

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**