



CERTIFICACIÓN DE LA VISTA

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____

INFORMACIÓN DEL EXAMEN VISUAL

Se realizó el examen de la vista en: _____ (fecha)

¿Requiere espejuelos o lentes de contacto? Sí () No ()

Tiene el estudiante alguna condición que afecte el funcionamiento del estudiante en la sala de clases:

CERTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

Yo, _____, con licencia número _____, certifico que el paciente antes mencionado fue examinado y los resultados del examen visual están reflejados en este documento.

Firma del Profesional: _____

Fecha: _____

Sello del Centro Oftalmológico/Óptico (si aplica):