**ANEXO 3:**

**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

Ojo izquierdo

Visión Binocular 

1. **Campo visual:**



Requiere evaluación de campo visual: Sí No

Resultado campimetría º Horizontal

º Vertical

1. **Visión de colores:**

Rojo Amarillo Verde 

1. **¿Puede conducir de noche?** Sí No 
2. **Diagnóstico:**
3. **Tratamiento:**
4. **¿Cuándo requiere reevaluación oftalmológica?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y timbre médico oftalmólogo o TMO

***Según Decreto 170 y su Instructivo Técnico de Gestión para el médico gabinete psicotécnico. Debe mencionar en este documento toda patología oftalmológica aguda y/o crónica, médica o quirúrgica.***

***OBS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***