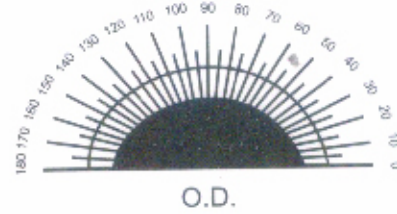
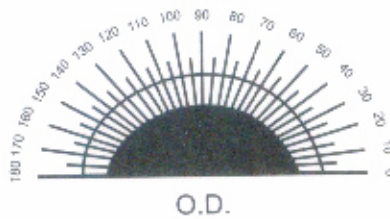


FECHA ____/____/____

NOMBRE	C.I.:
---------------	--------------



		Esf.	Cil.	Eje.	Prisma	Dist. Int.
Para Distancia	O.D					
	O.i					
Para Cerca	O.D					
	O.i					
Armazón		Modelo			Color	

MONOFOCAL ☐

BIFOCAL ☐

MULTIFOCAL ☐

LENTES DE CONTACTO ☐

Firma

Nro CJP

Si no se marca ninguna opción
se realizará Monofocal