EXAMEN DE VALORACION VISUAL OCUPACIONAL

Apellidos	Nombres
Campos	Nataly
Fecha: 22 - Enero - 2025	ID: 53094717
Sexo: F	Edad: 39 años

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Ocupación: Aux Enfermeria	Tiempo trabajado: 14 años
Ha utilizado alguna Protección Visual?	Cual.?

Fecha última visiometria: 4 meses	Tiene lentes formulados? SI	Utiliza la corrección actualmente? SI

Tipo de Lentes	Progresivos	Bifocales	Monofocales	Lentes de contacto
			X	

EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

Examen Externo	Examen Motor	Oftalmologia
OD Normal OI Normal	OD Normal OI Normal	OD Normal OI Normal

Agudeza Visual lejos	Agudeza Visual Proximal	Con Corrección óptica	
OD 20/150	OD 20/20	A.Visual OD _____	AVisual OD _____
OI 20/60	OI 20/70	Lejos OI _____	Proximal OI _____

Visiòn de Colores:	Test de estereopsis
Normal	NO Estaraopsis

IDX	Uso de RX	Concepto:
Amatropia	Si	Amatropia

Observaciones:
daba utilizar antaojos permanentes

RECOMENDACIONES LABORALES

Control Anual	Usar protección visual	Remisión a:
Si	NO	Optometria

Yo _____ con C:C: _____

Certifico que no he omitido información sobre mi estado de salud, y hago constar que voluntariamente autorizo la realización de mi examen y el uso de los resultados de mi examen solamente para evaluar mi capacidad laboral.

Optómetra	
Dr. John Harold Diaz Robles Optómetra U de La Salle T.P. 79648416	
Firma	Trabajador examinado

Bogotà, Carrera 21 Nº 25 – 16 SUR TEL: 239

CamScanner