

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
 Departamento de la Familia
 Administración de Desarrollo Socioeconómico de la Familia
 Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

INFORME MÉDICO DEL EXAMEN DE LA VISTA

Parte A: Información del(de la) cliente o solicitante (Llénese por el Técnico de Asistencia Social y Familiar (TASF))										
Nombre del (de la) Paciente (apellido paterno, apellido materno, nombre e inicial)	Sexo	Edad	Núm. Seguro Social				Escolaridad			
	F M									
Especifique Ocupación Habitual: _____	¿Cliente es Proveedor(a)? Sí No		Nombre y Firma del (de la) Técnico de Asistencia Social y Familiar							
¿Edad en que comenzó a tener dificultad visual? _____	¿Cliente es Amo(a) de Casa? Sí No		Nombre							
			Firma							

Parte B: Información Médica - Resultado del Examen, Evaluación y Recomendaciones													
Es necesario se provea toda la información solicitada para que el(la) Consultor(a) Médico(a) pueda determinar elegibilidad para recibir beneficios por el factor de incapacidad visual.													
Refracción (Use diagrama Snellen)					Diámetro más ancho en grados del campo visual restante:								
Visión sin corrección (A distancia de 20 pies)													
Ojo Derecho 20/			Ojo Izquierdo 20/			OD		OS					
Visión con corrección (A distancia de 20 pies)													
Ojo Derecho 20/			Ojo Izquierdo 20/			(Este dato es indispensable cuando el paciente, con agudeza visual mayor de 20/200 resulta, tras ligera prueba con gran limitación visual. Hacer en perímetro estándar de 13 pulgadas y con objeto blanco de 6mm de diámetro que subtienda un ángulo aproximadamente un grado).							
Visión Periférica: (Limitación Campo Visual)													
Ojo Derecho Sí No			Ojo Izquierdo Sí No										
Diagnóstico: (Estado Actual)					¿Cuándo debe practicarse el próximo examen? (mes-día-año)								
Ojo Derecho				Ojo Izquierdo									

Recomendaciones sobre empleabilidad o capacidad para realizar las tareas de amo(a) de casa:

Persona puede trabajar sin restricciones en su trabajo habitual.

Persona puede hacer trabajo moderado, debido a que su condición médica no le afecta sustancialmente.

Persona puede hacer trabajo liviano, debido a que su condición médica le afecta sustancialmente.

Cualquier trabajo está contraindicado.

De ser un(una) menor de edad determine, si puede realizar las actividades propias de su edad: Sí No

Nombre del (de la) Oftalmólogo(a): (en letra de molde) _____	Firma del (de la) Oftalmólogo(a) _____
Fecha (día-mes-año) _____	Número de Licencia Médica _____