Aquí va el logo de tu óptica

Nombre de la óptica

Dirección

Teléfono o WhatsApp

Receta óptica

N.° _____ Fecha _____

Paciente

Nombres y apellidos | DNI | Edad o fecha de nacimiento | Celular

Motivo de la consulta

Agudeza visual y fórmula, ojo por ojo

	Agudeza visual		Fórmula					
	Sin corrección (AVSC)	Con corrección (AVCC)	ESF esfera	CIL cilindro	EJE 0° a 180°	ADD adición	DNP mm	Altura mm
OD	20 /	20 /						
OI	20 /	20 /						

DP total (mm) _____ **Prisma, si el profesional lo indica** _____

Diagnóstico

☐ Miopía ☐ Hipermetropía ☐ Astigmatismo ☐ Presbicia ☐ Otro _____

Indicación de lentes

☐ Monofocal ☐ Bifocal ☐ Progresivo

Tratamientos o características recomendados

Observaciones

Próxima revisión (fecha) | Quién examinó

Colegiatura, si corresponde

Firma y sello