INFORME DE EVALUACIÓN PARA PERSONAS CON ALTERACIONES VISUALES

Deberá ser completado por el médico tratante con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada.

La Junta Evaluadora podrá solicitar información ampliatoria en caso de requerirlo.

APELLIDO Y NOMBRE	
DNI	

1. EXAMEN OFTALMOLÓGICO

EXAMEN	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
AGUDEZA VISUAL sin corrección		
AGUDEZA VISUAL con corrección		
FONDO DE OJO		

2. DIAGNÓSTICO:

3. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

- CAMPO VISUAL (INFORMADO POR ESPECIALISTA TRATANTE):

- OTROS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE AVALEN EL DIAGNÓSTICO:

4. TRATAMIENTOS REALIZADOS:

5. **PRONÓSTICO EVOLUTIVO:** CONSIGNAR SI NECESITA EQUIPAMIENTO Y/O REHABILITACIÓN ESPECÍFICA

FECHA: **..../...../.....** .....

Firma y sello del médico tratante