

| | | | | | |
|------------------|---|-----------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------------|
| Doc. Identidad | CC 1023006325 | Nombre | ANGIE LORENA PULIDO PORRAS | Fecha Nacimiento. | 15/08/1995 |
| Entidad | PARTICULAR | Edad | 29 años | Ocupación | AUXILIAR DE ENFERMERIA |
| H.C No | Ingreso <input checked="" type="checkbox"/> | Periódico | <input type="checkbox"/> | Retiro | <input type="checkbox"/> |
| | Post incapacidad <input type="checkbox"/> | Trabajo en alturas | <input type="checkbox"/> | Control | <input type="checkbox"/> |
| Empresa | EXM OCUPACIONAL-VISIOMETRIA | Cargo | AUXILIAR DE ENFERMERIA | Ingreso al SVE | <input type="checkbox"/> |
| Fondo de Pensión | | Antigüedad del cargo | | | |
| | | EPS SALUD TOTAL S.A. E.P.S. | | ARL | |

ANAMNESIS

Último Examen Visual 1 A

Progresivo ☐ Filtros ☐ LC RGP ☐ LC BLANDO ☐ Frecuencia de uso: Permanente ☐ Ocasional ☐

Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? SI ☐ NO ☐ Cirugías: SI ☐ NO ☒ Cual?

Accidentes oculares SI ☐ NO ☐ Cual?

Signos y síntomas: Asintomático ☐ Disminución visual de cerca ☐ Disminución visual de lejos ☐ Cefaleas ☐ Resequedad ocular ☐

Ardor Ocular ☐ Lagrimeo ☐ Cansancio Ocular ☐ Irritación ☐ Fotofobia ☐ Prurito Ocular ☐ Salto de renglón ☐

Antecedentes personales y/o familiares

AGUDEZA VISUAL

| CC | VL | VP | SC | VL | VP |
|----|----|----|----|-------|-------|
| OD | | | | 20/20 | 20/20 |
| OI | | | | 20/20 | 20/20 |
| AO | | | | | |

LENSOMETRIA

| | ESF | CIL | EJE | ADD |
|----|-----|-----|-----|-----|
| OD | | | ° | |
| OI | | | ° | |

EXAMEN EXTERNO

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Segmento Anterior: | Hiperemia conjuntival <input type="checkbox"/> | Pterigio N <input type="checkbox"/> | Segmento Anterior: | Hiperemia conjuntival <input type="checkbox"/> | Pterigio N <input type="checkbox"/> |
| Pterigio T <input type="checkbox"/> | Pinguécula <input type="checkbox"/> | Nevus <input type="checkbox"/> | Pterigio T <input type="checkbox"/> | Pinguécula <input checked="" type="checkbox"/> | Nevus <input type="checkbox"/> |
| Blefaritis seborreica <input type="checkbox"/> | Secreción <input type="checkbox"/> | Leucoma Corneal <input type="checkbox"/> | Blefaritis seborreica <input type="checkbox"/> | Secreción <input type="checkbox"/> | Leucoma Corneal <input type="checkbox"/> |
| Ptos palpebral <input type="checkbox"/> | Otros: <input type="checkbox"/> | | Ptos palpebral <input type="checkbox"/> | Otros: <input type="checkbox"/> | |

MOTILIDAD OCULAR

VL: ORTHO VP: ORTHO HISHBERG: CENTRADO

Ducciones: N Versiones: N PPC: 4 CMS

TEST OCUPACIONALES

| | Visión cromática | Vis. profun. | Vis. confron. |
|---|---|---|---------------|
| OD Normal <input checked="" type="checkbox"/> | Discromatopsia <input type="checkbox"/> | Ceguera al color <input type="checkbox"/> | 40 ARCO |
| OI Normal <input checked="" type="checkbox"/> | Discromatopsia <input type="checkbox"/> | Ceguera al color <input type="checkbox"/> | |

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

| | OD | OI |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Emetropía | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ametropía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Disminución visual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros: | | |

INTERPRETACIÓN

| | OD | OI |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| No requiere corrección óptica | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Defecto refractivo adecuadamente corregido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Defecto refractivo inadecuadamente corregido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Defecto refractivo no corregido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gafas no formuladas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ☐ Valoración por oftalmología ☐

Control Visiometría ☒

RETINOSCOPIA

| Refracción: | | | | Subjetivo: | | | | DP: | |
|-------------|--------|----------|-----|------------|--------|----------|-----|-----|-----|
| | Esfera | Cilindro | Eje | | Esfera | Cilindro | Eje | AV | ADD |
| OD | | | | OD | | | | | |
| OI | | | | OI | | | | | |

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

H111 DEGENERACIONES Y DEPOSITOS CONJUNTIVALES

CONCEPTO

☐ Apto ☐ No Apto ☐ Aplazado

RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES

Sindy Paola Rodriguez Suarez

CC.1022340733
OPTOMETRA
UNIVERSIDAD DE LA SALLE

