ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	ESTEFANIA PINEDA QUINTERO	**Identificación:**	CC: 1035861166
Fecha de Nacimiento:	1992-06-25	**Edad:**	33
Género:	F	**RH:**	O +
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	TECNOLOGICO
Estrato:	2	**Ciudad:**	MEDELLIN
Dirección:	CLL 78 # 87 72	**Teléfono:**	3013064518
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	AGENTE DE TRANSITO
Ciudad - Sede:	MEDELLIN	**Sede:**	MEDELLIN LAURELES
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

VISIOMETRIA OCUPACIONAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN

ENFASIS	

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL		**CAMPO ADICIONAL1**	
CAMPO ADICIONAL 2		**CARGO**	
PROFESION			

FORMATO MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

ANTECEDENTES OCULARES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NO	**OBSERVACIONES**	

EN LA EMPRESA ACTUAL

ACCIDENTE OCULAR	NO	**OTROS**	

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NO	**OBSERVACIONES**	

ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES

ALTERACIONES TIROIDEAS	NO	**ACCIDENTE OCULAR**	NO
DIABETES MELLITUS	NO	**GLAUCOMA**	NO
QUIRURGICOS	NO	**CATARATAS**	NO
FARMACOLOGICOS	NO	**AMBLIOPIA**	NO
PATOLOGICOS	NO	**PATOLOGIA OCULAR**	NO
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	ÚLTIMO CONTROL VISUAL HACE 1 AÑO - NO USA RX		

AGUDEZA VISUAL

PRUEBA CON CORRECCION OPTICA	NO	**CUAL**	
CERCA LEJOS VIS			

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD	20/20	**CON CORRECCION OD**	
SIN CORRECCION OI	20/25	**CON CORRECCION OI**	
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**	
SIN CORRECCION AO	20/20	**CON CORRECCION AO**	

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIONES	ORTHOFORIA

PRUEBAS SENSORIALES

PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA	NORMAL - 9/9	**ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) SEGUNDOS DE ARCO**	40 SEGUNDOS DE ARCO
OBSERVACIONES			

EVOLUCION

EVOLUCION	

RECOMENDACIONES

USO DE CORRECCIÓN VISUAL	NO	**USO DE EPV**	
VALORACION POR OFTALMOLOGIA		**VALORACION POR OPTOMETRIA**	1
RECOMENDACIONES GENERALES	AGUDEZA VISUAL NORMAL, VISIÓN DEL COLOR NORMAL, ESTEREOPSIS DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES (40” DE ARCO). SE SUGIERE CONTROL ANUAL.		

RECOMENDACIONES-TEXTOS

VALORACION COMPLEMENTARIA VISIOMETRIA	Su capacidad Visual está en los rangos aceptables para su ocupación, se indican controles rutinarios anuales con su optómetra.	**TEST DE COLORES COMPLEMENTARIOS**	

IMPRESION DIAGNOSTICA

REFRACTIVO

BUENA AGUDEZA VISUAL	1	**OBSERVACIONES**	
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.





Firma:		Firma:	
Nombre:	ADRIANA LEMUS SUAREZ	Nombre:	
R.M. / TP:	TP.1101754688	Documento:	