

**Triaje oftalmológico para promotores**

Fecha:

Apellido y nombre: .....

Tipo y número de documento: .....

Fecha de nacimiento: ...../...../.....

Edad: .....

Teléfono fijo / celular: .....

Dirección y localidad: .....

**NOMBRE PROMOTOR:** .....

-----  
**Examen oftalmológico**

1. ¿Usa anteojos? ¿Para lectura, ver de lejos? SI /NO. Especificar.
2. **¿Es diabético? ¿Se realizó FO en el último año?** SI / NO
3. ¿Tiene glaucoma o antecedentes familiares? **¿Se hizo FO en el último año?** SI /NO
4. ¿Tiene o tuvo cataratas? SI / NO
5. ¿Se realizó algún tipo de cirugía en los ojos? SI/NO. ¿Cuál? .....
6. ¿Tuvo algún traumatismo? SI / NO

Agudeza visual Adultos

|                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| AV S/C              | AV C/C             |
| OI:...../ ...10.... | OI:...../...10.... |
| OD:...../...10....  | OD:...../...10.... |

Agudeza visual en niños

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| AV S/C              | AV C/C              |
| OI:...../...10....  | OI: ...../...10.... |
| OD: ...../...10.... | OD:..... /...10.... |

-----  
Edad

FO

Menor 5 años      SI / NO

Menor 16 años      SI /NO

**URGENCIA OFTALMOLÓGICA:** SI / NO

**Se deriva a oftalmología:** SI / NO

.....

Firma y aclaración