



**ORDEN DE LOS FRAILES MENORES CAPUCHINOS  
CUSTODIA DE SAN JUAN BAUTISTA DE PUERTO RICO**

**Reporte del Oftalmólogo**

Certifico que \_\_\_\_\_, fue evaluado en mi oficina durante el día de hoy, \_\_\_\_\_ y que se le realizó el examen visual.

Movimientos oculares:  Estrabismo  Nistagmo  Ptosis

Pupila: Tamaño \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_ Equivalencia \_\_\_\_\_

Conjuntiva \_\_\_\_\_ Alguna anormalidad \_\_\_\_\_

Sin lentes: D \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_

Con lentes: D \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_

Balance muscular \_\_\_\_\_

¿Existe evidencia de alguna enfermedad en el ojo?

¿Está el paciente bajo tratamiento al presente?  Sí  No

¿Cuándo terminará el tratamiento?

Comentarios: \_\_\_\_\_

**Información del especialista**

Firma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Para el solicitante:** Autorizo a \_\_\_\_\_ a compartir la información aquí  
(Nombre del médico)

sometida al Comité de Admisiones. Entiendo que la misma será divulgada solamente a los miembros del Comité de Admisiones, los Formadores y al Superior Mayor o Custodio provincial con el propósito de pasar juicio sobre mi idoneidad para formar parte de la Orden de Hermanos Menores Capuchinos y para poder proveer el debido cuidado de ser recibido en la misma.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante