



CALLE 48C # 65 - 23  
SECTOR SURAMERICANA  
TELÉFONOS: 604 230 1810 - 300 912 5411  
MEDELLÍN - COLOMBIA  
E-mail: solicitudservicios@previlabor.co

|              |                                      |                    |                  |
|--------------|--------------------------------------|--------------------|------------------|
| Paciente     | 37535306 - LUZ DEISY HIGUERA SANCHEZ | Fecha de Impresión | 2024-03-14 13:29 |
| Empresa/Sede | PARTICULAR                           | Fecha de Registro  | 2024-3-14        |
| Sexo/Edad    | Femenino / 45 Años                   | Hora de Registro   | 10:38 AM         |
| Teléfono     | 3178875315                           | Registro Nro       | 243683           |
|              |                                      | Orden Nro.         | 391041           |

| Análisis                                                                                                                                                                                                         | Resultado | Vlr Refer Inicial | Vlr Refer Final | Unidad |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------|-----------------|--------|
| GLICEMIA                                                                                                                                                                                                         |           |                   |                 |        |
| RESULTADO.                                                                                                                                                                                                       | 87        | 70                | 110             | Mg/dl  |
| Para alguien sin diagnóstico de diabetes, un valor de glucosa entre 110 y 125 mg /dl. es consistente con una prediabetes y debe confirmarse con una valoración por su medico y con otras pruebas de seguimiento. |           |                   |                 |        |
| ASPECTO DEL SUERO                                                                                                                                                                                                | NORMAL    |                   |                 |        |

Cindy P. Mosquera

Dr.CINDY PAOLA MOSQUERA ALVAREZ  
05-3570-15

CALLE 48C # 65 - 23 - SECTOR SURAMERICANA - TELÉFONOS: 604 230 1810 - 300 912 5411 - E-mail: solicitudservicios@previlabor.co - MEDELLIN - COLOMBIA

| DIA | MES | AÑO  | HORA    |
|-----|-----|------|---------|
| 14  | 3   | 2024 | 9:36 AM |

### VISIONOMETRÍA

|                      |                           |            |            |              |               |
|----------------------|---------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| NOMBRE:              | LUZ DEISY HIGUERA SANCHEZ | DOCUMENTO: | 37535306   | EDAD:        | 44            |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 21/6/1979                 | EMPRESA:   | PARTICULAR | OFICIO:      | INSTRUCTORA   |
| EXAMEN DE:           | PREEMPLO                  | ORDEN:     | 391041     | USA LENTES : | SI            |
|                      |                           |            |            |              | ALGUNAS VECES |

### SINTOMATOLOGÍA

PACIENTE REFIERE TENER PATOLOGIA DE MIOPIA.

| VISION DE PROFUNDIDAD | VISION PERIFERICA | FORIAS |
|-----------------------|-------------------|--------|
| NORMAL                | NORMAL            | NORMAL |

### CAMPIMETRÍA

|                    | 85° | 70° | 55° | NASAL 45° | TOTAL  |
|--------------------|-----|-----|-----|-----------|--------|
| TEMPORAL DERECHA   | X   | X   | X   | X         | NORMAL |
| TEMPORAL IZQUIERDA | X   | X   | X   | X         | NORMAL |

### RESULTADOS DE LAS PRUEBAS VISUALES:

| AGUDEZA VISUAL | LEJANA |       |      |       |      |       | CERCANA |       |      |       |      |       |
|----------------|--------|-------|------|-------|------|-------|---------|-------|------|-------|------|-------|
|                |        |       |      |       |      |       |         |       |      |       |      |       |
| SIN LENTES:    | O.D:   | 20/70 | O.I: | 20/70 | A.O: | 20/70 | O.D:    | 20/22 | O.I: | 20/22 | A.O: | 20/22 |
| CON LENTES:    | O.D:   | 20/22 | O.I: | 20/22 | A.O: | 20/22 | O.D:    |       | O.I: |       | A.O: |       |

DISCRIMINACION DE LOS COLORES :

MALA

INTERPRETACIÓN

PATOLOGÍA DE REFRACCIÓN

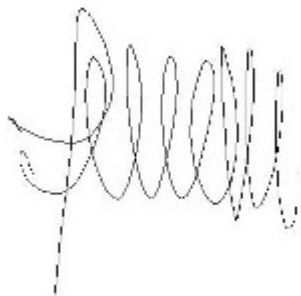
ADECUADAMENTE CORREGIDA

OBSERVACIONES:

PACIENTE CON ALTERACION VISUAL ADECUADAMENTE CORREGIDA, SE RECOMIENDA CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos de la visometría. También certifico que he discutido con la persona que me ha brindado la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso.  
Entiendo que la realización de ésta(s) prueba(s) es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen.  
Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado, además que fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confiabilidad de mis resultados.



FREDDY JOVANNY MORALES CASTELLANOS  
OPTÓMETRA



FIRMA DEL TRABAJADOR  
C.C. No. 37535306

