

EXAMEN OFTALMOLÓGICO PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD VISUAL

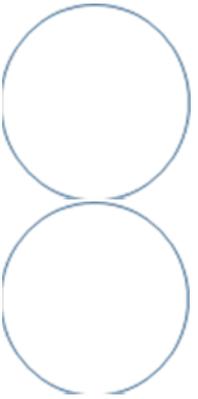
Nombre y apellido del paciente:

DNI:

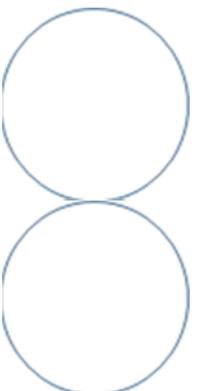
Médico especialista responsable:

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

ADJUNTAR ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE AVALEN EL DIAGNÓSTICO: Campo Visual –
Ecografía – RFG – OCT – Estudios Electrofisiológicos.



FONDO DE OJO



CAMPO VISUAL

DIAGNÓSTICO: (debe ser completado al menos presuntivo).....

.....

.....

.....

Fecha:/...../.....

Firma y sello del especialista

Este certificado debe ser completado por UN ESPECIALISTA con letra clara y en forma completa.

**IPRODICH**

Instituto Provincial para la Inclusión
de las Personas con Discapacidad
de la Provincia del Chaco