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

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:……