

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ojo izquierdo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Visión Binocular	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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: \_\_\_\_\_