GRUPO Health & Care S.A.S.
SEGURIDAD Y SALUD AL ALCANCE DE TODOS

NIT. 901.363.306-4

Dra. Carolina Chaparro Martínez
Optómetra U. de la Salle Especialista en Gerencia de Salud y Seguridad en el Trabajo - TP 52524224
Carrera 21 No. 25-24 sur • Barrio Olaya - Bogotá, D.C.
Celular: 312 7281731 - 313 8891028 - 311 5633431
Tel.: 601 445 7557 • Email: grupohealthcaresas@gmail.com

CERTIFICADO DE VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

OPTOMETRIA ☐ VISIOMETRIA ☒

Nombres y Apellidos: Bleidy Carolina Fonseca L | Identificación: cc X 52541135

Sexo F X M ☐ | Edad _____ años | Empresa Subred Sur | Fecha 10 10 24

EPS Famisanar | ARP Sura

CONSENTIMIENTO INFORMADO VALORACIÓN 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 valoración visual que se me va a realizar, que actúo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la valoración visual si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarrea. Que se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada, igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablará del tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Conozco que si no decido realizar los exámenes diagnósticos solicitados o no cumplo los tratamientos ordenados pueden presentarse reacciones adversas para mi salud.

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Ocupación	Tiempo en este Oficio	Exigencia Visual de Oficio
Aux de Enfermeria	4 años	Visión Lejana (20/200) Visión Próxima (20/200)

¿Considera que las condiciones en que trabaja son adecuadas para sus ojos? SI X NO ☐

¿Por qué? Cirugia Refractiva Hace 8 años

¿Utiliza alguna protección? SI ☐ NO ☐ ¿Cuál? _____

Oficios anteriores 1. _____ Tiempo _____ 2. _____ Tiempo _____

EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

Fecha último examen de Visiometria	Tiene lentes formulados	Último cambio	Utiliza la corrección actualmente
	SI X NO ☐		SI X NO ☐

Tipo de Lentes: Progresivos ☐ Bifocales ☐ Monofocales ☐ Lentes de contacto ☐ 2 pares de RX ☐

Forma de uso: Permanentes ☐ Ocasionales ☐ V. Lejana ☐ V. Próxima ☐ | Síntomas SI ☐ NO ☐ ¿Cuál? _____

Exámen Externo	Exámen Motor	Oftalmoscopia
OD: normal OI: normal	Normal X Anormal ☐	ODI Normal X Anormal ☐

Agudeza Visual	V. Próxima	PH	Con corrección
OD 20/40	OD 20/20	OD 11	OD 11.
OI 20/40	OI 20/20	OI 11	OI

Retinoscopia	RX Final
OD _____ AV _____ OI _____ AV _____	OD _____ AV _____ OI _____ AV _____

V Cromática Normal X Anormal ☐ Test de esteropsis 40 Segundos de arcos

IDX Miopia Astigmatismo | Uso de RX SI X NO ☐ | Interpretación: Paciente con dificultad en vision cercana.

Observaciones: Uso de Rx permanente y para el trabajo

RECOMENDACIONES LABORALES

Control Anual	Uso de Protección Visual	Remisión a la EPS
SI X NO ☐	SI X NO ☐	SI X NO ☐

Dra. Carolina Chaparro Martinez
ESP. EN GERENCIA DE RIESGOS LABORALES
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RES. 5666 4/JUN/2018
FIRMA OPTOMETRA

Bleidy Fonseca
FIRMA DEL PACIENTE

Powered by CamScanner