

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**

<b>Parte A: Información del(de la) cliente o solicitante</b> (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
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
Especifique Ocupación Habitual:  _____	¿Cliente es Proveedor(a)?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre  _____	
			Firma  _____	

<b>Parte B: Información Médica - Resultado del Examen, Evaluación y Recomendaciones</b>				
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.				
<b>Refracción (Use diagrama Snellen)</b>		Diámetro más ancho en grados del campo visual restante:		
Visión sin corrección ( A distancia de 20 pies)		OD <input style="width: 40px;" type="text"/> OS <input style="width: 40px;" type="text"/>		
Ojo Derecho 20/	Ojo Izquierdo 20/			
Visión con corrección ( A distancia de 20 pies)		(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).		
Ojo Derecho 20/	Ojo Izquierdo 20/			
Visión Periférica: (Limitación Campo Visual)				
Ojo Derecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ojo Izquierdo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Diagnóstico: (Estado Actual)		¿Cuándo debe practicarse el próximo examen? (mes-día-año)		
Ojo Derecho		Ojo Izquierdo		

<b>Recomendaciones sobre empleabilidad o capacidad para realizar las tareas de amo(a) de casa:</b>
<input type="checkbox"/> Persona puede trabajar sin restricciones en su trabajo habitual.
<input type="checkbox"/> Persona puede hacer trabajo moderado, debido a que su condición médica no le afecta sustancialmente.
<input type="checkbox"/> Persona puede hacer trabajo liviano, debido a que su condición médica le afecta sustancialmente.
<input type="checkbox"/> Cualquier trabajo está contraindicado.
De ser un(una) menor de edad determine, si puede realizar las actividades propias de su edad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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
_____	_____