



11 PLANILLA PARA EVALUACION DE LA DISCAPACIDAD VISUAL

Este CERTIFICADO debe ser completado por un **ESPECIALISTA** con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de DECLARACION JURADA.

APELLIDO Y NOMBRE	
DNI	

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

EXAMEN	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
AGUDEZA VISUAL S/C		
AGUDEZA VISUAL C/C		
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