



REQUISITOS PARA LA EVALUACION DE LA DISCAPACIDAD VISUAL.-

Este CERTIFICADO debe ser completado por **UN/A ESPECIALISTA** con letra **clara** y en forma **completa**. El mismo tiene carácter de **DECLARACION JURADA**.

APELLIDO Y NOMBRE:

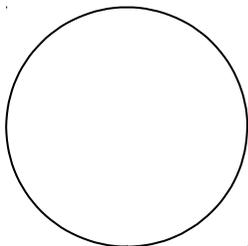
DNI:

EXAMEN OFTALMOLOGICO:

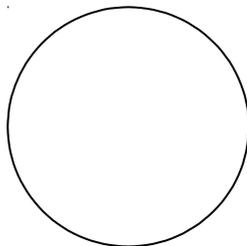
EXAMEN	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
AGUDEZA VISUAL S/C		
AGUDEZA VISUAL C/C		
REFRACCION		
TENSION OCULAR		
BIOMICROSCOPIA		
FONDO DE OJO		

ADJUNTAR ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE AVALEN EL DIAGNOSTICO

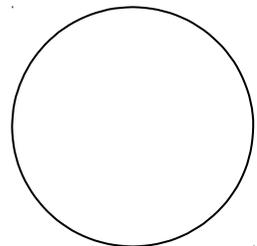
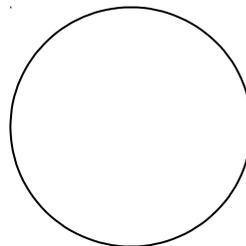
Campo Visual - Ecografía - RFG - OCT - Estudios Electrofisiológicos



FONDO DE OJO



ESQUEMAS



CAMPO VISUAL

DIAGNOSTICO: (debe ser completado, al menos presuntivo)

.....
.....
.....
.....
.....

ESTADO ACTUAL:

.....
.....
.....
.....
.....

EVOLUCIÓN:

.....
.....
.....
.....
.....

TRATAMIENTO:

.....
.....
.....
.....
.....

SECUELAS:

.....
.....
.....
.....

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

.....
FIRMA Y SELLO del Médico Actuante:

Requisitos Generales.

Presencia de la Persona solicitante al momento de la Evaluación.
Concurrencia con:

- D.N.I/ C.I/ L.E/ L.C. Original y legible de la persona.
- Fotocopia de recibo de sueldo/ ingresos.
- Fotocopia de CUIL.
- Fotocopia del carnet de obra social.

- En caso de ser una renovación, presentar el Certificado de Discapacidad vencido.
- En caso de realizar rehabilitación, adjuntar informes originales de profesionales intervinientes.

Nota: Cabe aclarar que la documentación presentada no puede superar los seis meses al momento de la evaluación.