

Requisitos para tramitar el Certificado Único de Discapacidad (CUD) VISUAL

Si el origen del problema de salud por el cual se solicita la evaluación para CUD es **VISUAL**, tiene que presentar esta documentación:

- 1- Documento de identidad** de la persona que será evaluada. (Original y Fotocopia)
Si es menor a 18 años debe agregar **Partida de nacimiento** (Original y Fotocopia) en caso de no contar con el nuevo documento.
Documento de identidad de padre, madre, tutor, guardador. (Original y Fotocopia)
En caso de tutor o guardador debe presentar copia de resolución judicial donde conste la designación.
- 2- Carnet de obra social o medicina prepaga.** (Original y Fotocopia)
- 3- Último recibo de sueldo o pago de la obra social o medicina prepaga** de la persona para la cual se solicita el CUD o del padre, madre, tutor o guardador.
- 4- Certificado médico completo/planilla de evaluación o resumen de historia clínica original (de no más de 6 meses de antigüedad).**
- 5- Estudios complementarios:** campo visual.

NOTA: LA Junta Evaluadora podrá solicitar nuevos estudios o informes para ampliar la documentación presentada, en los casos que la misma no sea concluyente.

<p>ÁREA DE INTEGRACIÓN Y ACCESIBILIDAD Responsable de Área Lic. Malvina Giglio</p> <p> integracion@gualeguaychu.gov.ar</p> <p> www.gualeguaychu.gov.ar</p> <p> 03446 - 15637840</p>	<p> GUALEGUAYCHÚ La ciudad sos vos</p>
---	---

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

ES IMPORTANTE CUMPLIMENTAR EN LO POSIBLE, LOS DATOS REQUERIDOS A FIN DE EVITAR DEMORAS E IMPUGNACIONES

REQUISITOS PARA LA EVALUACION DE LA DISCAPACIDAD VISUAL

Este CERTIFICADO debe ser completado por UN/A ESPECIALISTA con letra **clara** y en forma **completa**.

El mismo tiene carácter de **DECLARACION JURADA**.

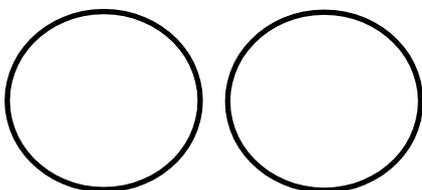
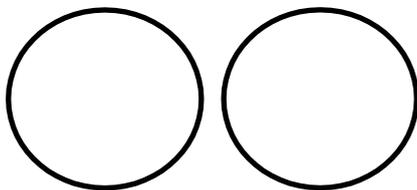
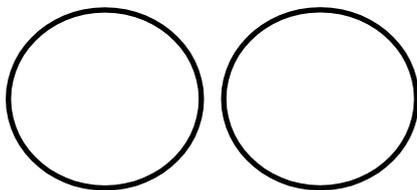
APELLIDO Y NOMBRE	
DNI	

EXAMEN OFTALMOLOGICO

EXAMEN	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
Agudeza Visual S/C		
Agudeza Visual C/C		
Refracción		
Tensión Ocular		
Biomicroscopia		
Fondo de Ojo		

ADJUNTAR ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE AVALEN EL DIAGNOSTICO

Campo Visual – Ecografía – RFG – OCT – Estudios Electrofisiológicos

 <p>FONDO DE OJO</p>	 <p>ESQUEMAS</p>	 <p>CAMPO VISUAL</p>
--	--	--

DIAGNOSTICO:

.....

..... FECHA: SELLO Y FIRMA: