

# FORMULARIO EXAMEN OFTALMOLOGÍA

## ADMISIÓN MÚSICOS NAVAL 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)

