

LOGOTIPO EMPRESARIAL

CERTIFICADO/INFORME EXAMEN VISUAL

FECHA. d/m/a.....

Nombres del paciente.....

CI..... Edad..... Tlf..... /

EXAMEN EXTERNO (pestañas, parpados, conjuntiva)

OD.....

OI.....

AGUDEZA VISUAL

	A.V.L.sc	A.V.L.cc	A.V.C.sc	A.V.C cc
OD				
OI				

OFTALMOSCOPIA DIRECTA.

OD.....

OI.....

TEST VISION DE COLORES (ISHIHARA)

D.....

OI.....

DIAGNOSTICO REFRACTIVO. CI10

OD.....

OI.....

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES.....
.....

.....
Firma y sello de responsabilidad

Código MSP.