

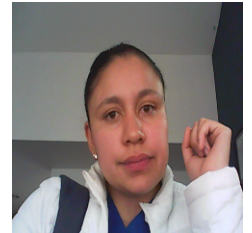
FECHA DE EXAMEN 5/12/2018

TIPO DE EXAMEN

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

| | | | | | | | | | |
|---------------------|----|---------------------|---------------------------|--------------|------|---------|---------------------|--------------|-------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS | | | ESMINDA VALCARCEL CUBIDES | | | | | | |
| IDENTIFICACION | CC | 1000061255 | SEXO | F | EDAD | 28 Años | FECHA DE NACIMIENTO | | 16/12/1990 |
| LUGAR DE NACIMIENTO | | BOGOTA | | | | | GRUPO SANGUINEO | | O + |
| PROCEDENCIA | | DEPARTAMENTO | | BOGOTÁ, D.C. | | | MUNICIPIO | BOGOTÁ, D.C. | |
| DIRECCION | | | | | | | TELEFONOS | | 3208278323 |
| ESTRATO | 3 | ESCOLARIDAD | | | | | ESTADO CIVIL | | SOLTERO (A) |
| EPS | | SANITAS E.P.S. S.A. | | | | | | | |
| ARL | | NO REFIERE | | | | | | | |
| FONDO DE PENSIONES | | NO REFIERE | | | | | | | |
| RAZON SOCIAL | | PARTICULAR/NORTE | | | | | | | |
| ACTIVIDAD ECONOMICA | | NO REFIERE | | | | | CARGO | | MEDICO |



ANTECEDENTES GENERALES

PRUEBA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

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

AGUDEZA VISUAL CERCANA

| Nombre | Concepto | Observaciones |
|---------------|----------|---------------|
| AMBOS OJOS | 0.50 cm | SC |
| OJO DERECHO | 0.50 cm | SC |
| OJO IZQUIERDO | 0.50 cm | SC |
| ESTENOPEICO | | SC |

IMPRESION DIAGNOSTICA

| |
|-------------------------------------|
| Z010: Examen de ojos y de la visión |
|-------------------------------------|

RECOMENDACIONES

| | |
|------------------------|---------------|
| RECOMENDACIONES | rx proteccion |
|------------------------|---------------|

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A):

LUIS RICARDO GOMEZ

RM: T.P. 3012

Dr. Luis Ricardo Gómez B.
C.C. 222.368
T.P. 3012
OPTOMETRISTA ULS

Firma y sello del Médico Evaluador

ESMINDA VALCARCEL CUBIDES

C.C.

Firma del trabajador Evaluado

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

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal. 35) No. 42 Sur,
Villamayor Tel.: (+1) 458 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 – 256 2362

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

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

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

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

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

