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

| DIA | MES | AÑO | HORA |
|---|---|---|---|
| 14 | 3 | 2024 | 9:39 AM |

## VISIOMETRÍA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | CARLOS ANDRES LEON LERMA | DOCUMENTO: | 1017126696 | EDAD: | 38 |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 6/10/1985 | EMPRESA: | PARTICULAR | OFICIO: | DOCENTE |
| EXAMEN DE: | PREEMPLEO | ORDEN: 391042 | USA LENTES : | NO | |

## SINTOMATOLOGÍA

PACIENTE NO REFIERE PATOLOGIA, CONSIDERA BUENA VISION LEJANA Y CERCANA.

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

## CAMPIMETRÍA

| | 85º | 70º | 55º | NASAL 45º | 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: | 20/22 | O.I: | 20/22 | A.O: | 20/22 | O.D: | 20/22 | O.I: | 20/22 | A.O: | 20/22 |
| CON LENTES: | O.D: | | O.I: | | A.O: | | O.D: | | O.I: | | A.O: | |

| DISCRIMINACION DE LOS COLORES : | BUENA |
|---|---|

INTERPRETACIÓN

AGUDEZA VISUAL NORMAL

OBSERVACIONES:

PACIENTE SIN ALTERACION VISUAL, SE RECOMIENDA CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos de la visometria. 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(as) 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, ademas que fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confiabilidad de mis resultados.

**FREDDY JOVANNY MORALES CASTELLANOS**
**OPTÓMETRA**

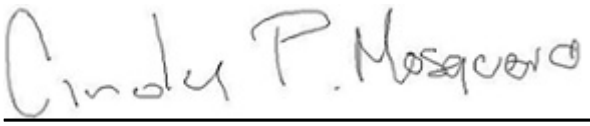
**FIRMA DEL TRABAJADOR**
**C.C. No. 1017126696**



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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Paciente** | 1017126696 - CARLOS ANDRES LEON LERMA | **Fecha de Impresión** | 2024-03-14 13:29 |
| **Empresa/Sede** | PARTICULAR | **Fecha de Registro** | 2024-3-14 |
| **Sexo/Edad** | Masculino / 39 Años | **Hora de Registro** | 10:38 AM |
| **Teléfono** | 3017228513 | **Registro Nro** | 243682 |
| | | **Orden Nro.** | **391042** |

| Análisis | Resultado | Vlr Refer Inicial | Vlr Refer Final | Unidad |
|---|---|---|---|---|
| GLICEMIA | | | | |
| RESULTADO. | 101 | 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 | | | |



**Dr.CINDY PAOLA MOSQUERA ALVAREZ**

**05-3570-15**