

UrielRubin

CIRUJANO DE RETINA Y VITREO

Fecha: __/__/____

Doctor: _____

Nombre del Paciente: _____

Motivo de consulta: _____

Breve historia clínica: _____

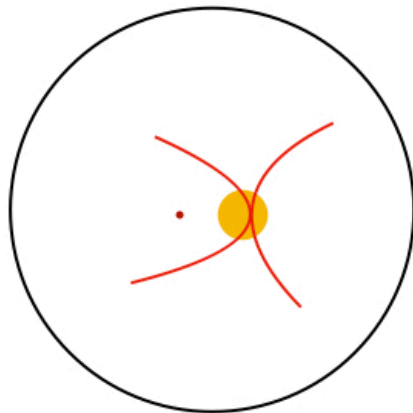
Agudeza visual OD:

Agudeza Visual OI:

Presión intraocular OD:

Presión intraocular OI:

Retina ojo derecho



Retina ojo izquierdo

