

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 (solo para licencias profesionales):

Rojo Amarillo Verde

4) ¿Puede conducir de noche? Sí No

5) Diagnóstico:

6) Tratamiento:

7) ¿Cuándo requiere reevaluación oftalmológica?

Firma y timbre medico oftalmólogo