

EXAMENES PARA CLINICOS  
EXAMEN DE OPTOMETRIA

HISTORIA CLINICA DE LA CONSERVACION VISUAL

NIT. 900.876.584-3

LIC. S.O No. 004893

Nombre WIS Carlos Henrique C.C 1090438912 Edad 27.  
 Fecha: 9-7-19 Empresa Coosutuel.  
 Area:  Cargo Asist. en Sist. de Salud.  
 Fecha de Ingreso  Fecha ultimo examen 1-7-20  
 Ingreso \_\_\_\_\_ Periodico X Egreso \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES LABORALES								
EMPRESA	CARGO	SECCION	EXPOSICION FACTORES DE RIESGO			PROTECCION PERSONAL		
			SI	NO	DESCRIPCION	SI	NO	TIPO

TIEMPO EN EMPRESA	PROMEDIO HORAS EXPOSICION	CONSECUENCIAS OCULO-VISUALES EXPOSICION A FR

ANTECEDENTES PERSONALES					
DESCRIPCION	SI	NO	DESCRIPCION	SI	NO
HIPERTENCION		X	EXPOSICION FRECUENTE AL CIGARRILLO		)
DIABETES		X	INGESTA FRECUENTE DE LICOR		)
ALERGIAS		X	CONSUMO DE ALGUN MEDICAMENTO		X
PROBLEMAS CARDIOVASCULARES		X	HA TENIDO CIRUGIAS		
REALIZA EJERCICIO FISICO FRECUENTE		X	HA TENIDO TRAUMAS SEVEROS		

Observaciones: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES OCULARES					
DESCRIPCION	SI	NO	DESCRIPCION	SI	NO
HA USADO GAFAS	X		HA UTILIZADO ALGUN MEDICAMENTO		)
HA SUFRIDO DE ALGUNA PATOLOGIA		X	HA SUFRIDO TRAUMAS OCULARES		)
HA SIDO OPERADO DE LOS OJOS		X	LE HAN CAIDO BASURAS O ESQUELAS EN LOS OJOS		

ANTECEDENTES FAMILIARES						
FAMILIARES CON DEFECTOS DE REFRACCION					SI	NO
FAMILIARES CON PATOLOGIAS OCULARES (CATARATAS, PTERIGIO, DALTONISMO, GLAUCOMA, DMS)					X	

Observaciones: abuelo

DESCRIPCION DEL PUESTO DE TRABAJO								
DESCRIPCION	Bueno	Regular	Malo	DESCRIPCION	Bueno	Regular	Malo	
ILUMINACION				TRATAMIENTO CONTRA REFLEJOS				
POSICION ERGONOMICA				PROTECCION INDUSTRIAL				

**VALORACIÓN OCULO-VISUAL ANAMNESIS**

DESCRIPCION	SI	NO	DESCRIPCION	SI	NO
DIFICULTAD PARA VER DE LEJOS			ARDOR OCULAR		
DIFICULTAD PARA VER DE CERCA			DOLOR OCULAR		
VISION BORROSA INTERMITENTE			SECRECION		
CANSANCIO VISUAL			ENROjecimiento OCULAR		
DOLOR DE CABEZA			FOTOFOBIA		
CASPA EN EL BORDE DE LAS PESTAÑAS			VISION DOBLE		
PICOR PRECUENTE			SENSACION DE ARENILLA(ESCOZOR)		

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECION	CON CORRECION	RX USO	ESPERA	CILINDRICO	EJE	Add
VL	OD 20/100	20/20	OD	-100	-020	90	
	OI 20/100	20/20	OI	-125	-020	70	
VP	OD OS	OS					
	OI OS	OS					

EXAMEN EXTERNO	
D.P _____	
OJO DOMINANTE _____	
SCHIBERG <u>Centrado</u>	
PPC _____	
COVER TEST <u>Q</u>	
OBSERVACIONES <u>Hipermetria</u>	
RX FINAL AV	
OD	_____
OI	_____
ADD	_____

OFTALMOSCOPIA	
OD	<u>medio transparente</u>
OI	<u>medio transparente</u>
REFRACCION AV	
OD	<u>-100 -020 x 90</u>
OI	<u>-125 -020 x 90</u>
DIAGNOSTICO <u>Astigmatismo myopico</u>	
DISPOSICION <u>uso permanente</u> <u>Contornos con R</u>	

NOMBRE Y REGISTRO OPTOMETRIA

*J. Gómez*  
Optometrista  
Especialist. en Salud Visual