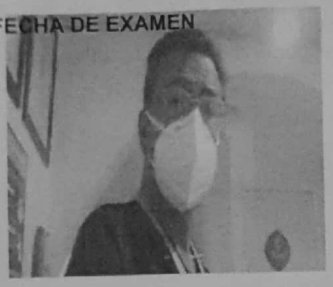
Cendiatra

VISIOMETRIA

Fecha de impresión: 2020/11/19
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA SUR	**DIRECCIÓN**	Autopista Sur (Transversal. 35) No. 32 B - 42 Sur, Barrio Villa Mayor
TELÉFONO		**EMAIL**	citas.sur@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2020-11-19	**TIPO DE EXAMEN**	OTROS



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JAIME ANDELFO ARIAS GUATIBONZA			Identificación CC	Nro 91231148
Fecha de Nacimiento	1964-04-22	**Edad**	56	**Sexo**	M
Empresa	PARTICULAR/SUR				
Cargo	MEDICO -NEUROCIRUJANO				
Fecha Ingreso	2020-11-19 13:19:40	**Fecha Salida**	2020-11-19 13:19:49		

DATOS EMPRESA

CARGO	MEDICO -NEUROCIRUJANO

EVOLUCION

ANTECEDENTES GENERALES

ANTECEDENTES OCULARES	USUARIO DE GAFAS VISION LEJANA

PRUEBA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

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

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AMBOS OJOS	0.75 cm
OJO DERECHO	0.75 cm
OJO IZQUIERDO	0.75 cm
FORIA LATERAL	NORMAL

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1	H526: Otros trastornos de la refracción
DIAGNOSTICO 2	H524: Presbicia

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES	CONTINUAR CON USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA, CONTROL VISUAL ANUAL

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Escaneado con CamScanner

Cendiatra

VISIOMETRIA

Fecha de impresión: 2020/11/19
www.cendiatra.com

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dra. Diana Moreno B.
Optómetra - U.L.S
Reg. 3569

DIANA MORENO BALLESTEROS
RM: 1033720809

JAIME ANDELFO ARIAS GUATIBONZA
CC 91231148

Escaneado con CamScanner