

a) Datos de la Escuela

Estado: Hidalgo		Clave de la Escuela (CCT):	
Municipio:		Nombre de la Escuela:	
Nivel:	Primaria ☐ Secundaria ☐	Turno:	Matutino ☐ Vespertino ☐

b) Datos del Alumno

Nombre del alumno (a):			
Edad:	Sexo:	Grado:	Grupo:
CURP del alumno (a):			
Teléfono de madre, padre o tutor:			

HO PVBPM:		Primera Vez ☐		Cambio de graduación ☐	
HO / AHF:					
Pantalleo	Lejos	Cerca	PPA		
			PPC		
Agudeza Visual			Retinoscopia		
AV	Lejana	Cercana	CV	Esfera	Cilindro
OD					
OI					

c) Diagnóstico

Ojo Derecho				Ojo Izquierdo			
Miopía ☐		Hipermetropía ☐		Miopía ☐		Hipermetropía ☐	
Astigmatismo:				Astigmatismo:			
Miopico:		Simp. ☐	Comp. ☐	Miopico:		Simp. ☐	Comp. ☐
Hipermetrópico:		Simp. ☐	Comp. ☐	Hipermetrópico:		Simp. ☐	Comp. ☐
		Mix. ☐				Mix. ☐	

d) Tratamiento

Requiere:		Lentes ☐		Terapia ☐		Canalización ☐	
Observaciones							
Prescripción	Esfera	Cilindro	Eje	DIP	Armazón		
OD							
OI							

Nombre y firma Optometrista

 Fecha
 DD/MM/AAAA

Los beneficios de este Programa están sujetos a la disponibilidad presupuestaria

Yo, _____ manifiesto mi consentimiento expreso de manera libre sin que medie error, mala fe, violencia o dolo que pueda afectar la manifestación de mi voluntad, de manera específica, ya que se justifica el tratamiento de mis datos personales con finalidades concretas, lícitas, explícitas y legítimas y de manera informada, ya que he tenido conocimiento del aviso de privacidad, previo al tratamiento a que serán sometidos, la autorización para este tratamiento de mis datos personales con las finalidades y transferencias antes citadas en este documento.

 SI ☐

 NO ☐

Este apartado debe ser completado por madres, padres, tutores, personal escolar, alumnas o alumnos.

Solo para ser llenado por las y los Optometristas

Este apartado debe ser completado por madres, padres o tutores