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 Maria 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 X OPTOMETRIA

Nombres y Apellidos: Sandra Milena Santa Pandales | Identificacion 52851023 | DIA/MES/AÑO 15-10-25

Sexo F X M ___ | Edad AÑOS 45 | Empresa Sub red sur | Eps Compensar | ARP 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 veracidad debidamente, respecto a la valoracion visual que se me va a realizar; que actuo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. Soy 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 Floricultora | TIEMPO EN ESTE OFICIO 10 años | EXIGENCIA VISUAL DEL OFICIO 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 2 años

TIENE LENTES FORMULADOS SI___ NO X HACE CUANTO

FECHA ULTIMO CAMBIO DE LENTES | USA SU LENTES ACTUALMENTE SI___ NO X

TIPO DE LENTES ANTEOJOS ___ BIFOCALES ___ DE CONTACTO ___

FORMA DE USO: PERMANENTES ___ OCASIONALES ___ PARA VER DE CERCA ___ PARA VER DE LEJOS ___ OTROS ___

CIRUGIA OCULAR ACTUAL | CUAL? | FECHA

SINTOMATOLOGIA OCULAR ACTUAL SI X NO___ CUAL? Cansancio

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

EVALUACION DE PRUEBA

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

OFTALMOSCOPIA DIRECTA OD Normal IDX

CONDUCTA Cover test USO RX OPTICA SI ☐ NO ☐ OBSERVACIONES

CROMATICA NORMAL X ANORMAL ___ OBSERVACIONES

TEST ESTEREOPSIS: 40 segs de Arco

KERATOMETRIA OD ___ OI ___ | RETINOSCOPIA OD ___ OI ___

INTERPRETACION: Emetrope

Observaciones: pte Normal no necesita anteojos

RECOMENDACIONES LABORALES

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

Dra. Juan Manuel Ortiz Rincón Optometra U. de La Salle T.P. 196481C

FIRMA DEL PACIENTE
C.C.

ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

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