

Datos generales

Edad: Género (haga un círculo): F M

Profesión:

Fecha / /

Nro. OPTIMIZA

Lente ANTERIOR

Tipo/Marca

	Esf.	Cil.	Eje	Add.	DI
OD	<input type="text"/>				
OI	<input type="text"/>				

Causa de visita al Oftalmólogo: Control Inconvenientes

Detallar

Lente NUEVA

Tipo/Marca

	Esf.	Cil.	Eje	Add.	DI
OD	<input type="text"/>				
OI	<input type="text"/>				

Detallar

Detalles generales

	Si	No
La montura nueva posee talón adecuado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La montura nueva posee plaquetas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La distancia del centro de pupila al borde superior de la montura tiene al menos 10mm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Si	No
La distancia del vértice es igual o menor a 12mm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El ángulo pantoscópico de la montura, puede ser ajustado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dejó de lado sus lentes anteriores? Para no alternar el uso en el proceso de adaptación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la mayoría de las respuestas a las preguntas anteriores son NO, puede que el problema esté dado por la montura.

Tiempo de adaptación (marcar según corresponda): 2 días 7 días 30 días

Guía de comprobación

Marque según corresponda, los diferentes síntomas que sufre el usuario.

VISIÓN SÍNTOMAS	Zona de la Lente			
	Lejos	Intermedia	Cerca	Indefinida
<input type="checkbox"/> Visión borrosa	OD <input type="checkbox"/> OI <input type="checkbox"/> 01, 02, 03, 05, 10, 11.	OD <input type="checkbox"/> OI <input type="checkbox"/> 01, 05, 10, 11.	OD <input type="checkbox"/> OI <input type="checkbox"/> 02, 03, 05, 08, 10, 11, 12, 15.	OD <input type="checkbox"/> OI <input type="checkbox"/> 01, 05, 10, 11, 15.
<input type="checkbox"/> Postura incómoda de la cabeza	OD <input type="checkbox"/> OI <input type="checkbox"/> 01, 02, 05, 10, 13.	OD <input type="checkbox"/> OI <input type="checkbox"/> 01, 02, 05, 10, 13.	OD <input type="checkbox"/> OI <input type="checkbox"/> 01, 02, 05, 06, 10, 12, 13, 14.	OD <input type="checkbox"/> OI <input type="checkbox"/> 01, 05, 06, 10, 13, 14.
<input type="checkbox"/> Movimientos de imagen, mareos	01, 04, 11, 13, 14, 15.			
<input type="checkbox"/> Sensación indefinida, incomodidad	01, 04, 08, 10, 11, 13, 14, 15.			
<input type="checkbox"/> Doble imagen	09.			

REFERENCIAS

- 01 Montura mal ajustada
- 02 Centrado en altura
- 03 Sobrecorrección esférica
- 04 Tiempo de adaptación
- 05 Centrado lateral
- 06 Infracorrección esférica
- 07 Prescripción previa
- 08 Zona de cerca recortada
- 09 Reflexiones múltiples
- 10 Deficiencias de refracción
- 11 Distancia de vértice excesiva
- 12 Adición incorrecta
- 13 Predisposición psicológica
- 14 Casos especiales
- 15 Ángulo pantoscópico.

IMPORTANTE: Devolver la montura con los centros marcados, nuevamente. Para que la GARANTÍA DE ADAPTACIÓN se haga EFECTIVA, el trabajo enviado deberá estar acompañado de esta Solutiza COMPLETA.