



**MODELO DE CERTIFICADO DE AGUDEZA VISUAL**

REGISTRO

**R5-PC-05**

Rev.: 01

Página 1 de 1

D./Dña. ....  
(Nombre de la persona médicamente autorizada)

..... con nº de colegiado .....  
(Doctor/a, Diplomado en óptica, persona médicamente autorizada, ....)

certifico que D./Dña. .... ,

posee:

- Una visión cercana que le permite leer, como mínimo, las letras de la escala 1 de la carta normalizada Jaeger o equivalente a una distancia no inferior a 30 cm, por lo menos en un ojo, con o sin corrección.
- Visión cromática normal. Ausencia de daltonismo.

Para que conste a los efectos oportunos, firmo el presente certificado, en .....

a ..... de ..... de 2.....

Firma y sello

Nº de colegiado:

*Período de validez del certificado: 6 meses*

El certificado puede ser emitido por un oculista, oftalmólogo u otra persona médicamente autorizada (indicando nº de colegiado), ópticos colegiados y mutuas de trabajo.