



Secretaría Nacional de Discapacidad

DIRECCIÓN NACIONAL DE CERTIFICACIONES

FORMULARIO DV-01

RESUMEN DEL HISTORIAL CLÍNICO PARA PERSONAS CON CONDICIÓN DE SALUD DE ORIGEN VISUAL

Este documento es de uso exclusivo para el proceso de Certificación de Discapacidad, deberá ser completado por médico tratante y con letra clara. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La confidencialidad de la información responde a la Ley N° 68 de 20 de noviembre de 2003 “Que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada”.

Apellido y Nombre del paciente	
Cédula	
Edad:	Sexo:

1. Resumen De Historia Clínica: (Incluir tiempo de evolución)

2. Pruebas de laboratorio y/o gabinete realizadas:

3. Diagnóstico CIE (Incluya clase funcional)



Secretaría Nacional de Discapacidad

DIRECCIÓN NACIONAL DE CERTIFICACIONES

4. Plan de Tratamiento:

5. Pronóstico:

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

EXAMEN	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
AGUDEZA VISUAL S/C		
AGUDEZA VISUAL C/C		
REFRACCIÓN		
TENSIÓN OCULAR		
BIOMICROSCOPIA		
FONDO DE OJO		

Firma y sello del Médico Tratante

Fecha: Día ___/Mes ___/Año ___