

Este CERTIFICADO debe ser completado por un/a especialista con letra clara, legible y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada

Siniestro N°:

Apellido y Nombre:

DNI:

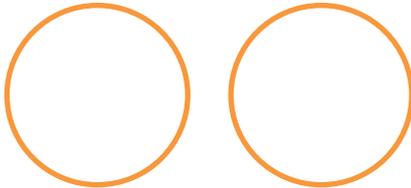
Póliza:

Examen Oftalmológico

Examen	Ojo DER	Ojo IZQ
Agudeza visual S/C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Agudeza visual C/C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refracción	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tensión Ocular	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Biomicroscopía	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo de Ojo	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IMPORTANTE: ADJUNTAR ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE AVALEN EL DIAGNOSTICO (Campo visual, ecografía, RFG, OCT, estudios electrofisiológicos)

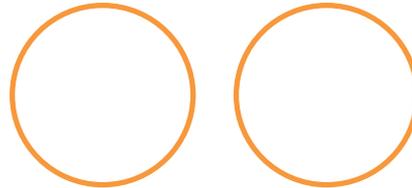
Fondo de Ojo



OD:

OI:

Campo visual



OD:

OI:

Antecedentes Patológicos

Diabetes: SI NO

HTA SI NO

Diagnóstico: (completado, al menos presuntivo)

Datos del médico:

Apellido y nombre del médico actuante: _____ N° Matrícula: _____

Lugar y fecha: _____

firma y sello de Médico Actuante:

Conforme lo establecido en el Artículo N° 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo. Asimismo se informa que la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.