

**SOLICITUD DE ESTUDIOS/CONSULTAS**

NOMBRE:

C.I.:


- |                                  |                        |
|----------------------------------|------------------------|
| ANGIOGRAFIA _____                | ANTIANGIOGENICO _____  |
| C.V.C. _____                     | C. REFRACTIVA _____    |
| CURVA DE PIO _____               | CAPSULOTOMIA _____     |
| ECO MODO B _____                 | CORNEA _____           |
| ECOBOMETRIA _____                | GLAUCOMA _____         |
| EST. DE ESTRABISMO _____         | IRIDOTOMIA _____       |
| ESTUDIO SENSORIO MOTOR _____     | L.P.O. _____           |
| F.D.T. _____                     | L.P.M. _____           |
| FOTO COLOR DE FONDO DE OJO _____ | LASER DE RETINA _____  |
| MICROSCOPIA ESPECULAR _____      | OÇULOPLASTIA _____     |
| O.C.T. _____                     | OFT. ESTRABISMO _____  |
| PAQUIMETRIA _____                | OFT. GRAL. _____       |
| PRISMACION _____                 | OFT. PEDIATRICA _____  |
| REFRACTOMETRIA _____             | RFF. FINAL _____       |
| SENSIBILIDAD DE CONTRASTE _____  | RETINA _____           |
| TEST DE COLORES _____            | TRABECULOPLASTIA _____ |
| TOP. CORNEAL _____               | VITRECTOMIA _____      |

FIRMA MEDICO/TECNICO:

CONTRAFIRMA/SELLO:

IMPRESA

OTRO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_