**REQUISITOS PARA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD VISUAL**

Este CERTIFICADO debe ser completado por **ESPECIALISTA en OFTALMOLOGÍA** con letra **clara** y en forma **completa**. El mismo tiene carácter de DECLARACIÓN JURADA

|  |  |
| --- | --- |
| APELLIDO Y NOMBRE |  |
| DNI |  |

**EXAMEN OFTALMOLÓGICO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EXAMEN** | **OJO DERECHO** | **OJO IZQUIERDO** |
| AGUDEZA VISUAL  sin corrección |  |  |
| AGUDEZA VISUAL  con corrección |  |  |
| REFRACCIÓN |  |  |
| TENSIÓN OCULAR |  |  |
| BIOMICROSCOPÍA |  |  |
| 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**:………………………………