|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 11 Calle 15-62 Zona 13 | | **INTEVISA** | 590 | logocompleto |
|  |  | CERTIFICADO |  |
|  | DE EXAMEN DE LA VISTA – AGUDEZA VISUAL – | | |
| Este certificado tiene validez por 6 meses a partir de la fecha de su emisión. No debe llevar tachones, borrones ni correcciones. | | | | |
| *EL PRESENTE FORMULARIO DEBERIA SER LLENADO UNICAMENTE A MÁQUINA DE ESCRIBIR O COMPUTADORA* | | | | |
| Miércoles, 07 de septiembre de 2022 | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | DATOS DEL PROFESIONAL | |  |
| **RAMIRO FAILLACE POGGIO** | | |
| NUMERO DE REGISTRO EN EL DEPARTAMENTO DE TRANSITO | | 070213 |
| NUMERO DE REGISTRO EN EL MINISTERIO DE SALUD | | 404 |
| NUMERO DE REGISTRO EN LA ASOCIACION GUATEMALTECA DE OFTALMOLOGIA | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | CERTIFICA QUE | | | |  |
| NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: | | | |  | |
|  |  |  | |  | |
| DPI, CÉD. DE VECINDAD O PARTIDA DE NACIMIENTO: | | | |  | |
|  |  |  | |  | |
| FECHA DE NACIMIENTO | | SEXO | | | |
|  |  | F |  | M |  |
| RECIDENCIA DOMICILIAR (DIRECCIÓN EXACTA) | | | |  | |
|  |  |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| OBTUVO LOS SIGUIENTES RESULTADOS CLINICOS DEL EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL | | | | | | | | | |
|  | AGUDEZA VISUAL | |  | |  |  | |  | |
|  |  | | OD | | OI | OU | |  | |
|  |  | |  | |  |  | |  | |
| VISION DE COLORES |  | |  | | SENSIBILIDAD AL CONTRASTES |  | |  | |
|  | NORMAL | | DEFICIENTE | |  | NORMAL | | DEFICIENTE | |
|  |  | |  | |  |  | |  | |
| CAMPO VISUAL CENTRAL EN GRADOS | OD |  | OI |  | CAMPO VISUAL PERIFERICO EN GRADOS | OD |  | OI |  |
|  |  | |  | |  |  | |  | |
|  | NORMAL | | DEFICIENTE | |  | NORMAL | | DEFICIENTE | |
|  |  | |  | |  |  | |  | |
| >= A 600 SEG | | | USA ANTEOJOS | | | USA LENTES DE CONTACTO | | | |
|  |  | |  | |  |  | |  | |
| SI | NO | | SI | | NO | SI | | NO | |
|  |  | |  | |  |  | |  | |
| EN BASE A LOS PARAMETROS DE VISION AUTORIZADOS POR EL DEPARTAMENTO DE TRANSITO, EL PACIENTE SE ENCONTRÓ APTO PARA OBTENER LICENCIA DE CONDUCIR: | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  |  | |  | |
| A | B | | E | | C | M | | NINGUNA | |
| OBSERVACIONES: |  | |  | |  |  | |  | |
|  | | | | | | | | | |