



## PLANILLA PARA LA EVALUACION DE LA DISCAPACIDAD VISUAL

Este Certificado deberá ser completado por especialista con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente.

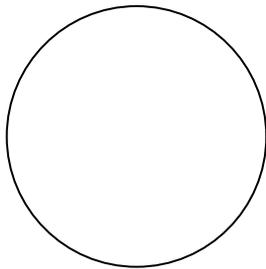
<b>APELLIDO Y NOMBRES</b>	
<b>DNI</b>	

### EXAMEN OFTALMOLOGICO

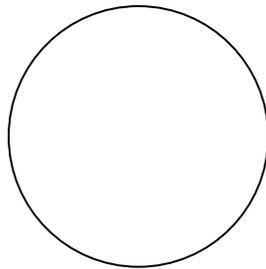
EXAMEN	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
AGUDEZA VISUAL S/C		
AGUDEZA VISUAL C/C		
REFRACCION		
TENSION OCULAR		
BIOMICROSCOPIA		
FONDO DE OJO		

### ADJUNTAR ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE AVALEN EL DIAGNOSTICO

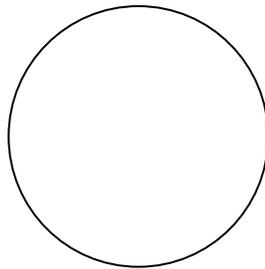
(CAMPO VISUAL – ECOGRAFIA – RFG – OCT – ESTUDIOS ELECTROFISIOLOGICOS)



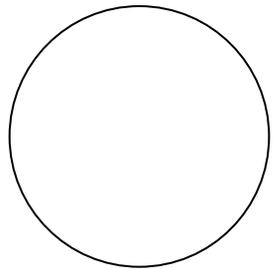
FONDO DE OJO



ESQUEMAS



CAMPO VISUAL



<b>DIAGNOSTICO</b> (debe ser completado, al menos presuntivo)	
---	--

..... / ..... / .....  
FECHA

----- FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ACTUANTE
--