ISTUC INSTITUTO DE SOLDADURA Y TECNOLOGÍAS DE UNIÓN	**EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL**	EWF iiW Certificate n° ATB – PT – 008

CODIGO:	REVISION:	FECHA DE REVISIÓN	VIGENTE APARTIR DE:
ATB-REG-004	**02**	**09 SEPTIEMBRE 2019**	**10 SEPTIEMBRE 2019**

El presente registro de Agudeza Visual, deberá ser llenado a máquina o con letra molde legible en tinta azul o negra. Toda vez que cada uno de los campos esté debidamente solventado, deberá ser entregado junto con la Solicitud ATB-REG-002 del Aspirante, a la unidad administrativa del ATB-ISTUC para su trámite correspondientes.

DATOS PERSONALES

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Nombre del Aspirante _____

Identificación oficial: **INE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

REQUISITOS PARA EL EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

- Deberá utilizar los servicios de un Médico Oftalmólogo, Técnico Optometrista, Enfermero ó Asistente Técnico, debidamente acreditado para realizar el examen de Agudeza Visual, requisito indispensable para presentar la Solicitud de Inscripción en los cursos/especializaciones del IIW/EWF.
- El examen de Agudeza Visual debe ser enviado junto con la Solicitud de Inscripción al área administrativa del ATB-ISTUC para los trámites correspondientes y efectuado antes del(os) curso(s) de especialización IIW/EWF.
- La unidad administrativa de ISTUC, solo aceptará Registros de Agudeza Visual **ORIGINALES,** sin embargo se sugiere al candidato guardar una copia de respaldo.
- Todos los candidatos pueden presentar el Examen de Agudeza Visual **CON Y SIN LENTES**, a fin de ser aceptados a los cursos de especialización IIW/EWF.
- Dicho examen es usado para demostrar la Agudeza Visual del candidato, en una distancia corta. Para ello es necesario utilizar una escala de Jaeger J2 a una distancia de 30,5 cm. a 43,2 cm. Así mismo se especifica que el examen debe abarcar la percepción de colores del candidato (daltonismo), normalmente entre el Rojo/verde.
- Es importante que el candidato entregue **este formato** al médico que va a efectuar el Examen de Agudeza Visual, a fin de garantizar que la información registrada, es real y certera según lo solicitado en el presente documento.
- IMPORTANTE: **NO** se aceptara resultados de exámenes de Agudeza Visual que usen otro formato, o bien si el Registro del Examen de Agudeza Visual se encuentra incompleto e incomprensible.

NOTA: Los Registros de Agudeza Visual que **NO** cumplan con lo anteriormente descrito, **NO** serán aceptados por la unidad administrativa del ATB ISTUC.

RESULTADOS DEL EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

1. Visión a Corta Distancia: verificar la Agudeza Visual del aspirante a corta distancia, usando la escala de Jaeger J2 (letras con tamaño de 3,7 mm) desde 30,5 a 43,2 cm. Dependiendo del resultado, se solicita marcar una sola opción de las que a continuación se le presentan:

Visión Cercana	Cumple sin corrección visual	Cumple con corrección visual	No cumple
☐ Ambos ojos necesitan corrección de acuerdo con J2	☐	☐	☐
☐ Solo un ojo necesita corrección de acuerdo con J2	☐	☐	☐
☐ No es necesario ningún tipo de corrección	☐	☐	☐

Percepción del Color	Cumple	No Cumple
a) No, el cliente no es daltónico	☐	☐
b) Si, el cliente si es daltónico	☐	☐

Yo: _____ **CERTIFICO**, que efectúe las pruebas de Agudeza
Nombre del examinador visual

Visual al Sr.(a): _____. Dicho examen fue realizado en las instalaciones de:
Nombre del examinado

_____el día _____/_____/_____a fin de referir las capacidades de Agudeza Visual indicadas anteriormente.

Información Profesional de quien efectuó el Examen de Agudeza Visual:

Marque una categoría:

Oftalmólogo ☐ **Optometrista** ☐ **Enfermero(a) Certificado(a)** ☐ **Asistente Técnico Certificado** ☐

Dirección del Profesional: _____

Teléfono con lada:_____ Número de Cédula Profesional: _____
DATO IMPORTANTE

Firma del examinador visual: _____Sello y/ó registro:_____