SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO S.A.S.
NIT : 900827895-1 - SEDE PRINCIPAL
LSST No. 463-15, Habilitación No. 6600102626

Calle 23 # 6-17, Pereira - Risaralda
Teléfono : 315 4973648
info@sysseguridadysaludeneltrabajo.com
www.sysseguridadysaludeneltrabajo.com

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Fecha Emisión	Realizado en			Tipo Evaluación - Énfasis		Orden Servicio No.
2025-08-01	PEREIRA (Risaralda)			Pre-Ingreso, Cardiovascular, Osteomuscular		1408890
Nombres y Apellidos				Identificación		Sexo
MONICA MARIA GRISALES FRANCO				CC 24413989		Femenino
Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal	
1972-12-26	52 años	A+	58 kilogramos	155 centimetros	24.14	
Dirección Residencia				Teléfonos		
CL 5 #10A-10				3229050343		
Cargo a desempeñar		Empresa		Empresa Usuaria		
CONTRATISTA		Persona Natural		Persona Natural		



(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2025-08-01. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

- Audiometría Ocupacional (2025-08-01)
- Evaluación Ocupacional de la Voz (2025-08-01)
- Optometría Ocupacional (2025-08-01)
- Glucosa En Suero, Lcr U Otro Fluido Diferente A Orina (2025-08-01)
- Perfil Lipídico (2025-08-01)

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Pre-Ingreso: Condiciones de salud que requieren recomendaciones médicas para que el trabajador pueda desempeñar su labor.
Cardiovascular: Riesgo Bajo
Osteomuscular: Sin patología osteomuscular aparente

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

- Realizar periódicamente todos los exámenes definidos según profesiograma de la empresa.
- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo.
- Capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludable.
- Capacitación en higiene postural.
- Dotar al trabajador de Elementos de Protección Personal adecuados para el riesgo.
- Entregar al trabajador las recomendaciones médicas generadas a partir de la evaluación ocupacional realizada.
- Se recomienda incluir al trabajador en los siguientes **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:** Visual, Biomecánico.
- Se remite al trabajador para valoración por las siguientes especialidades: Medicina General, Optometría. ..

Se anexan Recomendaciones Médicas para el trabajador.

Firma Especialista
VICTORIA EUGENIA HURTADO DE LA ROCHE
Registro No.: RM 18-170
LSST.: LPSST 138-21

Firma del Usuario
MONICA MARIA GRISALES FRANCO
CC.: 24413989

Valide este documento en:
https://simeonips.com/validar/cmo/jew7pvkg-491w-lsp3-4yds-laeom8yxdq3z
Fecha Impresión: 2025-08-01 14:32:57 513866

SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO S.A.S.
NIT : 900827895-1 - SEDE PRINCIPAL
LSST No. 463-15, Habilitación No. 6600102626

Calle 23 # 6-17, Pereira - Risaralda
Teléfono : 315 4973648
info@sysseguridadysaludeneltrabajo.com
www.sysseguridadysaludeneltrabajo.com

RECOMENDACIONES MÉDICAS PARA EL USUARIO

Fecha Emisión	Realizado en		Tipo Evaluación - Énfasis		Orden Servicio No.
2025-08-01	PEREIRA (Risaralda)		Pre-Ingreso, Cardiovascular, Osteomuscular		**1408890**
Nombres y Apellidos			Identificación		Sexo
MONICA MARIA GRISALES FRANCO			CC 24413989		Femenino
Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1972-12-26	52 años	A+	58 kilogramos	155 centimetros	24.14
EPS		ARL		AFP	
Sanitas		Positiva		Colpensiones	
Cargo a desempeñar		Empresa		Empresa Usuaria	
CONTRATISTA		Persona Natural		Persona Natural	



(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

Como resultado de la Evaluación Médica Ocupacional, realizada el día 2025-08-01, el médico especialista VICTORIA EUGENIA HURTADO DE LA ROCHE generó las siguientes recomendaciones médicas:

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

- Beber al menos 8 vasos de agua al día.
- Incorporar a la dieta diaria, alimentos de todos los grupos.
- Limitar el consumo de bebidas azucaradas.
- Reducir el consumo de sal, embutidos, enlatados y productos de paquete.
- Evitar alimentos con elevado contenido de grasa.
- Realizar ejercicio, mínimo 3 veces a la semana.
- Procurar una adecuada higiene del sueño.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

- Control en programa de riesgo cardiovascular.
- Control visual anual.
- Usar medias de compresión media.
- Se remite al trabajador para valoración por las siguientes especialidades: Medicina General, Optometría. ..

RECOMENDACIONES LABORALES PARA EL USUARIO

- Reportar oportunamente todo incidente o accidente relacionado con el trabajo.
- Cumplir con las normas de Seguridad y Salud en el trabajo establecidas por la empresa.
- Utilizar los EPI (Elementos de Protección Individual) otorgados por la empresa.
- Higiene Postural.
- Participar en el programa de pausas activas definido por la empresa.

Otras Recomendaciones: SE SUGIERE CORRECCIÓN DE LEJOS (LENTE PROGRESIVO)

SE RECOMIENDA DIETA BAJA EN GRASAS Y ACTIVIDAD FISICA REGULAR AL MENOS 30 MINUTOS POR MINIMO 3 DIAS A LA SEMANA (IDEAL 150 MINUTOS POR SEMANA) / (REMISION PARA VALROACION E INTERVENCION EN EPS)

La empresa **Persona Natural** hace entrega de las recomendaciones médicas antes mencionadas y agradece el cumplimiento de las mismas para lograr el cuidado integral de su salud.

Si el médico tratante le entregó alguna remisión a especialista, por favor, gestione la cita con su EPS. La empresa realizará seguimiento a este proceso cuando aplique, de acuerdo con lo definido en el SG-SST (Sistema de Gestión y Seguridad en el Trabajo).

Emitido por	Entregado por	Recibido por
VICTORIA EUGENIA HURTADO DE LA ROCHE	**Persona Natural**	**MONICA MARIA GRISALES FRANCO**
Registro No.: RM 18-170		CC.: 24413989
LSST: LPSST 138-21		Fecha de recibido:

SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO S.A.S.
NIT : 900827895-1 - SEDE PRINCIPAL
LSST No. 463-15, Habilitación No. 6600102626

Calle 23 # 6-17, Pereira - Risaralda
Teléfono : 315 4973648
info@sysseguridadysaludeneltrabajo.com
www.sysseguridadysaludeneltrabajo.com

HC No. 24413989 Orden Servicio No. 1408890

AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL

Fecha de Examen	2025-08-01 09:12:23	Orden Servicio No.	1408890
Tipo de Examen	Pre-Ingreso		
Énfasis en	Cardiovascular, Osteomuscular		
Ciudad	PEREIRA (Risaralda)		
Empresa Convenio	Persona Natural		
Empresa Usuaria	Persona Natural		

I. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR



Nombres y Apellidos	MONICA MARIA GRISALES FRANCO			No. Identificación	CC 24413989		
Sexo	Femenino	Grupo Étnico	Ninguna de las anteriores				
Nacionalidad	Colombia			Fecha Nacimiento	1972-12-26	Edad	52 años
Estado Civil	Separado			Composición Familiar	3 personas		
Nivel Educativo	Maestría			Profesión u Oficio	ADMINISTRADORA DE EMPRESAS AGROPECUARIAS		
Ciudad	MARSELLA (Risaralda)						
Dirección Residencia	CL 5 #10A-10					Estrato	4
Zona de Residencia	Urbana	Localidad/Comuna					
Teléfonos	3229050343						
Correo Electrónico	MMGRISALESF@GMAIL.COM						
Discapacidad	Sin Discapacidad			Tiene certificado de discapadidad?	No Aplica		
EPS	Sanitas	ARL	Positiva			AFP	Colpensiones
Acompañante/Responsable	No Registra						

II. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar	CONTRATISTA	Área de Trabajo	CAMPO
Descripción Cargo	ALCALDIA DE MARSELLA - EXTENSIONISTA RURAL		
Turno de Trabajo	Diurno	Rango Salarial	Menor a 2 SMMLV
Factores de Riesgo Auditivo para el cargo a desempeñar	Desconoce		
Exposición a Factores Riesgo Auditivo	No	Uso de Elementos de Protección Auditiva	No

III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES DE RIESGO AUDITIVO

Empresa	Cargo	Tiempo	Expuesto a Riesgo Auditivo	Uso Elementos Protección Auditiva

IV. ANTECEDENTES AUDITIVOS FAMILIARES

Niega

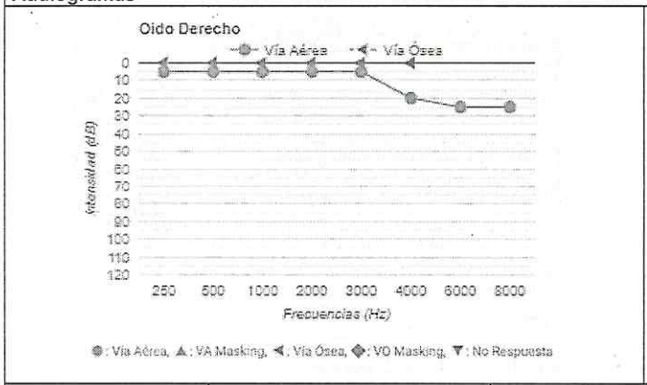
V. ANTECEDENTES PERSONALES

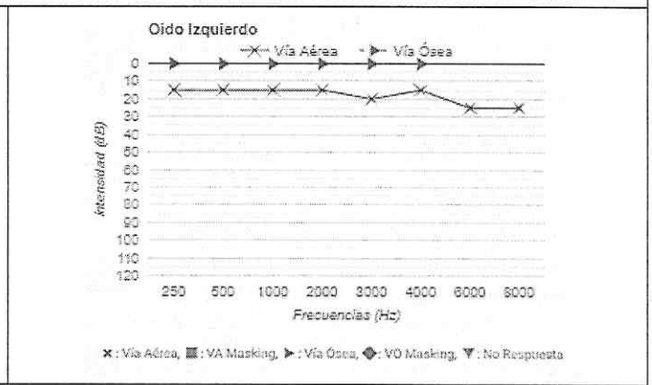
Generales	Hipertensión Arterial	Negativo	Diabetes	Negativo	Parálisis Facial	Negativo	
	Rinitis	Negativo	Rubeola	Negativo	Sarampion	Negativo	
	Paperas	Negativo	Trauma Craneo Encefálico	Negativo	Otro	Negativo	
Otológicos	Otitis Repetitiva	Negativo	Hipoacusia	Negativo	Tinnitus	Positivo	
	Cirugia Oido	Negativo	Prurito	Negativo	Ototóxicos	Negativo	
	Problemas de Equilibrio	Negativo					
Ruido Extralaboral	Servicio Militar	Negativo	Auriculares	Negativo	Motociclismo	Negativo	
	Tejo	Negativo	Uso armas de fuego	Negativo			
Observaciones	CONTROL EN 1 AÑO						

VI. EXAMEN AUDIOMETRÍA

Fecha Última Audiometría	2022-06-23	**Resultado**	NORMAL				
Reposo auditivo para la prueba actual	Si	**Tiempo del reposo auditivo**	12 Horas	**Tiempo de Exposición a Ruido**	0 Horas		
Uso de cabina	Si	**Equipo para la prueba actual**	AMPLIVOX240			**Fecha Última Calibración**	2025-05-08
Otoscopia	**Oido Derecho**	Normal					
	Oido Izquierdo	Normal					
Marcar audiometría actual como Audiometría Base?	Si						

Audiogramas





Resumen de Frecuencias Audiometría Actual	Intensidad	Frecuencias (Hz)								Promedio Tonos Puros (5,1,2,3)
		250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
	Oido Derecho - Vía Aérea	5	5	5	5	5	20	25	25	5dB
	Oido Derecho - Vía Ósea	0	0	0	0	0	0			
	Oido Izquierdo - Vía Aérea	15	15	15	15	20	15	25	25	16.3dB
	Oido Izquierdo - Vía Ósea	0	0	0	0	0	0			

M: Masking, **NR:** No Respuesta

VII. DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO

Diagnóstico Principal CIE-10	Z011 - Examen de oidos y de la audicion
Tipo	Confirmado Nuevo

Oido Derecho	Según GATISST, Audición Normal.
Oido Izquierdo	Según GATISST, Audición Normal.
Interpretación Audiometria	Normal bilateral
Comparación con audiometría de base	No se realiza comparación

VIII. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Recomendaciones	Ninguna
Observaciones	Ninguna

Tatiana Martinez A.

Firma Especialista

TATIANA MARTINEZ ARBOLEDA
Registro No.: 1903197
L.S.O.: 08240

Firma del Usuario

MONICA MARIA GRISALES FRANCO
CC.: 24413989

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE LA VOZ

Fecha de Examen	2025-08-01 09:16:58	**Orden Servicio No.**	1408890
Tipo de Examen	Pre-Ingreso, Cardiovascular, Osteomuscular		
Ciudad	PEREIRA (Risaralda)		
Empresa Convenio	Persona Natural	**Empresa Usuaria**	Persona Natural

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR



Nombres y Apellidos	MONICA MARIA GRISALES FRANCO			**No. Identificación**	CC 24413989		
Sexo	Femenino	**Grupo Étnico**	Ninguna de las anteriores				
Nacionalidad	Colombia			**Fecha Nacimiento**	1972-12-26	**Edad**	52 años
Estado Civil	Separado			**Composición Familiar**	3 personas		
Nivel Educativo	Maestría			**Profesión u Oficio**	ADMINISTRADORA DE EMPRESAS AGROPECUARIAS		
Ciudad	MARSELLA (Risaralda)						
Dirección Residencia	CL 5 #10A-10					**Estrato**	4
Zona de Residencia	Urbana			**Localidad/Comuna**			
Teléfonos	3229050343						
Correo Electrónico	MMGRISALESF@GMAIL.COM						
Discapacidad	Sin Discapacidad			**Tiene certificado de discapadidad?**	No Aplica		
EPS	Sanitas	**ARL**	Positiva			**AFP**	Colpensiones
Acompañante/Responsable	No Registra						

INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar	CONTRATISTA	**Área de Trabajo**	CAMPO
Descripción Cargo	ALCALDIA DE MARSELLA - EXTENSIONISTA RURAL		
Turno de Trabajo	Diurno	**Rango Salarial**	Menor a 2 SMMLV
Exposición a Factores Riesgo	Desconoce		
Factores de Riesgo para el cargo	Si	Uso excesivo de la voz	
Uso de Elementos de Protección	No		**Frecuencia de Uso**

ANTECEDENTES OCUPACIONALES DE RIESGO VOCAL

Empresa	Cargo	Tiempo	Expuesto a Riesgo Vocal	Descripción Factor de Riesgo
Niega			No	Ninguno

ANTECEDENTES VOCALES FAMILIARES

Niega Antecedentes

ANTECEDENTES PERSONALES

Gripa a repetición	Negativo	**Tos con frecuencia**	Negativo	**Bronquitis a repetición**	Negativo
Rinitis Alérgica	Negativo	**Cáncer**	Negativo	**Parálisis Facial**	Negativo
Hipoacusia	Negativo	**Cirugía Tiroides**	Negativo	**Disfonía**	Positivo
Afonia	Negativo	**Fonastenia**	Negativo	**Disfemia**	Negativo
Disfagia	Negativo	**Amigdalitis**	Negativo	**Laringitis**	Negativo
Reflujo Gastroesofágico	Negativo	**Amigdalectomía**	Negativo	**Adenoidectomía**	Negativo
Intubaciones recientes	Negativo	**Otro**	Negativo		
Observaciones	Ninguna				

SINTOMATOLOGÍA ACTUAL

Sintomatología	Cansancio al hablar
Descripción	

HÁBITOS Y ACTIVIDADES EXTRALABORALES

Tabaco	No Fumador		
Licor	No		
Consumo cafeina	Si	**Frecuencia**	Ocasional
Trasnocha con frecuencia	Si	**Frecuencia**	Semanal
Practica Canto	No		
Consumo de Líquido Diario	Si	**Frecuencia**	3 a 5 vasos al día
Realiza Ejercicio	Si	**Frecuencia**	Diario

ORGANOS FONOARTICULADORES

Labios	Normal	**Lengua**	Normal	**Dientes**	Normal
Paladar Duro	Normal	**Paladar Blando**	Normal	**Maxilar**	Normal
Músculos de la Cara	Normal	**Músculos del Cuello**	Normal		
Observaciones	ORGANOS FONOARTICULADORES INTEGROS				

RESPIRACIÓN

Modo Respiratorio - Reposo	Nasal	**Modo Respiratorio - Fonación**	Oral
Tipo Respiratorio - Reposo	Costal Superior	**Tipo Respiratorio - Fonación**	Costal Superior
Frecuencia Respiratoria	19 resp/min	**Tiempo de Retención**	36 Seg
Tiempo Espiratorio - Soplo Abierto	11 Seg	**Tiempo Espiratorio - Soplo Cerrado**	12 Seg

CUALIDADES DE LA VOZ

Tono	Normal	**Timbre**	Normal	**Intensidad**	Normal
Descripción	CUALIDADES ACUSTICO PERCEPTUALES DE LA VOZ NORMALES				

ÍNDICE DE INCAPACIDAD VOCAL ABREVIADO (VHI-10)

Valoración Global VHI-10	0	**Interpretación VHI-10**	Leve

Criterios	Preguntas	Escalas de Puntuación
Funcional 1	La gente le oye con dificultad debido a su voz	Nunca
Funcional 2	La gente no le entiende en sitios ruidosos	Nunca
Funcional 8	Los problemas con la voz alteran su vida personal y social	Nunca
Funcional 9	Se siente desplazado de las conversaciones o reuniones por su voz	Nunca
Funcional 10	El problema de voz afecta su rendimiento laboral	Nunca
Fisico 3	La gente le pregunta: ¿Qué le pasa en la voz?	Nunca
Fisico 5	Siente que necesita tensionar la garganta para producir la voz	Nunca
Fisico 6	La calidad de su voz es impredecible	Nunca
Emocional 4	Su voz le molesta	Nunca
Emocional 6	Su voz le hace sentir incomodidad	Nunca

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal CIE-10	Z100 - Examen de salud ocupacional
Tipo	Confirmado Nuevo
Descripción	
Interpretación	Normal

REMISIONES

Remisiones	No require
Motivo Remisiones	

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Recomendaciones	Se recomienda Realizar pausas pasivas enfocadas a ejercicios de respiración, Tomar abundante líquido, al menos 1 litro de agua por día
Observaciones	

Tatiana Martinez A.

Firma Especialista

TATIANA MARTINEZ ARBOLEDA
Registro No.: 1903197
LSST: 08240

Firma del Usuario

MONICA MARIA GRISALES FRANCO
CC.: 24413989

Laboratorio Clínico
CONTROLAB
Maria Ines Hernandez
Cra 5 No.18-33 Local 4 - Tels: 606 3140594 - 606 3359804 Ext 170
Cel: 3104716574 Pereira - Risaralda - Colombia
Email: laboratorioclinicocontrolab@gmail.com

Paciente: MONICA MARIA GRISALES FRANCO
Edad: 52 A **Sexo:** F **Identificación:** 24413989
Teléfonos: 3229050343
Empresa: S&S SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO S.A.S

Recepción: 153251 N/A
Fecha rcp: 01/08/2025 8:37:12 a. m.
Médico : No Asignado

	Resultado	Valores de referencia
Quimica		
1 GLICEMIA BASAL Metodo: Enzimatico /PAP	78 mg/dL	74-110 mg/dL
2 **PERFIL LIPIDICO**		
COLESTEROL TOTAL Metodo : Enzimatico Colorimetrico	307* mg/dL	Menor de 200 mg/dL
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD-HDL Metodo : Enzimatico Colorimetrico	79 mg/dL	Mayor de 40 mg/dL
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD-LDL	215 mg/dL	Menor de 130 mg/dL
COLESTEROL DE MUY BAJA DENSIDAD-VLDL	14 mg/dL	Hasta 42 mg/dL
TRIGLICERIDOS: Metodo:Enzimatico colorimetrico	68 mg/dL	Menor de 150 mg/dL
FACTOR COLESTEROL TOTAL/HDL	3.8	Hasta 4.0
ASPECTO DEL SUERO :	Normal	

Maria Inés Hernández Silva
C.C. 51634853
Bacterióloga

OPTOMETRÍA OCUPACIONAL

Fecha de Examen	2025-08-01 08:15:17	Orden Servicio No.	1408890
Tipo de Examen	Pre-Ingreso		
Enfasis en	Cardiovascular, Osteomuscular		
Ciudad	PEREIRA (Risaralda)		
Empresa Convenio	Persona Natural		
Empresa Usuaria	Persona Natural		

II. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos	MONICA MARIA GRISALES FRANCO			No. Identificación	CC 24413989
Sexo	Femenino	Grupo Étnico	Ninguna de las anteriores		
Nacionalidad	Colombia		Fecha Nacimiento	1972-12-26	Edad 52 años
Estado Civil	Separado		Composición Familiar	3 personas	
Nivel Educativo	Maestría	Profesión u Oficio	ADMINISTRADORA DE EMPRESAS AGROPECUARIAS		
Ciudad	MARSELLA (Risaralda)				
Dirección Residencia	CL 5 #10A-10			Estrato	4
Zona de Residencia	Urbana	Localidad/Comuna			
Teléfonos	3229050343				
Correo Electrónico	MMGRISALESF@GMAIL.COM				
Discapacidad	Sin Discapacidad	Tiene certificado de discapadidad?	No Aplica		
EPS	Sanitas	ARL	Positiva	AFP	Colpensiones
Acompañante/Responsable	No Registra				



III. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar	CONTRATISTA	Área de Trabajo	CAMPO
Factores de Riesgo Visual para el cargo a desempeñar	Suministrados por el trabajador		
Exposición a Factores Riesgo Visual	Si	Uso de Elementos de Protección Visual	Si
Pantalla Computador, Alta Exigencia Visual		Lentes Anti Reflejo	

IV. ANTECEDENTES OCUPACIONALES DE RIESGO VISUAL

Empresa	Cargo	Tiempo	Expuesto a Riesgo Visual	Uso Elementos Protección Visual

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

Hipertensión Arterial	Positivo. MADRE	Diabetes	Negativo.
Trigliceridos	Negativo.	Tiroides	Negativo.
Artritis	Negativo.	Otros	Negativo.
Observaciones			

VI. ANTECEDENTES PERSONALES

Generales	HTA	Negativo	Diabetes	Negativo	Trigliceridos	Negativo	
	Tiroides	Negativo	Artritis	Negativo	Otro	Negativo	
Oculares	Glaucoma	Negativo	Pterigio	Negativo	Chalazion	Negativo	
	Catarata	Negativo	Ciguría Refractiva	Negativo			
Observaciones							

VII. SINTOMATOLOGÍA ACTUAL

Mala Visión Lejana	No	Mala Visión Próxima	Si	Lagrimeo	No	Cansancio Visual	No
Ardor	No	Cefaléa	No	Prurito	No	Secreación	No
Hiperemia	No	Fotofobia	No	Desviación Ocular	No	Resequedad	No
Observaciones							

VIII. EXAMEN OPTOMÉTRICO

Corrección Habitual	Fecha Último Control Visual	Menos de 6 meses			Usa lentes con fórmula	Si	
	Tipo de Lentes	Monofocales			Frecuencia de Uso	Cerca	
	Lensometría - Ojo Derecho				Lensometría - Ojo Izquierdo		
Agudeza Visual	Visión Lejana	Sin corrección	Ojo Derecho		Ojo Izquierdo		
		Con corrección	Ojo Derecho	20/40	Ojo Izquierdo	20/30	
	Visión Próxima	Sin corrección	Ojo Derecho		Ojo Izquierdo		
		Con corrección	Ojo Derecho	0.50M	Ojo Izquierdo	0.50M	
Estado Motor	Visión Lejana	Exoforia					
	Visión Próxima	Exoforia					
	Punto Próximo de Convergencia	8 centimetros					
Examen Externo	Ojo Derecho	SEGMENTO ANTERIOR SANO					
	Ojo Izquierdo	SEGMENTO ANTERIOR SANO					
Oftalmoscopia	Ojo Derecho	FONDO DE OJO NORMAL					
	Ojo Izquierdo	FONDO DE OJO NORMAL					
Retinoscopia	Ojo Derecho	+1.25			Ojo Izquierdo	+1.00	
Subjetivo con	Ojo Derecho	+1.00 ADD 2.50	Visión Lejana	20/20	Visión Cercana	0.50M	
Fórmula Final	Ojo Izquierdo	+0.75 ADD 2.50	Visión Lejana	20/20	Visión Cercana	0.50M	
Visión Cromática	Normal						
Visión Profundidad	Normal						
Visión Periférica	Normal						

IX. DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal CIE-10	H524 - Presbicia
Tipo	Confirmado Nuevo

No.	Ojo	Descripción
1	Derecho	HIPERMETROPIA
2	Izquierdo	HIPERMETROPIA

X. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Recomendaciones	Se recomienda Uso de fórmula de lentes, Control optométrico anual
Observaciones	SE SUGIERE CORRECCIÓN DE LEJOS (LENTE PROGRESIVO)



Firma Especialista

VALERIA CARMONA QUINTERO
Registro No.: Pendiente actualizar



Firma del Usuario

MONICA MARIA GRISALES FRANCO
CC.: 24413989