

Doc. Identidad **CC 1030642474** Nombre **JUAN DAVID ZABALA FERNANDEZ** Fecha Nacimiento **12/07/1994**  
 Entidad **CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE BOGOTA D.C.** Edad **30 años** Ocupación **INDEPENDIENTE**  
 H.C No Ingreso  Periódico  Retiro  Caso Ocupacional  Reubicación   
 Post incapacidad  Trabajo en alturas  Control  Ingreso al SVE   
 Empresa **ALTURAS** Cargo **BOMBERO** Antigüedad del cargo  
 Fondo de Pensión **EPS E.P.S. SANITAS S.A.** **ARL**

**ANAMNESIS**  
 Último Examen Visual **6 MESES** Usa anteojos: SI  NO  VL  VP  PC  Bifocal   
 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					

**LENSOMETRÍA**

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			.	
OI			.	

**EXAMEN EXTERNO**

Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival <input type="radio"/> Pterigio N <input type="radio"/>	Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival <input type="radio"/> Pterigio N <input type="radio"/>
Pterigio T <input type="radio"/> Pingüecula <input type="radio"/> Nevus <input type="radio"/> Blefaritis <input type="radio"/>	Pterigio T <input type="radio"/> Pingüecula <input type="radio"/> Nevus <input type="radio"/> Blefaritis <input type="radio"/>
Blefaritis seborreica <input type="radio"/> Secreción <input type="radio"/> Leucoma Corneal <input type="radio"/>	Blefaritis seborreica <input type="radio"/> Secreción <input type="radio"/> Leucoma Corneal <input type="radio"/>
Ptosis palpebral <input type="radio"/> Otros:	Ptosis palpebral <input type="radio"/> Otros:

**MOTILIDAD OCULAR**  
 VL: ORTHO VP: ORTHO HISHBERG: CENTRADO  
 Ducciones: N Versiones: N PPC: 4 CM

**INTERPRETACIÓN**

No requiere corrección óptica	<input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Defecto refractivo adecuadamente corregido	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Defecto refractivo no corregido	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Gafas no formuladas	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

**TEST OCUPACIONALES**

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

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

Emetropía	<input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Ametropía	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Disminución visual	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Otros:	

**RECOMENDACIONES**  
 Valoración por optometría clínica  Valoración por oftalmología   
 Control Visiometría

**RETINOSCOPIA**

	Refracción:		
	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

**Subjetivo:**

	Subjetivo:			DP:	
	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

**DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)**  
 2010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

**CONCEPTO**  
 Apto  No Apto  Aplazado

**RECOMENDACIONES**  
**OBSERVACIONES**

*Paula A. Arenas P.*  
Optometra Especialista  
Salud Ocupacional  
Lic 50 1503 2017

---

PAOLA ANDREA ARENAS PANTOJA

Especialidad: OPTOMETRIA

CC: 1031125063 RM.