ÓPTICA VISUAL CARE
CUIDADO VISUAL A SU ALCANCE
NIT 1023878700- 0
CARRERA 21 No. 25-24 sur, Bogotá D.C. Br. Olaya
Teléfono: 4457557 celular: 3138891028- 3142629515-3115633431

VALORACION VISUAL OCUPACIONAL

Nombre y Apellidos	Laura Bernal.	Identificación	1023019972.

Sexo F X M	Edad 20. Años	Empresa	Fecha 08 / 10 / 19

Eps / ARP /

CONSENTIMIENTO INFORMADO VALORACION VISUAL OCUPACIONAL

Yo, _____ identificado(a) como aparece al pie de mi firma, certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad debidamente, respecto a la valoración visual que se me va a realizar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la valoración visual si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarrea. Que se respetara la buena fé, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada, igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablara del tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Conozco que si no decido realizar los exámenes diagnósticos solicitados o no cumplo los tratamientos ordenados pueden presentarse reacciones adversas para mi salud. (Aplica Resolución 1995 H.C. ÓPTICA VISUAL CARE)

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

OCUPACION	TIEMPO EN ESTE OFICIO	EXIGENCIA VISUAL DEL OFICIO
Facturadora	/	V. Lejana (20/20) V. Próxima (20/20)

CONSIDERA QUE LAS CONDICIONES EN QUE TRABAJA SON ADECUADAS PARA SUS OJOS SI X NO_____
POR QUE? requiere examen periodicos visuales.

UTILIZA ALGUNA PROTECCION? SI_____ NO X
¿Cuál?

OFICIOS ANTERIORES 1. TIEMPO 2.

EXAMEN DE AGUDEZA VUSUAL

FECHA DE ULTIMO EXAMEN DE VISIOMETRIA	TIENE LENTES FORMULADOS	ULTIMO CAMBIO	UTILIZA LA CORRECCION ACTUALMENTE
/	SI_____ NO X	/	SI_____ NO_____

TIPO DE LENTES PROGRESIVOS / BIFOCALES / MONOFOCALES / L. DE CONTACTO / 2PARES DE Rx /

FORMA DE USO PERMANENTE / OCASIONALES / V. LEJANA / V. PROXIMA / SINTOMAS SI_____ NO X CUAL?

EXAMEN EXTERNO	EXAMEN MOTOR NORMAL	OFTALMOSCOPIA
OD normal OI normal	ANORMAL_____	ODI NORMAL ✓ ANORMAL_____

AGUDEZA VISUAL OD 20/25. V. PROXIMA OD 0.35m PH OD / CON CORRECION OD /
OI 20/20. OI 0.5m OI OI

V CROMATICA NORMAL ✓ ANORMAL_____ TEST DE ESTEROPSIS Titmus SEGUNDOS DE ARCO 25"

IDX	USO DE Rx	INTERPRETACIÓN
H521	SI X NO_____	uso. Rx ocasional por protección

OBSERVACIONES

RECOMENDACIONES LABORALES

CONTROL ANUAL	USO DE PROTECCION VISUAL	REMISIÓNN ALA EPS
SI X NO_____	SI X NO_____	SI_____ NO X

Dra. Cristhian Cabrera III
R. 1052[illegible]
T. [illegible]F

OPTOMETRA

Laura Bernal
FIRMA DE L PACIENTE