

Tarjeta K

Información pre y post operatoria de cirugía refractiva



Por favor, complete este formulario y entréguelo a su paciente en caso de que haya una cirugía de cataratas en el futuro.

Nombre del paciente:

Fecha de la cirugía o repetición del tratamiento:

Nombre del cirujano refractivo:

Teléfono del cirujano:

Fecha de las lecturas pre operatorias:

Refacción pre operatoria del ojo derecho: Esfera Cilindro Eje
Distancia al vértice mm

Refacción pre operatoria del ojo izquierdo: Esfera Cilindro Eje
Distancia al vértice mm

Queratometría pre operatoria del ojo derecho: (D) K1 (D) K2

Queratometría pre operatoria del ojo izquierdo: (D) K1 (D) K2

Corrección refractiva deseada: Ojo derecho Ojo izquierdo

Refacción post operatoria del ojo derecho: Esfera Cilindro Eje

Refacción post operatoria del ojo izquierdo: Esfera Cilindro Eje