Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2022/10/26
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA OCCIDENTE	**DIRECCIÓN**	Bogotá D.C. Av. Cra. 68 No. 17 - 82, Zona Industrial Montevideo
TELÉFONO		**EMAIL**	citas.occidente1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-09-30	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	GUILLERMO AMADOR BAYONA			Identificación CC	Nro 79321198
Fecha de Nacimiento	1964-10-20	**Edad**	58	**Sexo**	M
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	MEDICO				
Fecha Ingreso	2022-09-30 09:36:49	**Fecha Salida**	2022-09-30 09:36:56		

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO
CIRUGIA OCULAR	NO
GLAUCOMA	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
ALERGIAS	NO
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	NO

MOTIVO DE CONSULTA

VISION BORROSA	NO
ARDOR	NO
LAGRIMEO	NO
ENROJECIMIENTO	NO
PRURITO	NO
CEFALEA	NO
ASTENOPIA	NO
SALTO DE RENGLON	NO
FOTOFOBIA	NO
SECRECION	NO
DOLOR OCULAR	NO
VISION DOBLE	NO
INVERSION DE NUMEROS O LETRAS	NO
MAREO	NO
VERTIGO	NO
MIODESOPSIAS	NO

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD	20/30
SIN CORRECCION OI	20/30
SIN CORRECCION AO	20/30

VISION PROXIMA

SIN CORRECCION OD	1.25 Mts.
SIN CORRECCION OI	1.25 Mts.
SIN CORRECCION AO	1.25 Mts.

ESTENOPEICO

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2022/10/26
www.cendiatra.com

OD	NORMAL
OI	NORMAL

COVER TEST

LEJOS	ORTHO
CERCA	EXOFORIA

QUERATOMETRIA

OFTALMOSCOPIA

OD	FON
OI	FON

REFRACCION

OJO DERECHO	
ESTATICA	N-0.50*0 ADD +2.50
OJO IZQUIERDO	
ESTATICA	N-0.50*0 ADD +2.50

TEST ADICIONALES

VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO
RX EN USO	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H522: Astigmatismo
DIAGNOSTICO PATOLOGICO	H524: Presbicia

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	SI
CONTROL ANUAL	SI
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO
VALORACION OPTOMETRICA	NO

FORMULA OPTOMETRIA

GENERAR FORMULA	NO

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

FORMULA OPTOMETRIA

OD
OI
ADICION

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2022/10/26

www.cendiatra.com

personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dr. Oscar Leonardo Angulo Fula
Optómetra U.S.A.
Especialista en Salud Ocupacional
Res. No. 25-292-2015

OSCAR LEONARDO ANGULO FULA

RM: 79896705

GUILLERMO AMADOR BAYONA

CC 79321198