Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Codigo de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud

VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

Nombres y Apellidos: Amanda Lemus H. | Identificacion: 52225883 | DIA/MES/AÑO: 13/12/17

Sexo f X M | Edad: 43 AÑOS | Empresa: SubRed SUR | Eps: FMS | ARP: SURA

CONSENTIMIENTO INFORMADO VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

Yo, Amanda Lemus 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 respetará la buena fé, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablará del tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Conozco que si decido no realizar los exámenes diagnósticos solicitados o no cumplo los tratamientos ordenados pueden presentarse reacciones adversas para mi salud visual. **(Aplica Resolución 1995 H.C. UMED Ltda.)**

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

OCUPACION: Prof. Especializado | TIEMPO EN ESTE OFICIO: 10 años | EXIGENCIA VISUAL DEL OFICIO: CERCANA (20/) LEJANA (20/) OTRAS

CONSIDERA QUE LAS CONDICIONES EN QUE TRABAJA SON ADECUADAS PARA SUS OJOS SI___ NO___ POR QUE?

UTILIZA ALGUNA PROTECCION SI__ NO X ¿Cual? N/A

OFICIOS ANTERIORES 1 ____ TIEMPO ____ | 2 ____ TIEMPO ____

EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

LE HAN PRACTICADO ALGUNA VISIOMETRIA ANTERIORMENTE SI X NO__ FECHA DE EXAMEN Feb. 2016

TIENE LENTES FORMULADOS SI___ NO X HACE CUANTO

FECHA ULTIMO CAMBIO DE LENTES | USA SUS LENTES ACTUALMENTE SI___ NO___

TIPO DE LENTES ANTEOJOS | BIFOCALES | DE CONTACTO

FORMA DE USO: PERMANENTES ____ OCASIONALES ____ PARA VER DE CERCA ____ PARA VER DE LEJOS ____ OTROS ____

CIRUGÍA OCULAR ACTUAL: CUAL? ____ FECHA

SINTOMATOLOGIA OCULAR ACTUAL SI__NO X CUAL? Normal.

EXAMEN EXTERNO		ESTADO MOTOR	
	OD OK		X NORMAL
	OI OK		☐ ANORMAIL

EVALUACIÓN DE PRUEBA

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCIÓN		CON CORRECCIÓN
LEJOS OD	20/20	PH:	
OI	20/20	PH:	
AO	20/20		
CERCA OD	20/20		
OI	20/20		
AO	20/20		

OFTALMOSCOPIA DIRECTA OD I X, IDX Normal

CONDUCTA | USO RX OPTICA SI ☐ NO X OBSERVACIONES

CROMATICA NORMAL X ANORMAL__ OBSERVACIONES

TEST ESTEREOPSIS: 40 Segundos de Arco.

INTERPRETACIÓN Normal

Observaciones ____

RECOMENDACIONES LABORALES

DEPARTAMENTO DE OPTOMETRIA

1. Control Anual SI X NO
2. Remision a la EPS ☐ SI X NO
   Oftalmología ☐ Optometria ☐

1. Usar elementos de protección visual adecuada SI NO
2. Ingresar al programa de vigilancia epidemiológica SI X NO

SRA. ANGELA P. PRIETO V. Optometra U.S. Salud Ocupacional

OPTOMETRA
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Amanda Lemus H

FIRMA DEL PACIENTE
C.C. 52225883

Utilice elementos de protección personal
Control visual periódico cada 6 meses

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
Fax: 239 0086
umedltda@gmail.com
www.umedips.com