CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

PLANILLA PARA LA EVALUACION DE LA DISCAPACIDAD VISUAL

Este Certificado deberá ser completado por especialista con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente.

evaluó al paciente.		·	·	·	·
APELLIDO Y NOMBRES					
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 – ECOGRAFIA – RFG – OCT – ESTUDIOS ELECTROFISIOLOGICOS) FONDO DE OJO ESQUEMAS CAMPO VISUAL					
DIAGNOSTICO (debe ser completado, al menos pre	esuntivo				
/ . / . FECHA		F	IRMA Y SELLO I	 DEL MÉDICO ACTUANTE	