Fecha Atención : 2024-04-13
Fecha Impresión . 2024-04-13

Omnisalud
Para toda la vida

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	LILIANA ROCIO GALVIS	**Identificación:**	CC: 33368054
Fecha de Nacimiento:	1982-11-23	**Edad:**	41
Género:	F	**RH:**	O +
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	BOGOTA, D.C.
Dirección:	CRA 98 A 72 29	**Teléfono:**	3202803744
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	PARTICULAR
Ciudad - Sede:	BOGOTA, D.C.	**Sede:**	BOGOTA NORMANDIA
TIPO EXAMEN:	EXAMENES COMPLEMENTARIOS	**ENFASIS:**	NINGUNO,

VISIOMETRIA OCUPACIONAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA
TIPO EXAMEN

ENFASIS

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL
CAMPO ADICIONAL 2
PROFESION
CAMPO ADICIONAL1
CARGO

FORMATO MANUAL

FORMATO MANUAL NO

ANTECEDENTES OCULARES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES SI
Observaciones:
FISICOS: COMPUTADOR Y LUZ ARTIFICIAL. FISICOS: MEDIO AMBIENTE, SOL Y POLVO.

OBSERVACIONES ULTIMO CONTROL VISUAL HACE 15 DIAS.

EN LA EMPRESA ACTUAL

ACCIDENTE OCULAR NO
OTROS NO

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES NO
OBSERVACIONES NO

ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES

ALTERACIONES TIROIDEAS	NO	**ACCIDENTE OCULAR**	NO
DIABETES MELLITUS	NO	**GLAUCOMA**	NO
QUIRURGICOS	NO	**CATARATAS**	NO
FARMACOLOGICOS	SI Observaciones: GOTAS OCULARES: OLOPATADINA 1 GOTA EN CADA OJO CADA 12 HORAS POR 6 MESES.	**AMBLIOPIA**	NO
PATOLOGICOS	NO	**PATOLOGIA OCULAR**	SI Observaciones: CONJUNTIVITIS ALERGICA.
RINITIS	NO	**DEFECTOS REFRACTIVOS**	NO
TRAUMA CRANEO ENCEFALICO	NO	**PTERIGIO**	NO
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	NO	**TRATAMIENTOS ORTOPTICOS**	NO
ENFERMEDADES CEREBRO VASCULAR	NO	**CIRUGIA OCULAR**	NO
OTROS	NO	**ESTRABISMO**	NO
OBSERVACIONES	"NIEGA ANTECEDENTES Y SINTOMATOLOGIA VISUAL"		

AGUDEZA VISUAL

PRUEBA CON CORRECCION OPTICA NO
CUAL NO USA CORRECCIÓN ÓPTICA.
CERCA LEJOS VIS AMBOS

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD 20/20
CON CORRECCION OD
SIN CORRECCION OI 20/20
CON CORRECCION OI
Observaciones:
20/20-
SIN CORRECCION AO 20/20
CON CORRECCION AO

VISION PROXIMA

SIN CORRECCION OD 20/20
CON CORRECCION OD
SIN CORRECCION OI 20/20
CON CORRECCION OI
Observaciones:
20/20-
SIN CORRECCION AO 20/20
CON CORRECCION AO

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIONES EXOFORIA DE RECUPERACIÓN LENTA POR OJO IZQUIERDO. PPC ALEJADO.

PRUEBAS SENSORIALES

PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA NORMAL - 15/15
ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) 40 SEGUNDOS DE ARCO
OBSERVACIONES TEST NORMALES*

EVOLUCION

EVOLUCION

RECOMENDACIONES

Omnisalud

USO DE CORRECCIÓN VISUAL	NO	**USO DE EPV**	
VALORACION POR OFTALMOLOGIA		**VALORACION POR OPTOMETRIA**	
RECOMENDACIONES GENERALES	1. BUENA VISION DE LEJOS Y CERCA AMBOS OJOS. USO DE FILTROS ULTRAVIOLETA Y ANTI-REFLEJO, PAUSAS VISUALES Y CONTROL ANUAL. 2. REALIZAR EJERCICIOS DE ACERCAMIENTO VISUAL, SE DAN INDICACIONES DE MANEJO.		

RECOMENDACIONES-TEXTOS

VALORACION COMPLEMENTARIA VISIOMETRIA	Su capacidad Visual está en los rangos aceptables para su ocupación, se indican controles rutinarios anuales con su optómetra.||Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria	**TEST DE COLORES COMPLEMENTARIOS**	

IMPRESION DIAGNOSTICA

REFRACTIVO

BUENA AGUDEZA VISUAL	1	**OBSERVACIONES**	DE LEJOS Y CERCA AMBOS OJOS.
BUENA AGUDEZA VISUAL CON CORRECCION OPTICA ACTUAL		**OBSERVACIONES**	
DISMINUCION AGUDEZA VISUAL		**OBSERVACIONES**	
VISION SUBNORMAL O BAJA VISION		**OBSERVACIONES**	

CONTROLES

MENSUAL		**BIMENSUAL**	
TRIMESTRAL		**SEMESTRAL**	
ANUAL	1		

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.



OPTOMETRA
DIANA CAROLINA ERAZO PULIDO
C.C. N.A 1085

Firma:		Firma:	
Nombre:	DIANA CAROLINA ERAZO PULIDO	Nombre:	Liliana Galvis
R.M.:	L.S.O 13215 DE2021	Documento:	33368054