

**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**

<b>EXAMEN</b>	<b>OJO DERECHO</b>	<b>OJO IZQUIERDO</b>
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:.....