

**IX.- EVALUACIÓN OTORRINO Y EXÁMENES DE APOYO**  
(MÉDICO EVALUADOR DEBE SER OTORRINO)

Fecha  /  /

**NOMBRE DEL POSTULANTE**

**EDAD**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**A.- EVALUACIÓN MÉDICA**

**1. Evaluación Física**

Examen Físico	Normal	Anormal
Especifique lo anormal del examen	<input type="text"/>	
Fonación	Normal	Anormal
Tinnitus	<b>OD:</b>	<b>OI:</b>

**2. Exámenes de Apoyo Diagnóstico en Otorrino-Laringología**

Audiometría	Normal	Anormal
Especifique lo anormal del examen	<input type="text"/>	
Logo audiometría	OD: %	A: dB ENM dB
Logo audiometría	OI: %	A: dB ENM dB
Resultado de Logo audiometría	Normal	Anormal
Especifique lo anormal del examen	<input type="text"/>	
Otros exámenes	<input type="text"/>	

**3. Observaciones**

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**B.- DIAGNÓSTICOS**

1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>

<b>Normal</b>	Si	No
---------------	----	----

<b>Sana</b>	Si	No
-------------	----	----

**C.- IDENTIFICACIÓN MÉDICO ESPECIALISTA RESPONSABLE**

<input type="text"/>
----------------------

**NOMBRE, RUN, FIRMA, INSTITUCION, TELEFONO DE CONTACTO**

**X.- EVALUACIÓN OFTALMÓLOGO Y EXÁMENES DE APOYO**  
(MÉDICO EVALUADOR DEBE SER OFTALMÓLOGO)

Fecha

**NOMBRE DEL POSTULANTE**

**EDAD**

--	--

**A.- EXPLORACION MÉDICA Y EXAMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO**

**1.- Evaluación Física**

Examen Físico	Normal	Anormal
Especifique lo anormal del examen		

**2.- Exámenes de Apoyo Diagnóstico Oftalmológico**

Agudeza Visual en fracción s/corrección	OD	OI	ODI
Agudeza Visual en fracción c/corrección	OD	OI	ODI
Dioptrías indicadas	OD		OI
Tonometría Ocular	OD	mmHg	OI mmHg
Tonometría Normal		Tonometría Anormal	Describa lo anormal:
Fondo de Ojo	OD	OI	
Fondo de Ojo Normal		Fondo de Ojo Anormal	Describa lo anormal:
Campo Visual	ODI		
Campo visual Normal		Campo visual Anormal	Describa lo anormal:
Test de Ishihara (12 láminas)	ODI		
Test Normal		Test Anormal	Describa lo anormal:
Test de Estereopsis	ODI		
Test Normal		Test Anormal	Describa lo anormal:

**3.- Observaciones:**

--

**B.- DIAGNOSTICOS:**

1	
2	

Normal	Si	No
--------	----	----

Sana	Si	No
------	----	----

**C.- IDENTIFICACIÓN MÉDICO ESPECIALISTA RESPONSABLE**

--

**NOMBRE, RUN, FIRMA, INSTITUCION, TELEFONO DE CONTACTO**