

**INFORME DE EVALUACIÓN PARA PERSONAS CON ALTERACIONES VISUALES**

Deberá ser completado por el médico tratante con letra clara y en forma completa, firmado, con sello y fecha (de los últimos 12 meses).

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

<b>APELLIDO Y NOMBRE</b>	
<b>DNI</b>	

**1. EXAMEN OFTALMOLÓGICO**

EXAMEN	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
<b>AGUDEZA VISUAL sin corrección</b>		
<b>AGUDEZA VISUAL con corrección</b>		
<b>FONDO DE OJO</b>		

**2. DIAGNÓSTICO:****3. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (de los últimos 12 meses):**

- CAMPO VISUAL INFORMADO, A CRITERIO DEL ESPECIALISTA TRATANTE :
- OTROS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE AVALEN EL DIAGNÓSTICO:

Membrete con el logo de Santa Fe Provincia y Ministerio de Igualdad y Desarrollo Humano

#### 4. TRATAMIENTOS REALIZADOS:

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

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

.....

Firma y sello del médico tratante

- **Presentar copia del DNI del beneficiario.**
- **Para menores de 16 años agregar copia del DNI del padre, madre, tutor o curador designado judicialmente.**
- **Si tiene Obra Social, copia del carnet.**