

**EXAMEN OFTALMOLÓGICO PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD VISUAL**

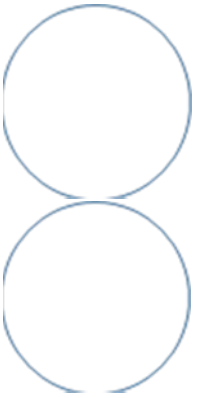
Nombre y apellido del paciente: .....

DNI: .....

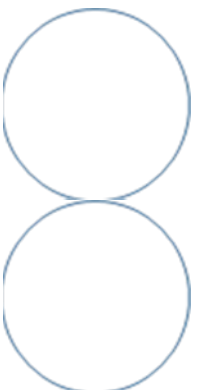
Médico especialista responsable: .....

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

**ADJUNTAR ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE AVALEN EL DIAGNÓSTICO: Campo Visual –  
Ecografía – RFG – OCT – Estudios Electrofisiológicos.**



FONDO DE OJO



CAMPO VISUAL

**DIAGNÓSTICO:** (debe ser completado al menos presuntivo).....

.....

.....

.....

Fecha: ...../...../.....

Firma y sello del especialista

Este certificado debe ser completado por UN ESPECIALISTA con letra clara y en forma completa.

**IPRODICH**

Instituto Provincial para la Inclusión  
de las Personas con Discapacidad  
de la Provincia del Chaco