Cendiatra

VISIOMETRIA

Fecha de impresión: 2020/11/24
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2020-11-24	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	FABIO ALFONSO LANCHEROS NARANJO			Identificación CC	Nro 19208336
Fecha de Nacimiento	1953-09-04	**Edad**	67	**Sexo**	M
Empresa	PARTICULAR/NORTE				
Cargo	PEDIATRA				
Fecha Ingreso	2020-11-24 14:46:55	**Fecha Salida**	2020-11-24 14:50:40		

DATOS EMPRESA

CARGO	PEDIATRA

EVOLUCION

EVOLUCION	NA

ANTECEDENTES GENERALES

ANTECEDENTES OCULARES	NO REFIERE
ANTECEDENTES PATOLOGICOS	NO REFIERE
ANTENCEDENTES FAMILIARES	NO REFIERE

PRUEBA

PERIMETRIA	9

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AMBOS OJOS	20/30
OJO DERECHO	20/30
OJO IZQUIERDO	20/40
VISION CROMATICA	NORMAL
FORIA VERTICAL	NORMAL
FORIA LATERAL	NORMAL

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AMBOS OJOS	0.50 cm
OJO DERECHO	1 Mts.
OJO IZQUIERDO	0.50 cm
FORIA LATERAL	NORMAL

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1	H527: Trastorno de la refracción, no especificado

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES	CONTROL VISUAL ANUAL

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

Cendiatra

VISIOMETRIA

Fecha de impresión: 2020/11/24
www.cendiatra.com

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

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.

Optometra
C.C 1018446948

YUDITH ESTEFANYA GONZALEZ ANTIVAR
RM: 1018446948

FABIO ALFONSO LANCHEROS NARANJO
CC 19208336