Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



**DATOS PACIENTE**

| | |
|---|---|
| **Nombres:** | JANETH LAMILLA BUSTOS |
| **Tipo de Documento:** | CC **Documento** 51698363 |
| **Sexo** F **F. Nacimiento:** | 30/08/1962 **Edad:** 58 Años |
| **Entidad:** | PARTICULAR/SUR |
| **Centro de Costo:** | N/A |
| **Cargo:** | AUXILIAR DE ENFERMERIA |
| **Fecha de Atencion:** | 2021-01-08 |
| **Fecha y Hora entrega resultados:** | 08/01/2021 12:05 PM |

## CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
**Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009**

Realizado la valoración Médico Ocupacional de PRE INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

**Tipo de Restricciones ó Limitaciones:**

NO TIENE

**Recomendaciones:**

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA

VALORACION OPTOMETRICA. VALORACION DE OPTOMETRIA, USO DE RX PERMANENTE, CONTROL ANUAL.

**Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica**

CONDICION VISUAL

**Exámenes Realizados:**

| | |
|---|---|
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO | VISIOMETRIA |

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar.
Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

**ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A):** YENNI MARCELA GOMEZ GUALI RM: 006145 23 DIC 2013 - L S O 1018/2017

Firma y sello del Médico Evaluador

JANETH LAMILLA BUSTOS
C.C 51698363
Firma del trabajador Evaluado

ISO 9001:2008 BUREAU VERITAS Certification


* BOGOTA SEDE PRINCIPAL
Calle 19 No. 3-50Edificio Banchara
Tel. (+1) 281 4505 – 286 5893 – 286 5382

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal. 35) No. 42 Sur,
Villamayor Tel.: (+1) 456 5819 – 203 9694

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19-08
Tels.:(+1) 282 6429 – 342 4934

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-82
Tels.: (+1) 447 0068 – 447 1401 – 414 6387

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-96
Tels.:(+1) 4146397 – 260 84

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 83-29
Tels.:805 1875 – 610 57 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 83-89
Tels.:(+1) 257 9325 – 258 2362

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A – 25 Edificio Bussines Center
Interior 141 – Oficina 408

BUCARAMANGA
Calle 55 No 31 - 113, Barrio Antiguo Campestre,
Tels: (+7) 697 37 34 - 301 737 26 37

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 – 74 Barrio Barzal Alto
Tel.:(+8) 674 0916 – 674 0915

CARTAGENA DE INDIAS
Avenida Pedro de Heredia, Sector Lo Amador,
Calle 32 No 20B - 21 Piso 2 Tels: (+5) 644 69 71

SEDE BARRANQUILLA
Carrera 51B No. 94 - 334 Oficina 504 Centro Medico Vital

SANTA MARTA
Calle 22 No 14 - 70, Centro Medico
Perlas del Caribe, Tel.: (+5) 421 46 44 - 421 65

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trader Center Tel.:(+2) 240 4734 – 240 2055

MEDELLIN
Carrera 80 No. 44 B-91 Barrio la America
Tels.:(+4) 412 1145 – 416 7011

CALI
Calle 18 Norte No. 4 N – 47 Barrio Versalles
Tel.:(+2) 380 9956 – 382 7337

BOGOTA SEDE SUR

www.cendiatra.com


Escaneado con CamScanner

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento

# VISIOMETRIA

Fecha de impresión 08/01/2021 12.05 PM

**FECHA DE EXAMEN** 8/1/2021 **TIPO DE EXAMEN** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO



## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS | JANETH LAMILLA BUSTOS | | | | | | | | |
| IDENTIFICACION | CC | 51698363 | SEXO | F | EDAD | 58 Años | FECHA DE NACIMIENTO | 30/08/1962 | |
| LUGAR DE NACIMIENTO | IBAGUE | | | | | | GRUPO SANGUINEO | O + | |
| PROCEDENCIA | DEPARTAMENTO | BOGOTÁ, D.C. | | | | | MUNICIPIO | BOGOTÁ, D.C. | |
| DIRECCION | NO REFIERE | | | | | | TELEFONOS | 3105802379 | |
| ESTRATO | 0 | ESCOLARIDAD | BACHILLER | | | | ESTADO CIVIL | CASADO (A) | |
| EPS | COMPENSAR E.P.S. | | | | | | | | |
| ARL | NO REFIERE | | | | | | | | |
| FONDO DE PENSIONES | NO REFIERE | | | | | | | | |
| RAZON SOCIAL | PARTICULAR/SUR | | | | | | | | |
| ACTIVIDAD ECONOMICA | NO REFIERE | | | | | | CARGO | AUXILIAR DE ENFERMERIA | |

## ANTECEDENTES GENERALES

| | |
|---|---|
| ANTECEDENTES OCULARES | usuaria de gafas visión próxima |

## PRUEBA

### AGUDEZA VISUAL LEJANA

| Nombre | Concepto | Observaciones |
|---|---|---|
| AMBOS OJOS | 20/50 | CC |
| OJO DERECHO | 20/50 | sc |
| OJO IZQUIERDO | 20/50 | SC |
| ESTEREOPSIS " SEG. | 40" | SC |
| VISION CROMATICA | NORMAL | SC |
| FORIA VERTICAL | NORMAL | |
| FORIA LATERAL | NORMAL | |

### AGUDEZA VISUAL CERCANA

| Nombre | Concepto | Observaciones |
|---|---|---|
| AMBOS OJOS | 1 Mts | CC |
| OJO DERECHO | 1 Mts | cc |
| OJO IZQUIERDO | 1.25 Mts | CC |
| ESTENOPEICO | VL PH OD 20/20 VL PH OI 20/20 | |

## IMPRESION DIAGNOSTICA

| |
|---|
| H526: Otros trastornos de la refracción |
| H524: Presbicia |

## RECOMENDCIONES

| | |
|---|---|
| RECOMENDACIONES | VALORACION DE OPTOMETRIA, USO DE RX PERMANENTE, CONTROL ANUAL. |

**ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A):** DIANA MORENO BALLESTEROS RM: 7818/2018

D. Diana Moren...
Optómetra - U.I...
Reg. 3569

Firma y sello del Médico Evaluador

JANETH LAMILLA BUSTOS
C.C
Firma del trabajador Evaluado



Escaneado con CamScanner