



COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA

COD. INTERNO:

FECHA:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



DISEÑO	MATERIAL	TECNOLOGIA		TRATAMIENTO
<input type="radio"/> Varilux Physio <input type="radio"/> Varilux Comfort <input type="radio"/> Varilux Liberty*	<input type="radio"/> Orma <input type="radio"/> Airwear 1.59 <input type="radio"/> Stylis 1.67	<input type="radio"/> Transitions Signature Gen8 Gris <input type="radio"/> Transitions Signature Gen8 Café <input type="radio"/> Transitions Signature Gen8 Zafiro* <input type="radio"/> Transitions Signature Gen8 Amatista* <input type="radio"/> Transitions Xtractive Gris*	<input type="radio"/> Xperio Gris <input type="radio"/> Xperio Café <input type="radio"/> Xperio Gris-Verde* *(sólo Orma)	<input type="radio"/> Crizal Forte UV <input type="radio"/> Crizal Sapphire <input type="radio"/> Crizal Prevencia

\* Varilux Liberty sólo es posible en versión Large y material Orma.

\*\*Transitions Xtractive Gris sólo disponible para Varilux Physio Orma y Varilux Comfort Orma.

PRESCRIPCION

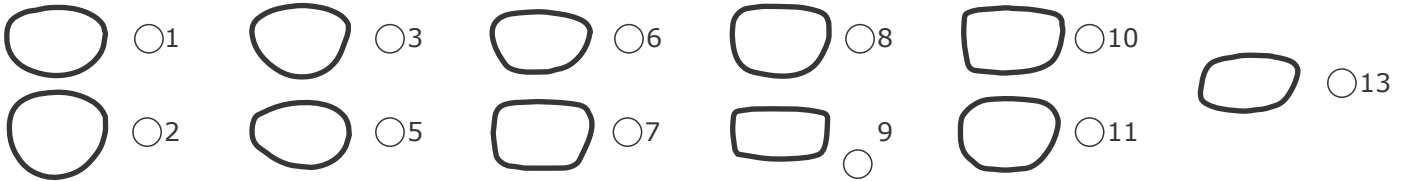
	Esférico	Cilíndrico	Eje	Adición	Prisma Horizontal	Base Horizontal	Prisma Vertical	Base Vertical	DNP Lejos	Altura	Base	CT	ET	EQ
OD														
OI														

ARMAZON

TIPO

- Metal / Acetato   
  Hilo de Acero   
  Hilo de Acero Flex   
  Nylon   
  Perforados / Tres piezas

Obs.: En dioptrías mayores a +1.00 considerar espesores mínimos estándar en función al tipo de armazón.



MEDIDAS

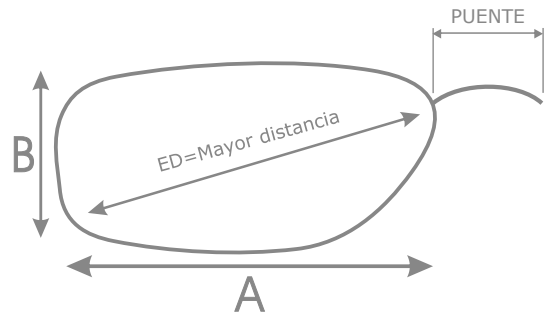
Deben ser reales, ya que definirá el Ø de la lente.

Puente:

ED:

A:

B:



DATOS DEL LABORATORIO:

Laboratorio: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Nombre de Contacto: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

DATOS DE LA OPTICA:

Optica: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Nombre de Contacto: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_