

Centro _____
Domicilio _____ N° de SAP _____
Apellido y Nombre _____
Edad _____ Afiliado N° _____ Teléfono _____

ELEMENTOS DE BAJA VISIÓN

- Probado
- Recomendado

Sistema Microscópico (poderes entre 2X a 8X)

Sistema Prismático _____

Aplanático Clear Image _____

Lupa de mano con y sin luz _____

Lupa de apoyo con y sin iluminación _____

Marca _____

Tipo _____

AGUDEZA VISUAL (Cercana)

SIN CORRECCIÓN

OD _____

OI _____

AO _____

CON CORRECCIÓN

OD _____

OI _____

AO _____

CON AYUDA ÓPTICA

OD _____

OI _____

AO _____

Firma y Sello Especialista en Baja Visión