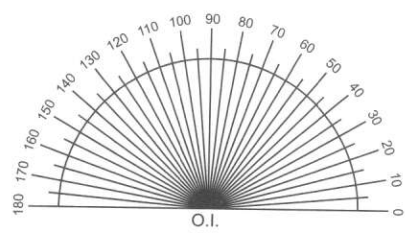
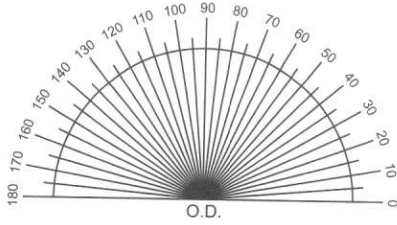


Fecha: ___ / ___ / ___

Nombre: _____ C.I.: _____



		ESF.	CIL.	EJE	PRISMA	DIST. INT.
PARA DISTANCIA	O.D.					
	O.I.					
PARA CERCA	O.D.					
	O.I.					
ARMAZON	Modelo			Color		

- MONOFOCAL
 BIFOCAL
 MULTIFOCAL
 LENTES DE CONTACTO

Firma: _____

N° C.J.J.P. _____

Si no marca ninguna opción se realizará Monofocal.