DISCAPACIDAD

DE ORIGEN VISUAL

Scanned by CamScanner

PLANILLA PARA EVALUAR PERSONA CON DISCAPACIDAD VISUAL

Este CERTIFICADO debe ser completado por **Especialista en Oftalmología** con letra **clara** y en forma **completa.**

Apellido y Nombres			
DNI		Edad	

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

Examen	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		
AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN		
REFRACCIÓN		
TENSIÓN OCULAR		
BIOMICROSCOPÍA		
FONDO DE OJO		

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

Campo Visual (Informado por Especialista Tratante): .....

.....

Otros Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:.....

.....

Tratamientos:.....

.....

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO Y SECUELAS:.....

.....

.....

Fecha:...../...../.....

.....
Firma del Médico Actuante

Scanned by CamScanner