



**E.S.E. DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"**

**HISTORIA CLINICA RES. 412/2000  
 DETECCIÓN TEMPRANA ALTERACIONES DE LA  
 AGUDEZA VISUAL RIP CONSULTA  
 FINALIDAD No.08 CAUSA EXTERNA No.15**

VERSIÓN  
1

CÓDIGO  
FR-CE-02

PÁGINA  
1 DE 1

FECHA VIGENCIA  
2014 - 01 - 01

DOCUMENTO  
CONTROLADO



NOMBRE: \_\_\_\_\_

HISTORIA CLINICA No.

EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EXAMEN FISICO	1 - ORBITA		2 - PARPADOS	
	OJO DERECHO	<input type="text"/>	SUPERIORES: OJO DERECHO <input type="text"/>	
	OJO IZQUIERDO	<input type="text"/>	OJO IZQUIERDO <input type="text"/>	
			INFERIORES: OJO DERECHO <input type="text"/>	
			OJO INQUIERDO <input type="text"/>	
	3 - MOTILIDAD OCULAR			
	DUCCIONES	<input type="text"/>		
	VERSIONES	<input type="text"/>		
	4 - CONJUNTIVAS			
	DERECHA	<input type="text"/>	IZQUIERDA	<input type="text"/>
	5 - SEGMENTO ANTERIOR			
	DERECHA	<input type="text"/>	IZQUIERDA	<input type="text"/>
	6 - PUPILAS			
	DERECHA	<input type="text"/>	IZQUIERDA	<input type="text"/>
	7 - TONOMETRIA			
OJO DERECHO	<input type="text"/>	OJO IZQUIERDO	<input type="text"/>	
8 - FONDO DE OJO				
OJO DERECHO	<input type="text"/>			
OJO IZQUIERDO	<input type="text"/>			
			<input type="text"/>	
			<input type="text"/>	
			<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	SERVICIO <input type="text"/>	
			<input type="text"/>	
			<input type="text"/>	
			<input type="text"/>	
NOMBRE PROFESIONAL	FIRMA			