



FORMULARIO EXAMEN OFTALMOLÓGICO PARA PERSONAL AERONÁUTICO

NOMBRES: _____ EDAD: _____

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____

RUN / DNI / PASAPORTE: _____ FECHA NACIMIENTO: _____

Antecedentes Oftalmológicos:

	SI	NO	Detalle
Patología Activa Aguda o Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cirugía Ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
*Secuelas Cirugía Oftalmológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

(*Descartar: deslumbramiento, halos, imágenes fantasmas, opacidad, difuminación de objetos, baja visión de contraste, forias).

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)

	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"/>

	Normal	Anormal	Detalle (Si es anormal, consignar ojo)
- Motilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Cover test PC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Cover test PL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Visión de Profundidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Campo Visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Refracción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Fondo de ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Tonometría Ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Biomicroscopía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Test de Ishihara: Normal Anormal N° fallas ____ / ____ (N° total de láminas)

Observaciones: _____

Conclusión Examen Oftalmológico:

Diagnóstico: _____

Uso de lentes correctores: SI NO Cerca Lejos
 De Marco De Contacto

Nombre Oftalmólogo: _____

RUN: _____

Fecha Examen: ____ / ____ / ____

Firma y timbre Oftalmólogo

Nota: Titular debe enviar este Informe al correo: medav@dgac.gob.cl