

## SOLICITUD DE ESTUDIOS/CONSULTAS

NOMBRE:

C.I.:

ANGIOGRAFIA\_\_\_\_\_

C.V.C.\_\_\_\_\_

CURVA DE PIO\_\_\_\_\_

ECO MODO B\_\_\_\_\_

ECOBIMETRIA\_\_\_\_\_

EST. DE ESTRABISMO\_\_\_\_\_

ESTUDIO SENSORIO MOTOR\_\_\_\_\_

F.D.T.\_\_\_\_\_

FOTO COLOR DE FONDO DE OJO\_\_\_\_\_

MICROSCOPIA ESPECULAR\_\_\_\_\_

O.C.T.\_\_\_\_\_

PAQUIMETRIA\_\_\_\_\_

PRISMACIÓN\_\_\_\_\_

REFRACTOMETRÍA\_\_\_\_\_

SENSIBILIDAD DE CONTRASTE\_\_\_\_\_

TEST DE COLORES\_\_\_\_\_

TOP. CORNEAL\_\_\_\_\_

ANTIOANGIOGÉNICO\_\_\_\_\_

C. REFRACTIVA\_\_\_\_\_

CAPSULOTOMIA\_\_\_\_\_

CORNEA\_\_\_\_\_

GLAUCOMA\_\_\_\_\_

IRIDOTOMIA\_\_\_\_\_

L.P.O.\_\_\_\_\_

L.P.M.\_\_\_\_\_

LASER DE RETINA\_\_\_\_\_

OCULOPLASTIA\_\_\_\_\_

OFT. ESTRABISMO\_\_\_\_\_

OFT. GRAL\_\_\_\_\_

OFT. PEDIATRICA\_\_\_\_\_

REF. FINAL\_\_\_\_\_

RETINA\_\_\_\_\_

TRABECULOPLASTIA\_\_\_\_\_

VITRECTOMIA\_\_\_\_\_

FIRMA MEDICO/TECNICO

CONTRAFIRMA/SELLO

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

\_\_\_\_\_