

D. Requisitos a presentar por la persona que solicita ser evaluada.

Este CERTIFICADO debe ser completado por **especialista en oftalmología** con letra **clara** y en forma **completa**.

APELLIDO Y NOMBRE	
DNI	

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

EXAMEN	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
AGUDEZA VISUAL sin corrección		
AGUDEZA VISUAL con corrección		
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:.....