

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	LUIS ALFONSO SALAZAR GUTIERREZ	Identificación:	CC: 85453475
Fecha de Nacimiento:	1968-07-27	Edad:	56
Género:	M	RH:	A +
Estado civil:	OTRO	Escolaridad:	TECNOLOGICO
Estrato:	1	Ciudad:	MEDELLIN
Dirección:	CRA 84 N 28 41	Teléfono:	3103731865
Acompañante:		Tel. Acompañante:	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	Cargo:	CONDUCTOR
Ciudad - Sede:	MEDELLIN	Sede:	MEDELLIN CENTRO JUNIN
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	ENFASIS:	ENFASIS EN AREA DE CONDUCTOR,ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

VISIOMETRIA 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 NO

ANTECEDENTES OCULARES
OBSERVACIONES
EN LA EMPRESA ACTUAL

NO REFIERE

ACCIDENTE OCULAR NO

ANTECEDENTES FAMILIARES
OBSERVACIONES

NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES

ALTERACIONES TIROIDEAS NO
DIABETES MELLITUS NO
QUIRURGICOS NO
FARMACOLOGICOS NO
PATOLOGICOS NO
RINITIS NO
TRAUMA CRANEO ENCEFALICO NO
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA NO
ENFERMEDADES CEREBRO VASCULAR NO
OTROS NO
OBSERVACIONES NO REFIERE

ACCIDENTE OCULAR NO
GLAUCOMA NO
CATARATAS NO
AMBLIOPIA NO
PATOLOGIA OCULAR NO
DEFECTOS REFRACTIVOS NO
PTERIGIO NO
TRATAMIENTOS ORTOPTICOS NO
CIRUGIA OCULAR NO
ESTRABISMO NO

AGUDEZA VISUAL
CUAL

PRUEBA CON CORRECCION OPTICA CERCA LEJOS VIS NO

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD 20/30
SIN CORRECCION OI 20/30
SIN CORRECCION AO 20/25

CON CORRECCION OD
CON CORRECCION OI
CON CORRECCION AO

VISION PROXIMA

SIN CORRECCION OD 20/25
SIN CORRECCION OI 20/25
SIN CORRECCION AO 20/20

CON CORRECCION OD
CON CORRECCION OI
CON CORRECCION AO

MOTILIDAD OCULAR

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 CORRECCIÓN VISUAL VISION PROLONGADA
VALORACION POR OFTALMOLOGIA
RECOMENDACIONES GENERALES

USO DE EPV
VALORACION POR OPTOMETRIA

RECOMENDACIONES-TEXTOS

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

TEST DE COLORES COMPLEMENTARIOS

IMPRESION DIAGNOSTICA

BUENA AGUDEZA VISUAL 1
BUENA AGUDEZA VISUAL CON
CORRECCION OPTICA ACTUAL
DISMINUCION AGUDEZA VISUAL
VISION SUBNORMAL O BAJA VISION

MENSUAL
TRIMESTRAL
ANUAL 1

REFRACTIVO

OBSERVACIONES
OBSERVACIONES

OBSERVACIONES
OBSERVACIONES

CONTROLES

BIMENSUAL
SEMESTRAL

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 DEL BARRE
C.C. 1.140.940.077 de Barranquilla


ca. 03651476

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

Firma: _____
Nombre: _____
Documento: _____