

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

ES IMPORTANTE CUMPLIMENTAR EN LO POSIBLE, LOS DATOS REQUIRIDOS A FIN DE EVITAR DEMORAS E IMPUGNACIONES

REQUISITOS PARA LA EVALUACION DE LA DISCAPACIDAD VISUAL

Este CERTIFICADO debe ser completado por **UN/A ESPECIALISTA**

con letra **clara** y en forma **completa**.

El mismo tiene carácter de **DECLARACION JURADA**.

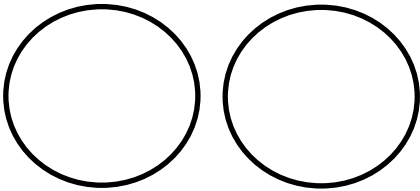
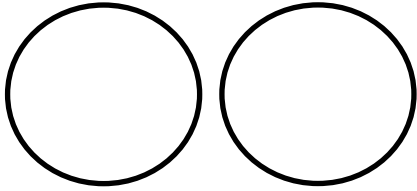
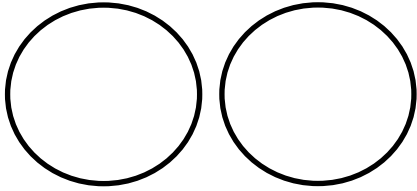
APELLIDO Y NOMBRE	
DNI	

EXAMEN OFTALMOLOGICO

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 DIAGNOSTICO

Campo Visual – Ecografía – RFG – OCT – Estudios Electrofisiológicos

 <p>FONDO DE OJO</p>	 <p>ESQUEMAS</p>	 <p>CAMPO VISUAL</p>
--	--	--

DIAGNOSTICO:

.....
.....

FECHA: SELLO Y FIRMA: