

SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN  
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL

FICHA OFTALMOLÓGICA

Escuela Nº ..... Dirección: ..... TEL:.....

SE SOLICITA LA COLABORACIÓN DE LOS OFTALMÓLOGOS PARA COMPLETAR EN FORMA DETALLADA ESTA FICHA, LOS DATOS SERVIRÁN DE BASE PARA CONSTRUIR UNA PROPUESTA EDUCATIVA.

Nombre y apellido:.....F.N: .....

Diagnóstico visual: .....

¿Presenta otro diagnóstico? .....Etiología:.....

Fecha:.....

AGUDEZA VISUAL	CERCA		LEJOS	
	S/C	C/C	S/C	C/C
O.D.				
O.I.				

Tipo de escala utilizada:.....

Campo Visual: Normal  No evaluable  Reducido

CAMPO VISUAL REDUCIDO	Cuadrante Nasal		Cuadrante Temporal	
	Superior		Superior	
	Inferior		Inferior	

Sensibilidad al contraste:.....

¿Presenta dificultades en la visión de colores?: NO  SÍ

Presencia de Fotofobia: NO  SÍ  Requiere uso de filtros NO  SÍ

Características de Motilidad ocular:.....

Oclusión: NO  SÍ  O.I.:..... O.D.:.....

Observaciones:.....

Ayudas ópticas: NO  SÍ  ¿Cuáles?..... Lejos.....Cerca.....

Puede realizar actividad física sin poner en riesgo su condición visual: SI  NO

Síntomas de alerta: Derrames  Frotamiento  Opresión ocular  Enrojecimiento

Otros .....

Próxima evaluación/ control:..... Estudios solicitados:.....

Pronóstico:

Muchas gracias,

Firma y sello