

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

APARATO OCULAR

Sin alteraciones papebrales, quistes y malformaciones evidentes. Lleva gafas o lentillas no si. Cover test (estrabismo) positivo negativo.

AGUDEZA VISUAL.-Prueba totalmente subjetiva realizada con Las cifras superiores a 8/9 se consideran normales.

VISION CERCANA

Ojo derecho	Ojo izquierdo	Ambos ojos
-------------	---------------	------------

VISION LEJANA

Ojo derecho	Ojo izquierdo	Ambos ojos
-------------	---------------	------------

VISION ESTEREOSCOPICA

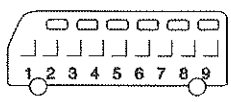
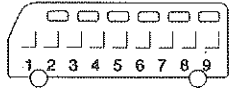
Departamento Médico-Escolar

ALUMNO/A

Fecha exploración.....

Lleva gafas o lentillas SI ☐ NO ☐

Necesitas exploración complementaria SI ☐ NO ☐

VISION LEJANA	Agudeza ojo derecho	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 
	Agudeza ojo izquierdo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 
	Agudeza ambos ojos	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 
	Phoria	
VISION CERCANA	Agudeza ojo derecho	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 
	Agudeza ojo izquierdo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 
	Agudeza ambos ojos	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 
	Phoria	
VISION CROMATICA NORMAL SI ☐ NO ☐		