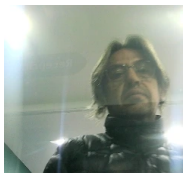
VISIOMETRIA

SEDE: CENDIATRA SUR 2 | **DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-08-09

CC: 79691403
Nombres y apellidos: GUSTAVO ANDRES CASTILLO FLOREZ
Fecha de nacimiento: 27/10/1974
Edad: 50 **Sexo:** MASCULINO **RH:** O +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: PROFESIONAL UNIVERSITARIO TIPO 2 TIC - MEDICO VETERINARIO
Fecha ingreso: 09/08/2025
Fecha salida: 09/08/2025
Teléfono acompañante:



ANTECEDENTES

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES OCULARES:	CORRECCION DE USO PERMANENTE
ANTECEDENTES PATOLOGICOS:	NIEGA
ANTECEDENTES FAMILIARES:	NIEGA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AMBOS OJOS:	20/20	CC
OJO DERECHO:	20/20	CC
OJO IZQUIERDO:	20/30	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:	
COVER TEST VP:	
OBSERVACIÓN:	NORMAL

TEST COMPLEMENTARIOS

VISIÓN CROMATICA

VISIÓN CROMATICA:	NORMAL

ESTEREOPSIS

ESTEREOPSIS SEG:	40

CAMPIMETRIA

CAMPIMETRIA:	NORMAL

DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICOS

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

DIAGNÓSTICO 4:

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

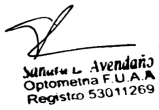
DIAGNÓSTICO 5:

DIAGNÓSTICO 3: H524: PRESBICIA

RECOMENDACIONES Y EVOLUCION

RECOMENDACIONES
RECOMENDACIONES: SE RECOMIENDA ACTULIZAR CORRECCION OPTICA

EVOLUCIÓN
EVOLUCIÓN:



SANDRA LILIANA AVENDAÑO AVENDAÑO
RM: N/A
Firma y sello del médico



GUSTAVO ANDRES CASTILLO FLOREZ
CC: 79691403
Firma del paciente