Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



DATOS PACIENTE

Nombres:	CLAUDIA IRENE SEGURA VERA
Tipo de Documento:	CC **Documento** 52211514
Sexo F	**F. Nacimiento:** 13/03/1974 **Edad:** 45 Años
Entidad:	PARTICULAR/SUR
Centro de Costo:	N/A
Cargo:	TERAPEUTA
Fecha de Atencion:	2020-01-10
Fecha y Hora entrega resultados:	10/01/2020 1.24 PM

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado la valoración Médico Ocupacional de PRE INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

VALORACION OPTOMETRICA. USO DE FORMULA VISUAL

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO	VISIOMETRIA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar.
Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): JULIE PAULINE ZAPATA RM: SO1010

Dra. Julie Pauline Zapata M.
Mat. SO1010

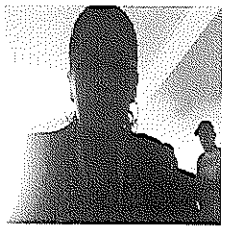
Firma y sello del Médico Evaluador

CLAUDIA IRENE SEGURA VERA
C.C 52211514
Firma del trabajador Evaluado

VISIOMETRIA

Fecha de impresión 10/01/2020 1.24 PM

FECHA DE EXAMEN 10/1/2020 **TIPO DE EXAMEN** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	CLAUDIA IRENE SEGURA VERA								
IDENTIFICACION	CC	52211514	**SEXO**	F	**EDAD**	45 Años	**FECHA DE NACIMIENTO**	13/03/1974	
LUGAR DE NACIMIENTO	BOGOTA						**GRUPO SANGUINEO**	O +	
PROCEDENCIA	**DEPARTAMENTO**	BOGOTÁ, D.C.					**MUNICIPIO**	BOGOTÁ, D.C.	
DIRECCION	NO REFIERE						**TELEFONOS**	3012832313	
ESTRATO	5	**ESCOLARIDAD**	PROFESIONAL				**ESTADO CIVIL**	CASADO (A)	

EPS	SANITAS E.P.S. S.A.		
ARL	NO REFIERE		
FONDO DE PENSIONES	NO REFIERE		
RAZON SOCIAL	PARTICULAR/SUR		
ACTIVIDAD ECONOMICA	NO REFIERE	**CARGO**	TERAPEUTA

ANTECEDENTES GENERALES

ANTECEDENTES OCULARES	USUARIA DE GAFAS

PRUEBA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

Nombre	Concepto	Observaciones
AMBOS OJOS	20/20	CC
OJO DERECHO	20/20	CC
OJO IZQUIERDO	20/20	CC
ESTEREOPSIS " SEG.	40"	CC
VISION CROMATICA	NORMAL	CC
FORIA VERTICAL	NORMAL	
FORIA LATERAL	NORMAL	

AGUDEZA VISUAL CERCANA

Nombre	Concepto	Observaciones
AMBOS OJOS	0.50 cm	CC
OJO DERECHO	0.50 cm	CC
OJO IZQUIERDO	0.50 cm	CC
ESTENOPEICO		

IMPRESION DIAGNOSTICA

H526: Otros trastornos de la refracción

RECOMENDCIONES

RECOMENDACIONES	CONTINUAR USO DE RX PERMANENTE, CONTROL OPTOMETRIA ANUAL.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): DIANA MORENO BALLESTEROS RM: 7818/2018

Optometra - U.L.
Reg. 3560

Firma y sello del Médico Evaluador

CLAUDIA IRENE SEGURA VERA
C.C
Firma del trabajador Evaluado