OCT del N.O. - Cirrus                            |
| <input type="checkbox"/> Análisis de la CA. - Pentacam | <input type="checkbox"/> OCT del N.O.-Spectralis                          |
| <input type="checkbox"/> OCT Córnea y ángulo - Cirrus  |   |

RESULTADOS:  Impresos  CD  VIDEO INFORMES:  SI  NO

### EXÁMENES DE RETINA - MACULA

- Angiografía Retinal (50°)
- Angiografía Retinal Campo Amplio (100°)
- Autofluorescencia
- OCT Macular - Cirrus
- OCT Macular- Spectralis
- Campo Visual - Macular
- Retinografía de Macula
- Retinografía Panorámica



RESULTADOS:  Impresos  CD  VIDEO INFORMES:  SI  NO

### EXÁMENES DE CORNEA REFRACTIVA


- Pentacam Refractivo
- Pentacam Keratocono
- Microscopía Especular

### EXÁMENES DE CRISTALINO

- Pentacam Catarata
- Ecobiometría Modo A
- Ecobiometría IOL Master

OTROS EXÁMENES  Campo Visual Neurológico

Médico Solicitante: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Examen previa cita al  
**04-2631063 EXT. 101 - 102**  
**04-2630226**  
 **0939659409**

HORARIO DE ATENCIÓN: Lunes a Viernes  
**Mañanas: 09:00 a.m. A 1:00 p.m.**  
**Tardes: 2:00p.m. A 6:00 p.m.**

Ver plano de Ubicación al reverso



## PLANO DE UBICACIÓN

