

## EXAMEN OFTALMOLÓGICO

**Antecedentes del solicitante:**

RUN/DNI/PASAPORTE: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_  
NOMBRES: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Oftalmológicos (exámenes anteriores):**

	SI	NO	Detalle
Patología Activa Aguda o Crónica	_____	_____	_____
Cirugía Ocular	_____	_____	_____
Secuelas Cirugía Oftalmológica	_____	_____	_____
Lentes de Marco	_____	_____	_____
Lentes de Contacto	_____	_____	_____

**Agudeza Visual Lejana (a 6 m)**

	OD	OI	Binocular
s/c:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c/c:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Agudeza Visual Cercana (30-50 cm):** ve letra Times New Roman de alto 1.75 mm

	OD	OI	Binocular
s/c:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c/c:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Visión Cromática:**

	Normal	Anormal	
Test de Ishihara (24 láminas)	_____	_____	*N° errores: _____
Test Farnsworth	_____	_____	*N° errores / eje: _____

\*Tipo de alteración cromática: \_\_\_\_\_

	Normal	Anormal	Detalle
Cover test	_____	_____	_____
Visión de Profundidad / Estereopsis	_____	_____	_____
Campo Visual OD	_____	_____	_____
Campo Visual OI	_____	_____	_____
Refracción OD	_____	_____	_____
Refracción OI	_____	_____	_____
Fondo de ojo OD	_____	_____	_____
Fondo de ojo OI	_____	_____	_____
Tonometría Ocular OD	_____	_____	_____
Tonometría Ocular OI	_____	_____	_____
Biomicroscopia	_____	_____	_____

**Conclusión Ex. Oftalmológico:**

\_\_\_ **Cumple Norma DAR**                      \_\_\_ **No cumple Norma DAR**  
Usó Lentes Correctores: \_\_\_ SI \_\_\_ NO                      De Marco: \_\_\_ De Contacto: \_\_\_  
Para cerca: \_\_\_ SI \_\_\_ NO                      Para Lejos: \_\_\_ SI \_\_\_ NO

**Nombre Oftalmólogo Certificado:** \_\_\_\_\_

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

**Fecha Examen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y timbre Médico especialista