

CERTIFICADO DEL OFTALMÓLOGO U OPTÓMETRA

I. INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

Nombre : _____
 Fecha de Nacimiento : _____
 Seguro Social: _____

II. INFORME DEL EXAMEN (Debe ser complementado en total 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 []
 ¿Certifica usted que el solicitante puede conducir un vehículo de motor? SI [] NO []

Recomendaciones

III. CERTIFICADO

El Oftalmólogo [] u Optómetra [] que suscribe 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.

 Firma del Solicitante

 Firma del Oftalmólogo u Optómetra

 Fecha del Examen

 Nombre del Oftalmólogo u Optómetra

 Dirección y Teléfono

 Número de Licencia