



BENEFICIO DE OPTICA Expediente N° DPAS: _____

Fecha:.....- Localidad _____

Titular: _____ N° IOMA _____

Edad: _____.- Teléfono: _____

Beneficiario: _____ N° IOMA _____

Parentesco: _____

Óptica: _____

.....
 Firma del Beneficiario

.....
 Aclaración

Tipo de lente (marcar con una cruz)

LENTE LEJOS	LENTE CONTACO
LENTE CERCA	BLANDAS
BIFOCAL	TORICAS

Graduación lejos: OD esf.....Cil.....Eje.....
 OI esf.....Cil.....Eje.....

Tratamientos adicionales _____

Graduación Cerca: OD esf.....Cil.....Eje.....
 OI esf.....Cil.....Eje.....

Tratamientos Adicionales _____

Observaciones: _____
