

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: LUIS ALFONSO SALAZAR GUTIERREZ
 Fecha de Nacimiento: 1968-07-27
 Género: M
 Estado civil: OTRO
 Estrato: 1
 Dirección: CRA 84 N 28 41
 Acompañante:
 Empresa: PARTICULAR MEDICINA
 Ciudad - Sede: MEDELLIN
 TIPO EXAMEN: PREINGRESO

Identificación: CC: 85453475
 Edad: 56
 RH: A +
 Escolaridad: TECNOLOGICO
 Ciudad: MEDELLIN
 Teléfono: 3103731865
 Tel. Acompañante:
 Cargo: CONDUCTOR
 Sede: MEDELLIN CENTRO JUNIN
 ENFASIS: ENFASIS EN AREA DE CONDUCTOR,ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

VIOSIMETRIA OCUPACIONAL PAQ COND

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN

ENFASIS

RAZON SOCIAL
 CAMPO ADICIONAL 2
 PROFESION

DATOS EMPRESA

CAMPO ADICIONAL1
 CARGO

FORMATO MANUAL

FORMATO MANUAL
 ANTECEDENTES OCUPACIONALES

NO

ANTECEDENTES OCULARES

OBSERVACIONES

NO REFIERE

ACCIDENTE OCULAR

NO

OTROS

ANTECEDENTES FAMILIARES

OBSERVACIONES

NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES

ALTERACIONES TIROIDEAS
 DIABETES MELLITUS
 QUIRURGICOS
 FARMACOLOGICOS
 PATOLOGICOS
 RINITIS
 TRAUMA CRANEO ENCEFALICO
 HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA
 ENFERMEDADES CEREBRO VASCULAR
 OTROS
 OBSERVACIONES

NO

ACCIDENTE OCULAR

NO

NO

GLAUCOMA

NO

NO

CATARATAS

NO

NO

AMBLIOPIA

NO

NO

PATOLOGIA OCULAR

NO

NO

DEFECTOS REFRACTIVOS

NO

NO

PTERIGIO

NO

NO

TRATAMIENTOS ORTOPTICOS

NO

NO

CIRUGIA OCULAR

NO

NO

ESTRABISMO

NO

OBSERVACIONES
 PRUEBA CON CORRECCION OPTICA
 CERCA LEJOS VIS

NO

AGUDEZA VISUAL

CUAL

SIN CORRECCION OD
 SIN CORRECCION OI
 SIN CORRECCION AO

20/30

CON CORRECCION OD

20/30

CON CORRECCION OI

20/25

CON CORRECCION AO

SIN CORRECCION OD
 SIN CORRECCION OI
 SIN CORRECCION AO

20/25

CON CORRECCION OD

20/25

CON CORRECCION OI

20/20

CON CORRECCION AO

OBSERVACIONES

SIN ALTRACION APARENTE

PRUEBAS SENSORIALES

PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA

NORMAL - 15/15

ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) SEGUNDOS DE ARCO

40 SEGUNDOS DE ARCO

OBSERVACIONES

EVOLUCION

EVOLUCION

RECOMENDACIONES

USO DE CORRECCION VISUAL
 VALORACION POR OFTALMOLOGIA
 RECOMENDACIONES GENERALES

VISION PROLONGADA

USO DE EPV

VALORACION POR OPTOMETRIA

VALORACION COMPLEMENTARIA
 VIOSIMETRIA

Uso de corrección óptica ocasional o prolongada||Se sugiere control anual de optometria de forma rutinaria ||Su capacidad Visual está en los rangos aceptables para su ocupación, se indican controles rutinarios anuales con su óptometra.

TEST DE COLORES COMPLEMENTARIOS

IMPRESION DIAGNOSTICA

**BUENA AGUDEZA VISUAL
BUENA AGUDEZA VISUAL CON
CORRECCION OPTICA ACTUAL
DISMINUCION AGUDEZA VISUAL
VISION SUBNORMAL O BAJA VISION**

MENSUAL
TRIMESTRAL
ANUAL

1

REFRACTIVO

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES

CONTROLES

BIMENSUAL

SEMESTRAL

1

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. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

Lizeth Vergara Delbarre

11-83463-73

Firma:
Nombre: LIZETH VERGARA DEL BARRE
R.M. / TP: 08-5486

Firma: _____
Nombre: _____
Documento: _____