

DATOS DEL ESTUDIANTE

R.U.N. 22678929-4

FECHA ATENCIÓN 17/10/25

SEXO MASC. ☐ FEM. ☐

TELÉFONO 950071812

CURSO ☐ INGRESO ☐ CONTROL ☐

Apellido Paterno Notte Apellido Materno Calderon Nombres MONSERRAT

MAIL: Provincias H/s

DIAGNÓSTICO: Provincias H/s NOMBRE DE LA ESCUELA COMUNA

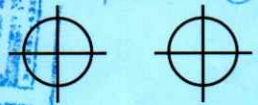
R.B.D. 575

**INDICACIÓN:
LENTES ÓPTICOS**

Permanentes ☐
Para lejos ☒
Para esfuerzo ☐
Para cerca ☐

Medida Medida
Atril Lupa Telescopio
Scanner TS Bióptico Bastón

ESFERA	CILINDRO	EJE	D.P.
O.D. <u>-3.00</u>	<u>-1.50</u>	<u>0°</u>	<u>57</u>
O.I. <u>-3.00</u>	<u>-1.00</u>	<u>0°</u>	



TIPO DE CRISTAL CRISTAL BLANCO ☐ OTRO ☐

CÓDIGO MARCO 1° 1 2° 2 3° 3

LENTES DE CONTACTO:

REPOSICIÓN CRISTAL O.D. ☐ O.I. ☐

Blando ☐ Gas permeable ☐

PARCHES OCLUSIVOS O.D. ☐ O.I. ☐

MARCO. 1) REPARACIÓN: ☐ 2) REPOSICIÓN: ☐

USO PARCHÉ O.D. ☐ O.I. ☐

TIEMPO DE USO

FECHA RECEPCIÓN RECETA

FECHA ENTREGA TRATAMIENTO

FECHA DIGITACIÓN RECETA
FECHA ENTREGA DIRECTA A BENEFICIARIO

Timbre prestador de apoyo

R.U.T. FIRMA Y TIMBRE MÉDICO TRATANTE

FIRMA APODERADO / ESTUDIANTE

2ª COPIA: COORDINADOR COMUNAL