

# Requisitos a presentar por la persona que solicita ser evaluada.

Este CERTIFICADO debe ser completado por **especialista en oftalmología** con letra **clara** y en forma **completa**.

APELLIDO Y NOMBRE	
DNI	

## EXAMEN OFTALMOLÓGICO

EXAMEN	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
AGUDEZA VISUAL sin corrección		
AGUDEZA VISUAL con corrección		
REFRACCIÓN		
TENSIÓN OCULAR		
BIOMICROSCOPIA		
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 Y SELLO del médico actuante:.....