



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.

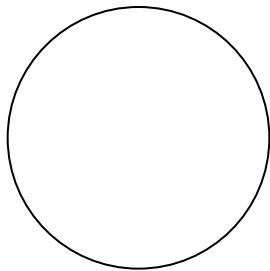
APELLIDO Y NOMBRES	
DNI	

EXAMEN OFTALMOLOGICO

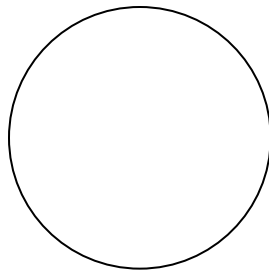
EXAMEN	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
AGUDEZA VISUAL S/C		
AGUDEZA VISUAL C/C		
REFRACCION		
TENSION OCULAR		
BIOMICROSCOPIA		
FONDO DE OJO		

ADJUNTAR ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE AVALEN EL DIAGNOSTICO

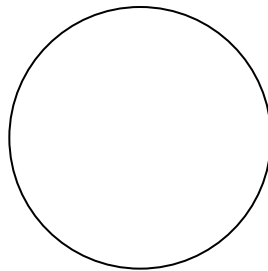
(CAMPO VISUAL – ECOGRAFIA – RFG – OCT – ESTUDIOS ELECTROFISIOLOGICOS)



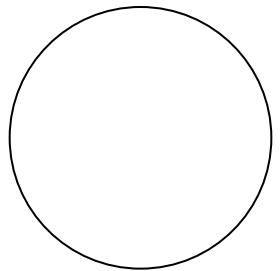
FONDO DE OJO



ESQUEMAS



CAMPO VISUAL



DIAGNOSTICO (debe ser completado, al menos presuntivo)	
---	--

..... / /
FECHA

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