

Nombre del paciente

Pedido Nuevo Garantía

OD OI

Información sobre el lente actual:

1. ESPACIO CórNEA Y LENTE: **Ideal:** Sí **No** **Cuantificar en 30 min:**
Curva Base **Aumentar Micras:** **Restar Micras:**

2. ESPACIO LIMBO: **Ideal:** Sí **No** **Cuantificar en 30 min:**
PCI **Aumentar Micras:** **Restar Micras:**

3. ATERRIZAJE DEL LENTE: **Ideal:** Sí **No**
(PC 2,3,4) **Pinchamiento:** Sí **No**
Blanqueamiento: Sí **No**

4. MODIFICAR BORDE LENTE: **Sí** **No**
Pinchamiento: Sí **No**

5. SOBREFRACCIÓN: **Sobrequeratometría:**

6. FLEXIÓN: **Sí** **No**

7. VA:

8. COMENTARIOS ADICIONALES:

Por favor envíenos este format con cualquier foto, fluorograma, video, o herramienta que usted creen nos pueda ayudar a entender la adaptación. Gracias por la confianza depositada en nosotros, esperamos fabricar excelentes productos para sus pacientes.

FAVOR ENVIAR A: sales@spctinternational.com