



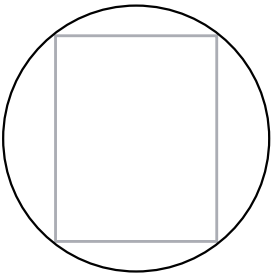
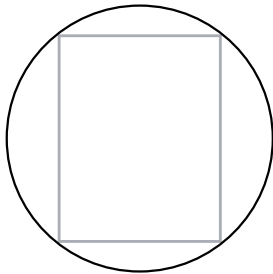
PLANILLA PARA LA EVALUACIÓN DE LA
DISCAPACIDAD VISUAL

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.

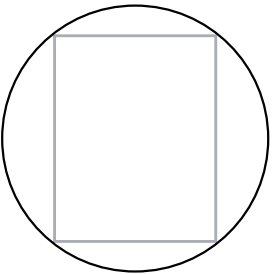
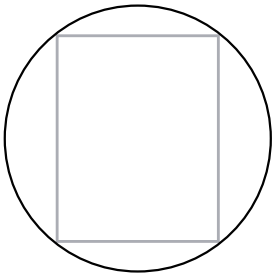
APELLIDOS Y NOMBRES	
DNI/LE/LC	

EXAMEN OFTALMOLÓGICO		
EXAMEN	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
Agudeza visual s/c		
Agudeza visual c/c		
Refracción		
Tensión ocular		
Biomicroscopia		
Fondo de ojo		

ADJUNTAR ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE AVALEN EL DIAGNÓSTICO
(CAMPO VISUAL - ECOGRAFÍA - RFG - OCT - ESTUDIOS ELECTROFISIOLÓGICOS)



FONDO DE OJO



ESQUEMAS

CAMPO VISUAL



DIAGNÓSTICO CIE-10 (DEBE SER COMPLETADO, AL MENOS PRESUNTIVO)

DETALLE DE SECUELAS DE DIAGNÓSTICO Y LAS LIMITACIONES EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

_____/_____/_____
FECHA

FIRMA Y SELLO
DEL MÉDICO ACTUANTE