CENTRO MEDICO LABORATORIO CLÍNICO OLAYA

NIT. 900.171.517-3
CP 110011775101/02
INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD

VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

NOMBRES:	Laura Jimena Suarez	EDAD: 29 años	FECHA: 15/4/24.
IDENTIFICACIÓN:	CC 1022997176.	TELÉFONO:	
CARGO:		EMPRESA: SUBRED SUR	

Consentimiento: Yo _____ C.C. _____ Certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad, respeto a la valoración física que se me va a realizar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) y con la autonomía suficiente para retirarme y oponerme a la valoración física si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarrea . Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablara de tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Reconozco que si decido no realizar los exámenes diagnósticos y no cumplo los tratamientos ordenados puedan presentar reacciones adversas para mi salud.

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

OCUPACIÓN: Psicología .	TIEMPO EN ESTE OFICIO:
UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN? SI _____ NO X	CUAL? _____

EVALUACIÓN DE LA PRUEBA

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCIÓN	CON CORRECCIÓN
Lejos OD	20/20	
Lejos OI	20/20	
Lejos AO	20/20	
Cerca OD	05	
Cerca OI	05	
Cerca AO	05	

RECOMENDACIONES

OFTALMOLOGÍA DIRECTA	OD: Normal	OI: Normal	AO: Normal
Necesidad de corrección óptica:	Uso de protección.		
Cromática:	NORMAL		ANORMAL
Test Estereopsis:			
INTERPRETACIÓN:			
OBSERVACIONES:			
RECOMENDACIONES:			

Dra. Angie K. Castillo P.
Optometra
U. de la Salle
RM. 1.023.936.628

FIRMA PROFESIONAL _____ FIRMA TRABAJADOR _____

REPORTE DE ESPIRÓMETRIA

NOMBRES:		EDAD:	FECHA
IDENTIFICACIÓN:		TELEFONO:	
CARGO:		EMPRESA:	

ANTECEDENTES MEDICO OCUAPCIONALES

RESULTADOS DE PRUEBA

ITEM	VALOR OBSERVADO		
FUC (L)			
FEV1 (L)			
FEV1 / FUC (%)			
FEF25 - 75% (L/S)			
PEF(L/S)			

INTERPRETACIÓN

RECOMENDACIONES

FIRMA PROFESIONAL _____ FIRMA TRABAJADOR _____

Powered by CamScanner