

RUT _____

ANEXO 3:

Ficha Oftalmológica

Para personas con glaucoma, enfermedad de retina, tumores del SNC, cataratas, nistagmo, diplopía, antecedente de ACV o TEC severo, o examen visual alterado en municipio

Nombre del Paciente: _____

1) Agudeza visual:

	No corregido	Corregido
Ojo derecho	_____	_____
Ojo izquierdo	_____	_____
Visión Binocular	_____	_____

2) Campo visual:

Requiere evaluación de campo visual: Sí No

Resultado campimetría

 Horizontal

 Vertical

3) Visión de colores:

Rojo

 Amarillo

 Verde

4) ¿Puede conducir de noche? Sí No

5) Diagnóstico:

6) Tratamiento:

7) ¿Cuándo requiere reevaluación oftalmológica?

Firma y timbre médico oftalmólogo o TMO

Según Decreto 170 y su Instructivo Técnico de Gestión para el médico gabinete psicotécnico. Debe mencionar en este documento toda patología oftalmológica aguda y/o crónica, médica o quirúrgica.

OBS: _____