



Comité
Paralímpico
Argentino | Argentina
Paralympic
Committee

FORMULARIO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

ATLETAS CON DISCAPACIDAD VISUAL

La clasificación es fundamental en el deporte paralímpico, ya que proporciona una estructura para una competencia justa y equitativa.

Para poder competir los atletas deben tener una condición de salud que afecte la visión (ojo, nervio óptico o vías visuales), con reducción visual incluso con la mejor corrección.

DATOS DEL ATLETA:

Nombre Completo:	
Fecha de nacimiento:	
Dirección / Localidad	
Deporte:	
Competencia:	

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

INFORMACION OFTALMOLOGICA PROPORCIONADA POR EL ATLETA

DIAGNÓSTICO (Condición de Salud Subyacente)	
Tratamientos a los que se sometió	
Medicación Oftalmológica actual	

REFRACCIÓN	OD
	OI
AGUDEZA VISUAL Deben realizarse con la mejor corrección posible (anteojos o lentes de contacto)	OD
	OI



Comité
Paralímpico
Argentino | Argentina
Paralympic
Committee

BIOMICROSCOPIA	OD:	
	OI:	
FONDO DE OJOS	OD:	
	OI :	
TONOMETRIA	OD	OI

ANEXOS AL FORMULARIO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

Test de Campo Visual

- Para todos los atletas con campo visual restringido, debe adjuntarse un estudio de campo visual a este formulario.
- El campo visual del atleta debe evaluarse mediante un test de campo central de 30°, 24° o 10°, según la patología.
- Debe utilizarse uno de los siguientes perímetros:
 - Perimetría de Goldmann (Intensidad III/4)
 - Humphrey Field Analyzer
 - Octopus

CAMPO VISUAL (SOLO SI AMERITA)	OD
	OI

FECHA	FIRMA Y SELLO DEL OFTALMÓLOGO
-------	-------------------------------