

- EXAMENES SENSORIALES Para ser completado por el médico

1 - Agudeza Visual Binocular

Derecho		Ojo Izquierdo		Suma	
---------	--	---------------	--	------	--

1 - Agudeza Visual Monocular

Derecho		Ojo Izquierdo	
---------	--	---------------	--

2 - Perimetría, Campimetría, Binocular

Derecho		Ojo Izquierdo	
---------	--	---------------	--

2 - Perimetría, Campimetría, Monocular

Derecho		Ojo Izquierdo	
---------	--	---------------	--

3 - Visión de Profundidad

ales		Optotipos	
------	--	-----------	--

4 - Visión Mesópica

5 - Encadilamiento y recuperación al encandilamiento

6 - Visión de Colores (Discromatopsia)

Discriminación de colores		Discriminación de colores básicos	
---------------------------	--	-----------------------------------	--

7 - Movimientos oculares. Balance muscular

Foria vertical		Foria horizontal	
----------------	--	------------------	--

Audiometría	500	1000	2000	3000	4000	8000
Discriminación normal	Hipoacusia leve		Hipoacusia moderada		Hipoacusia severa	

RESULTADO DEL EXAMEN PSICOFISICO

PTO	
PTO CON RESTRICCIONES	
NO APTO TEMPORAL	
NO APTO	

OBSERVACIONES

NOTA: Cuando el profesional interviniente necesite ampliar el contenido del presente formulario, lo hará agregando otros folios, los que deberán estar numerados y firmados por el profesional.