MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL



EMPRESA PARTICULAR
SEDE SANTA MARIA DEL LAGO
NOMBRES MELO ORTIZ MIGUEL ANGEL
FECHA 31/01/2023

DATOS PERSONALES

DOCUMENTO: CC.1233693034 **FEC. NACIMIENTO:** 20/01/1999 **EDAD:** 24 **SEXO:** M **PER. A CARGO:** 0
ESTADO CIVIL: SOLTERO **ESCOLARIDAD:** UNIVERSITARIO **ESTRATO:** 3 **TELEFONO:** 3222245437
L. NACIMIENTO: BOGOTA **DOMICILIO:** KR 69 H 64 F 73
CORREO: MIGUEL99PSICOLOGO@GMAIL.COM

DATOS GENERALES

EMPRESA EN MISIÓN: N/A
TIPO DE EXAMEN: PRE-INGRESO
EPS: SANITAS **ARL:** NO **PENSIONES:** COLPENSIONES

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

TIPO DE CARGO: OPERATIVO
OTRO: NO REFIERE
CARGO A DESEMPEÑAR: PSICOLOGO
TURNO: DIURNO **ANTIGUEDAD:** NO REFIERE
DESCRIPCION DEL CARGO: LABORES DE COMPUTADOR Y ESCRITORIO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

GENERALES: NINGUNO

FAMILIARES: PADRE HIPERTENSO

OCULARES: NINGUNO

OTROS: PACIENTE ATENDIDO SEGUN PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD COVID

VISIOMETRIA

OCUPACIÓN: PSICOLOGO **TIEMPO EN EL OFICIO:** Años: 3 - Meses: 0
¿UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN?: NO
¿LE HAN PRACTICADO ALGUNA VISIOMETRÍA ANTERIORMENTE?: SI **FECHA ÚLTIMO EXAMEN:** 03/11/2020
¿TIENE LENTES FORMULADOS?: SI **¿HACE CUÁNTO?:** Años: 3 - Meses: 0
FECHA ÚLTIMO CAMBIO DE LENTES: 03/11/2020 **¿USA LENTES ACTUALMENTE?:** SI
TIPO DE CORRECIÓN: MONOFOCAL **¿LOS PRESENTA AL EXAMEN?:** SI
FORMA DE USO:
PERMANENTES (SI) OCASIONALES (NO) PARA VER DE CERCA (NO) PARA VER DE LEJOS (NO) OTROS (NO)
¿CIRUGÍA OCULAR?: NO

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Sintoma	Observaciones
Asintomatico	CON LA CORRECCION OPTICA ACTUAL

LENSOMETRIA O.D - O.I.:	TIPO DE LENTE OD - OI:	ADD O.D - O.I:
-0.50-0.50X5	MONOFOCAL	0

AGUDEZA VISUAL:

VISIÓN LEJANA				VISIÓN CERCANA			
OD		OI		OD		OI	
Sin corrección	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*
20/40	20/20	20/40	20/22	20/20	20/20	20/20	20/20

EXAMEN EXTERNO

OD: HIPEREMIA EN ZONAS EXPUESTAS	**OI:** HIPEREMIA EN ZONAS EXPUESTAS

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

EMPRESA PARTICULAR
SEDE SANTA MARIA DEL LAGO
NOMBRES MELO ORTIZ MIGUEL ANGEL
FECHA 31/01/2023



COVER TEST

LEJOS: *[NORMAL]*	**CERCA:** *[NORMAL]*

PPC: 1

OFTALMOSCOPIA

OD: *[NORMAL]*	**OI:** *[NORMAL]*

PIN HOLE

OD: -	**OI:** -

TIPO DE TEST: ISHIHARA **VISIÓN CROMÁTICA:** [NORMAL] **INTERPRETACIÓN:** N/A **NÚMERO:** N/A **TEXTO:** N/A **OBSERVACIONES:** N/A	**ESTEREOPSIS:** *[NORMAL]* **SEGUNDOS/ARCO:** 40

INTERPRETACIÓN	NIVEL VISUAL BINOCULAR NORMAL DE LEJOS Y NORMAL DE CERCA, CON ACTUAL CORRECCION OPTICA DE USO PERMANENTE.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Código	Descripción
H522	ASTIGMATISMO

RECOMENDACIONES	CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - REMISION VALORACION OPTOMETRIA ACTUALIZAR CORRECCION EN USO

OTRA RECOMENDACIÓN	USO DE FILTRO AR Y PROTECCION SOLAR

REMITIDO A:	CONTROL OPTOMETRIA	**CAUSA REMISIÓN:**	CONTINUAR CON USO PERMANENTE DE ACTUAL CORRECCION OPTICA

Consentimiento informado

Yo MELO ORTIZ MIGUEL ANGEL identificado con CC.1233693034. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

Dra. Diana Elizabeth Parra Pineda
OPTÓMETRA U. DE LA SALLE
T.P. 39778608 - REG. 0894 C.T.P.O.
Especialista Salud Ocupacional
Lic. 11406 del 01/10/2018

DRA. DIANA ELIZABETH PARRA PINEDA - lso 11406 01/10/2018

Aspirante o trabajador

CC.1233693034