Cendiatra

VISIOMETRIA

SEDE: CENDIATRA NORTE 106 | **DIRECCIÓN:** Autopista Norte # 106-93, Pasadena | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592 | **EMAIL:** citas.norte1@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-08-01

CC: 1022363360
Nombres y apellidos: KAREN LILIANA FLOREZ CRUZ
Fecha de nacimiento: 14/07/1990
Edad: 35 **Sexo:** FEMENINO **RH:** O +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: PSICOLOGA
Fecha ingreso: 01/08/2025
Fecha salida: 01/08/2025
Teléfono acompañante:



ANTECEDENTES

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES OCULARES:	-PACIENTE PRESENTA CORRECCION OPTICA EN EL EXAMEN
ANTECEDENTES PATOLOGICOS:	NO REFIERE
ANTECEDENTES FAMILIARES:	NO REFIERE

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AMBOS OJOS:	20/20	CC
OJO DERECHO:	20/20	CC
OJO IZQUIERDO:	20/20	CC
ESTENOPEICO:		

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AMBOS OJOS VISUAL CERCANA:	0.50 CM.	CC
OJO DERECHO VISUAL CERCANA:	0.50 CM.	CC
OJO IZQUIERDO VISUAL CERCANA:	0.50 CM.	CC

ESTADO MOTOR

ESTADO MOTOR

COVER TEST VL:	O
COVER TEST VP:	X
OBSERVACIÓN:	

TEST COMPLEMENTARIOS

VISIÓN CROMATICA

VISIÓN CROMATICA:	NORMAL	

ESTEREOPSIS

ESTEREOPSIS SEG:		65"

CAMPIMETRIA

CAMPIMETRIA:	NORMAL	

DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO 1:	Z010: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN

Powered by CamScanner

DIAGNÓSTICO 4:

DIAGNÓSTICO 2: H527: TRASTORNO DE LA REFRACCIÓN, NO ESPECIFICADO

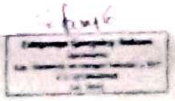
DIAGNÓSTICO 5:

DIAGNÓSTICO 3:

RECOMENDACIONES Y EVOLUCION

RECOMENDACIONES
RECOMENDACIONES: CONTROL VISUAL ANUAL
USO CORRECCION OPTICA

EVOLUCIÓN
EVOLUCIÓN:



YUDITH ESTEFANYA GONZALEZ
ANTIVAR
RM: N/A
Firma y sello del médico



KAREN ULIANA FLOREZ CRUZ
CC: 1022363360
Firma del paciente

Powered by CamScanner