

CONSULTATION FORM

(Patient Name)

Nombre del paciente:

New Order (Pedido Nuevo) Warranty (Garantía)

OD OI

Complete information about the trial lens:

Información sobre lente actual:

[Redacted]

[Redacted]

1. CORNEAL CLEARANCE:

Base Curve

Espacio entre cornea y lente

Curva Base

Ideal:

Yes No

Quantify after 30 min:

Add Microns:

Subtract Microns:

Ideal

Si No

Cuantificar en 30 min:

Aumentar Micras:

Restar Micras:

2. LIMBAL CLEARANCE:

PC1

Espacio Limbo

PC1

Ideal:

Yes No

Quantify after 30 min:

Add Microns:

Subtract Microns:

Ideal:

Si No

Cuantificar en 30 min:

Aumentar Micras:

Restar Micras:

3. LENS LANDING:

(PC 2,3,4)

Ideal:

Yes No

Impingement

Yes No

Blanching

Yes No

Aterrizaje del lente

(PC 2,3,4)

Ideal:

Si No

Pinchamiento:

Si No

Blanqueamiento:

Si No

4. MODIFY LENS EDGE

Modificar Borde del lente

IMPINGEMENT

Pinchamiento

Yes No

Si No

Yes No

Si No

5. OVERREFRACTION:

Sobrefracción:

Over Keratometry:

Sobrequeratometria:

CONSULTATION FORM

6. FLEXURE:

Yes No

Flexión:

Si No

7. AV/VA:

8. ADDITIONAL COMMENTS:

Comentarios:

Please send email using this form along with: Pictures, fluograms, videos, or any other tool you might think will help us understand the fitting challenges

Thank you for your trust on us, we hope to manufacture excellent products for your patients.

Por favor envíenos este format con cualquier foto, fluorograma, video, o herramienta que usted crean nos pueda ayudar a entender la adaptación.

Gracias por la confianza depositada en nosotros, esperamos fabricar excelentes productos para sus pacientes.

Please Send / Favor Enviar a:

RESEARCH@SPCTINTERNATIONAL.COM SALES@SPCTINTERNATIONAL.COM