

# 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