



EXÁMENES VARIOS

MUNICIPALIDAD DE: MONTE CRISTO

CLASE DE LICENCIA A TRAMITAR:

FECHA:

B.- EXÁMENES FÍSICOS – Para ser completado por el Médico.

1.- Miembros Superiores.

OBSERVACIONES.

2.- Miembros Inferiores.

OBSERVACIONES.

3.- Cuello.

OBSERVACIONES.

4.- Talla.

OBSERVACIONES.

C.- EXÁMENES SENSORIALES – Para ser completado por el Médico.

1.-Agudeza visual Binocular.

Ojo derecho

Ojo izquierdo

Suma

1.-Agudeza visual Monocular.

Ojo derecho

Ojo izquierdo

2.-Perimetría, Campimetría. Binocular.

Ojo derecho

Ojo izquierdo

2.-Perimetría, Campimetría. Monocular.

Ojo derecho

Ojo izquierdo

3.-Visión de Profundidad.

Señales

Optotipos

4.-Visión Mesópica.

5.-Encandilamiento y Recuperación al Encandilamiento

6.-Visión de colores (Discromatopsia).			
Discriminación de colores			Discriminación colores básicos

7.-Movimientos oculares. Balance muscular.			
Foria vertical			Foria horizontal

8.- Audiometría	500	1000	2000	3000	4000	8000
Audición normal		Hipoacusia leve		Hipoacusia moderada		Hipoacusia severa

D.- EXÁMENES PSICOLÓGICOS DE PSICOMOTRICIDAD TODAS LAS CLASES DE LICENCIAS - Para ser completado por el Psicólogo.

TEST DE:	RESULTADO.
1.- Velocidad de anticipación.	
2.- Coordinación Visomotriz. Bimanual.	
3.- Tiempo de reacciones múltiples.	

E.- EXÁMENES PSICOLÓGICOS PARA CLASES DE LICENCIAS PROFESIONALES - Para ser completado por el Psicólogo.

TEST DE:	RESULTADO.
1.- Toma de decisiones.	
2.- Atención y Concentración	
2.- Personalidad.	

NOTA: Cuando los profesionales intervinientes necesiten ampliar el contenido del presente formulario, lo harán agregando otros folios, los que deberán estar numerados y firmados por el profesional. También, cuando el psicólogo realice las evaluaciones de manera convencional, deberá agregar los folios con los tests y sus resultados.

.....
Firma y N° de Documento del Solicitante.

.....
Firma y N° de Documento del representante legal o tutor (Cuando el Solicitante sea menor de edad)

.....
Firma y sello del Médico.