



Carnet Visual

Datos de la Escuela

CCT: _____ Nombre: _____
 Municipio: _____ Modalidad: _____
 Nivel: _____ Turno: _____

Datos del Alumno

CURP: _____

Nombre: _____
 Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer Grado: _____ Grupo: _____
 HO PVBPM: _____ Primera Vez Cambio de Graduación
 HO / AHF: _____

Pantalleo	
Lejos	Cerca

PPA	
PPC	

	Agudeza Visual		
	Lejana	Cercana	CV
OD			
OI			

	Retinoscopia			
	Esfera	Cilindro	Eje	AV
OD				
OI				

Diagnóstico



Miopía Hipermetropía

Astigmatismo: _____

Miopico: _____ Simp. Comp.

Hipermetropico: _____ Simp. Comp.

Mix.



Miopía Hipermetropía

Astigmatismo: _____

Miopico: _____ Simp. Comp.

Hipermetropico: _____ Simp. Comp.

Mix.

Tratamiento

Requiere: Lentes Terapia Canalización

Observaciones: _____

Bruckner: _____

	Prescripción				
	Esfera	Cilindro	Eje	DIP	Armazón
OD					
OI					