



PROVINCIA DE SANTA FE
Ministerio de Salud

FORMULARIO A SER COMPLETADO POR MEDICO OFTALMÓLOGO A FIN DE DETERMINAR DISCAPACIDAD VISUAL.

APELLIDO Y NOMBRES:		
DIAGNÓSTICO:		
	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
Agudeza Visual con corrección		
Agudeza Visual sin corrección		
Campo Visual		
Estrabismo		
Nistagmus		
Escotomas		
Cataratas		
Hemianopsia		
Daltonismo		
Visión Nocturna		
Otras afecciones		

¿La afección es irreversible ? ☐ SI ☐ NO

¿Realiza controles periódicos ? ☐ SI ☐ NO Frecuencia:

Fecha:...../...../.....

.....

Firma y Sello del Profesional

FOTOCOPIA DE D.N.I.