	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN VISUAL (OPTOMETRÍA / VISIOMETRÍA)	CODIGO:
		VERSION:
		FECHA: 10
		PAGINAS: 1 de 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN VISUAL (OPTOMETRÍA / VISIOMETRÍA)

Ciudad y Fecha: _____

Tipo de Evaluación: () Preingreso () Periódica () Egreso () Otra: _____

DATOS DE LA PACIENTE (TRABAJADORA):

- Nombre Completo: _____
- Tipo y N° Documento: _____
- Empresa Contratante: _____
- Cargo (al que aspira o desempeña): _____

1. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Evaluar la capacidad visual del trabajador (agudeza visual, percepción de colores, visión de profundidad), como parte de la vigilancia epidemiológica en SST, especialmente para cargos que demandan precisión visual (conducción, digitación, trabajo de detalle).

2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Es una prueba **no invasiva** que, según el caso, puede incluir:

1. **Visiometría (Tamizaje):** Prueba de agudeza visual y colores mediante un equipo (Visiómetro).
2. **Optometría:** Valoración completa por un Optómetra, incluyendo lectura de cartas (Snellen) y uso de equipos de diagnóstico.

3. DETALLES DEL PROCEDIMIENTO AUTORIZADO

(Espacio para ser diligenciado por el personal de Evalúa Salud IPS)

[] Visiometría (Tamizaje) [] Optometría (Completa)

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Gustavo Orozco Daza Cargo: Líder Gestión Clientes	Nombre: Doc. Liliana Pérez. Cargo: Líder Médico	Nombre: Dr. William Javier Morales. Cargo: Gerente General.

4. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

- Detectar tempranamente defectos de refracción (miopía, astigmatismo) o patologías visuales.
- Prevenir accidentes de trabajo asociados a una deficiente capacidad visual.
- Generar recomendaciones de SST (ej. uso de correctores, pausas visuales).

5. RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Este procedimiento es **no invasivo** y no implica ningún riesgo físico.

6. PRECAUCIONES AL REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Si usted usa gafas o lentes de contacto formulados, por favor tráigalos al examen e informe al profesional.

7. OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES

La alternativa a este procedimiento es el **Rechazo**.

8. NORMATIVIDAD Y CONFIDENCIALIDAD (ACTUALIZACIÓN RES. 1843 DE 2025)

Le garantizamos la **confidencialidad absoluta** de sus resultados (según lo mandata la **Res. 1843 de 2025**). El empleador **NUNCA** conocerá sus diagnósticos visuales. Solo recibirá el Certificado de Aptitud Laboral.

9. DECLARACIÓN DE VOLUNTAD

Yo, _____, identificado con C.C. _____, certifico que:

1. He leído y comprendido la totalidad de este documento.

Por lo tanto, de manera libre y consciente, decido (MARQUE UNA SOLA OPCIÓN):


☐ **ACEPTO**

Que se me realice la Evaluación Visual marcada en el Numeral 3.

☐ **RECHAZO**

Que se me realice la Evaluación Visual.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Gustavo Orozco Daza Cargo: Líder Gestión Clientes	Nombre: Doc. Liliana Pérez. Cargo: Líder Médico	Nombre: Dr. William Javier Morales. Cargo: Gerente General.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN VISUAL (OPTOMETRÍA / VISIOMETRÍA)	CODIGO:
		VERSION:
		FECHA: 10
		PAGINAS: 3 de 3

Nota Profesional: Comprendo que el rechazo a la toma de esta prueba, la cual ha sido definida por mi empleador como un **control indispensable** basado en la matriz de riesgos del cargo (Decreto 1072/2015), **impide que el proceso de evaluación de aptitud laboral pueda completarse**. Declaro entender que, al desconocerse datos críticos de SST, **Evalúa Salud IPS** no podrá continuar con el proceso de certificación de aptitud para la función específica, y el Médico Especialista deberá registrar este rechazo y sus implicaciones en el concepto final.

PARA SER DILIGENCIADO POR LA PACIENTE (TRABAJADORA):

Firma: _____ C.C.: _____

PARA SER DILIGENCIADO POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD

Firma: _____ Registro Profesional: _____

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Gustavo Orozco Daza Cargo: Líder Gestión Clientes	Nombre: Doc. Liliana Pérez. Cargo: Líder Médico	Nombre: Dr. William Javier Morales. Cargo: Gerente General.