

Doc. Identidad	CC 80215580	Nombre	EDWIN ARIZA VASQUEZ	Fecha Nacimiento	07/05/1984
Entidad	PARTICULAR	Edad	40 años	Ocupación	PROMOTOR DE SALUD
H.C No	Ingreso <input checked="" type="checkbox"/>	Periódico	<input type="checkbox"/>	Retiro	<input type="checkbox"/>
	Post incapacidad <input type="checkbox"/>	Trabajo en alturas	<input type="checkbox"/>	Control	<input type="checkbox"/>
Empresa	EXM OCUPACIONAL-VISIOMETRIA	Cargo	PROMOTOR DE SALUD	Ingreso al SVE	<input type="checkbox"/>
Fondo de Pensión		Antigüedad del cargo		ARL	

## ANAMNESIS

Último Examen Visual 1 AÑO

Progresivo ☐ Filtros ☐ LC RGP ☐ LC BLANDO ☐ Frecuencia de uso: Permanente ☐ Ocasional ☐

Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? SI ☐ NO ☐ Cirugías: SI ☐ NO ☒ Cual?

Accidentes oculares SI ☐ NO ☐ Cual?

Signos y síntomas: Asintomático ☒ Disminución visual de cerca ☐ Disminución visual de lejos ☐ Cefaleas ☐ Resequedad ocular ☐

Ardor Ocular ☐ Lagrimeo ☐ Cansancio Ocular ☐ Irritación ☐ Fotofobia ☐ Prurito Ocular ☐ Salto de renglón ☐

Antecedentes personales y/o familiares

## AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD				20/20	20/20
OI				20/20	20/20
AO					

## LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			°	
OI			°	

## EXAMEN EXTERNO

OD		OI	
Segmento Anterior:	Hiperemia conjuntival <input type="checkbox"/>	Pterigio N <input type="checkbox"/>	Segmento Anterior:
Pterigio T <input type="checkbox"/>	Pingüecula <input type="checkbox"/>	Nevus <input type="checkbox"/>	Pterigio T <input type="checkbox"/>
Blefaritis seborreica <input type="checkbox"/>	Secreción <input type="checkbox"/>	Leucoma Corneal <input type="checkbox"/>	Blefaritis <input type="checkbox"/>
Ptos palpebral <input type="checkbox"/>	Otros:		Ptos palpebral <input type="checkbox"/>

## MOTILIDAD OCULAR

VL: ORTHO VP: ORTHO HISHBERG: CENTRADO

Ducciones: NORMAL Versiones: NORMAL PPC: 6 CM

## TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confor.
OD	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Discromatopsia <input type="checkbox"/> Ceguera al color <input type="checkbox"/>	40" DE ARCO	
OI	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Discromatopsia <input type="checkbox"/> Ceguera al color <input type="checkbox"/>		

## IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	OD	OI
Emetropía	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ametropía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disminución visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros:		

## INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Defecto refractivo adecuadamente corregido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defecto refractivo no corregido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gafas no formuladas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ☐ Valoración por oftalmología ☐

Control Visiometría ☒

## RETINOSCOPIA

Refracción:				Subjetivo:				DP:	
	Esfera	Cilindro	Eje		Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD				OD					
OI				OI					

## DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

## CONCEPTO

☐ Apto ☐ No Apto ☐ Aplazado

## RECOMENDACIONES

## OBSERVACIONES

*Sindy Paola Rodríguez Suárez*

*Sindy Paola Rodríguez Suárez*  
C.C. 1022340733  
OPTOMETRA  
UNIVERSIDAD DE LA SALLE

---

SINDY PAOLA RODRIGUEZ SUAREZ

Especialidad:

CC: 1022340733 RM: