Laboratorio - Medicina - Radiologia - Ecografia - Audiometria - Salud Ocupacional

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestacion de Servicios en Seguridad y salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT. 830 015 894-4

Código de prestador de servicios de la salud No. 110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaria de Salud

VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

VISIOMETRIA — OPTOMETRIA

Nombres y Apellidos	Identificacion	DIA/MES/AÑO
Jose Amparo Acuña Galindo	4002679 8	18-10-2022

Sexo F / M	Edad AÑOS	Empresa	Eps	ARP
F X / M ___	56	Subred sur	Sura	Sura

CONSENTIMIENTO INFORMADO VALORACION VISUAL OCUPACIONAL

Yo, _____ identificado(a) como aparece al pie de mi firma, certifico que he sido informado(a) con claridad y racidad debidamente, respecto a la valoracion visual que se me va a realizar; que actuo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. conocedor (a) de la autonomia suficiente que paseo para retirarme u oponerme a la valoracion visual si asi lo deseo y asumire las consecuencias que esto acarrea, Que se respetara la buena fé, la confiabilidad e intimidad de la informacion por mi suministrada, igualmente certifico que todos los datos que he entrega son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablará del tratamiento(s) procedimiento(s) que se consideren idoneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoracion. Conozco que si decidp no realizar los examenes diagnosticos solicitados o no cumplo los tratamientos ordenados pueden presentarse reacciones adversas para mi salud visual. (Aplica Resolución 1995 H.C. UMED Ltda.)

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

OCUPACION	TIEMPO EN ESTE OFICIO	EXIGENCIA VISUAL DEL OFICIO
Profesional Universitaria	25 años	CERCANA (20/20) LEJANA (20/20) OTRAS

CONSIDERA QUE LAS CONDICIONES EN QUE TRABAJA SON ADECUADAS PARA SUS OJOS SI___ NO___
POR QUE?

UTILIZA ALGUNA PROTECCION SI___ NO___ ¿CUAL?

OFICIOAS ANTERIORES 1	TIEMPO	2	TIEMPO

EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

LE HAN PRACTICADO ALGUNA VISIOMETRIA ANTERIORMENTE SI X NO FECHA DE EXAMEN 12-Dic-2022

TIENE LENTES FORMULADOS SI X NO___ HACE CUANTO 5 años

FECHA ULTIMO CAMBIO DE LENTES 2 años USA SU LENTES ACTUALMENTE SI X NO___

TIPO DE LENTES ANTEOJOS X BIFOCALES DE CONTACTO progresivos

FORMA DE USO: PERMANENTES ___ OCASIONALES ___ PARA VER DE CERCA___ PARA VER DE LEJOS ___ OTROS___

CIRUGIA OCULAR ACTUAL CUAL? FECHA

SINTOMATOLOGIA OCULAR ACTUAL SI___ NO X CUAL?

EXAMEN EXTERNO		ESTADO MOTOR	
	OD Pinsufecta		X NORMAL
	OI Pinsufecta		☐ ANORMAL

EVALUACION DE PRUEBA

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCION	CON CORRECCION
LEJOS OD	20/100 PH: 20/50	
OI	20/100 PH: 20/50	
AO	20/100	
CERCA OD	20/40	
OI	20/40	
AO	20/40	

OFTALMOSCOPIA DIRECTA OD I Normal IDX

CONDUCTA Centrada USO RX OPTICA SI X NO ☐ OBSERVACIONES

CROMATICA NORMAL X ANORMAL ___ OBSERVACIONES

TEST ESTEREOPSIS 100 segs de Arco

KERATOMETRIA OD ___ OI ___ RETINOSCOPIA OD ___ OI ___

INTERPRETACION: Ametropia

Observaciones Debe utilizar anteojos formulados

RECOMENDACIONES LABORALES

DEPARTAMENTO DE OPTOMETRIA					
	Control Anual	SI X	NO	1.	Usar elementos de proteccion visual adecuada — SI — NO X
	Remision a la EPS: Oftalmologia ☐	SI ☐	NO X	2.	Ingresar al programa de vigilancia epidemiologica — SI — NO X
	Optometria ☐				

Optometra U. de La Salle T.P. 79648410

OPTOMETRA
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL PACIENTE
C.C.

Utilice elementos de protección personal
Control visual periódico cada 6 meses

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D. C.
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com - www.umedips.co

Powered by CamScanner