



## 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