

# FORMULARIO EXAMEN OFTALMOLOGÍA

## ADMISIÓN CONDUCTOR MANTENCIÓN AUTOMOTRIZ AÑO 2023

N° Inscripción:

R.U.N.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
*(Nombres, Apellido Paterno, Apellido Materno)*

El Médico que suscribe certifica haber efectuado el examen oftalmológico al postulante a la Escuela de Grumetes de la Armada de Chile, cuyo resultado es el siguiente:

### A) AGUDEZA VISUAL

V.O.D.: \_\_\_\_\_

VO.I.: \_\_\_\_\_

O.D.: \_\_\_\_\_ esf. \_\_\_\_\_ cyl \_\_\_\_\_

O.I.: \_\_\_\_\_ esf. \_\_\_\_\_ cyl \_\_\_\_\_

### B) VISIÓN DE COLORES (Tabla Ishihara)

Errores detectados: Láminas N° : \_\_\_\_\_

### C) VISIÓN DE PROFUNDIDAD

### OBSERVACIONES DEL MÉDICO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

.....  
(Nombre completo del Médico)

(Firma del Médico)

N° Registro Colegio Médico: .....

Teléfonos: .....

(Código área y N° Telefónico):

En: .....

(ciudad donde está firmando, día, mes, año)

