

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

Es importante cumplir con todos los requisitos a fines 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**.

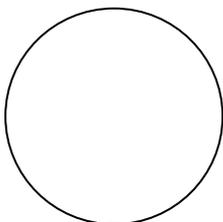
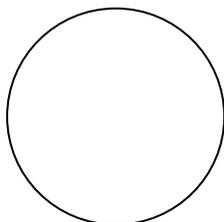
APELLIDO Y NOMBRE	
DNI	

EXAMEN OFTALMOLOGICO

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

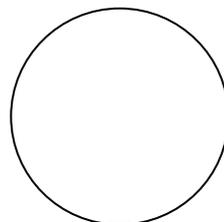
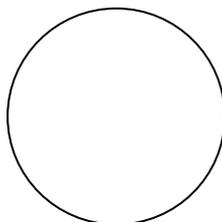
ADJUNTAR ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE AVALEN EL DIAGNOSTICO

Campo Visual – Ecografía – RFG – OCT – Estudios Electrofisiológicos



FONDO DE OJO

ESQUEMAS



CAMPO VISUAL

DIAGNOSTICO: (debe ser completado, al menos presuntivo)

.....

FECHA..... FIRMA Y SELLO del Médico Actuante:.....