



## CERTIFICADO DEL OFTALMÓLOGO U OPTÓMETRA

**I. INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE**

Nombre : \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_\_  
 Seguro Social: \_\_\_\_\_

**II. INFORME DEL EXAMEN (Debe ser complementado en todas sus partes)**

<b>a. Agudeza Visual</b>	<b>Sin Espejuelos o Lentes de Contacto</b>	<b>Espejuelos o Lentes de Contacto con Receta</b>
Ojo Derecho	20/ _____	20/ _____
Ojo Izquierdo	20/ _____	20/ _____
Ambos Ojos	20/ _____ <input type="checkbox"/> Con Espejuelos	<input type="checkbox"/> Sin Espejuelos

¿Es el defecto congénito? SI  NO     ¿Debe conducir de día solamente?    SI  NO

**b. Percepción de Profundidad**

_____ Excelente	_____ Deficiente
_____ Buena	_____ Ninguna

**c. Visión Periférica**

	<b>Nasal</b>	<b>Temporal</b>
Ojo Derecho	_____	_____
Ojo Izquierdo	_____	_____

**d. Apreciación de Colores**

¿Es ésta normal cuando se usa la placa de colores Ishihara?    SI  NO   
 ¿Puede el solicitante pasar otra prueba comparable?    SI  NO

**e. Datos Generales**

¿Debe el solicitante usar espejuelos o lentes de contacto para conducir?    SI  NO

Recomendaciones

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

**III. CERTIFICADO**

El Oftalmólogo  u Optómetra  que subscribe está debidamente autorizado a ejercer la profesión en Puerto Rico y hace constar que ha examinado a \_\_\_\_\_ y certifica que los resultados del examen son los indicados en la Parte II de esta certificación.

\_\_\_\_\_  
 Nombre del Solicitante

\_\_\_\_\_  
 Fecha del Examen

\_\_\_\_\_  
 Nombre del Oftalmólogo u Optómetra

\_\_\_\_\_  
 Firma del Oftalmólogo u Optómetra

\_\_\_\_\_  
 Dirección del médico

\_\_\_\_\_  
 Teléfono del médico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Número de Licencia del médico