SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 6016264247-3183832985-3115117029-3002717331 NIT 900157744

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **23/09/2023**

Doc. Identidad **CC 1033704219** Nombre **LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ RINCON** Fecha Nacimiento. **08/11/1988**

Entidad **PARTICULAR** Edad **34 años** Ocupación **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )

Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )

Empresa PARTICULAR Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA Antiguedad del cargo

Fondo de Pensiòn EPS ARL

ANAMNESIS

Último Examen Visual **08 MESES** Usa anteojos: SI ( ) NO (X) 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 (X) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?

Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?

Signos y síntomas: Asintomático (X) 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 **PACIENTE R EFIERE QUE USA GAFA DE DESCANSO SIN FORMULA Y NO LAS TRAJO**

AGUDEZA VISUAL

	CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD					20/25	0.5 M
OI					20/25	0.5 M
AO						

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			°	
OI			°	

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival	( )	( )
Pterigio N	( )	( )
Pterigio T	( )	( )
Pinguécula	( )	( )
Nevus	( )	( )
Blefaritis	( )	( )
Blefaritis seborreica	( )	( )
Secreción	( )	( )
Leucoma Corneal	( )	( )
Ptosis palpebral	( )	( )
Otros:	SAO	SANO

MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTHO** VP: **E XO** HISHBERG: **CENTRADO**

Ducciones: **NORMALES** Versiones: **NORMALKES** PPC: **NORMAL**

INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	( )	( )
Defecto refractivo adecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	(X)	(X)
Gafas no formuladas	( )	( )

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	NORMAL	NORMLA
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	NORMAL	NORMAL

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	OD	OI
Emetropía	( )	( )
Ametropía	( )	( )
Disminución visual	(X)	(X)
Otros:		

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica (X) Valoración por oftalmología ( )

Control Visiometría ( )

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNOSTICOS (Código - Enfermedad)

H522 ASTIGMATISMO NO CORERGIDO

CONCEPTO

(X) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES
RECOMIENDO VALORACION OPTOMETRIA CLINICA POR DISMINUCION VISUAL

OBSERVACIONES
RECOMIENDO VALORACION OPTOMETRIA CLINICA POR DISMINUCION VISUAL

JOHN JAIRO BAQUERO CASTRO
Especialidad: OPTOMETRA OCUPACIONAL

Powered by CamScanner