



CERTIFICADO DEL OFTALMÓLOGO U OPTÓMETRA

I. INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

Nombre : _____
 Fecha de Nacimiento : _____
 Seguro Social: **XXX-XX-** _____

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

| a. Agudeza Visual | Sin Espejuelos o Lentes de Contacto | Espejuelos o Lentes de Contacto con Receta |
|-------------------|--|---|
| 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

| | Nasal | Temporal |
|---------------|-------|----------|
| 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