



TAMIZAJE VISUAL OCUPACIONAL

Fecha de Examen	DD	MM	AAAA	Orden Servicio No.		Foto
Tipo de Examen	Pre-Ingreso		Periódico	Reubicación	Cambio de Ocupación	
	Egreso		Post-Incapacidad	Reintegro Laboral	Seguimiento	
	No Aplica					
Énfasis en	Trabajo en Alturas			Espacios Confinados		
	Manipulación de Alimentos			Manipulación Productos Farmacéuticos		
	Manipulación Sustancias Químicas			Osteomuscular		
	Conducción de Vehículo			Osteomuscular (Fisioterapeuta)		
	Dermatológico			Brigadista		
	Cardiovascular			Pruebas Psicosensométricas		
	Neurológico			Exposición a Radiaciones Ionizantes		
	Sistema Fonatorio			Trabajo Riesgo Eléctrico		
	Riesgo para COVID-19			No Aplica		
Ciudad						
Empresa Convenio						
Empresa Usaria						

II. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombres				Apellidos					
Tipo Identificación	Cédula de Ciudadanía			Cédula de Extranjería	Pasaporte				
	Permiso Especial de Permanencia			Permiso por Protección Temporal	Registro Civil				
	Tarjeta de Identidad								
No. Identificación				Sexo	Femenino	Masculino			
Grupo Étnico	Indígena			ROM (Gitano)					
	Raizal (archipiélago de San Andrés y Providencia)			Palanquero de San Basilio					
	Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afro descendiente			Negro(a)					
	Afrocolombiano(a)			Ninguna de las anteriores					
Nacionalidad				Fecha Nacimiento	DD	MM	AAAA	Edad	años
Estado Civil	Soltero Casado Unión Libre Separado Divorciado Viudo			Composición Familiar			personas		
Nivel Educativo	Preescolar			Básica Primaria	Básica Secundaria			Media Académica o Clásica	
	Media Técnica			Normalista	Técnica Profesional			Tecnológica	
	Profesional			Especialización	Maestría			Doctorado	
	Ninguno								
Profesión u Oficio									
Ciudad				Dirección				Estrato	
Zona de Residencia	Urbana Rural			Localidad/Comuna					
Teléfonos				Correo Electrónico					
Discapacidad	Sin Discapacidad			Discapacidad Física			Discapacidad Visual		
	Discapacidad Intelectual			Discapacidad Sicosocial (Mental)			Sordoceguera		
							Discapacidad Múltiple		
Tiene certificado de discapacidad?									
Si No									
EPS	ARL			AFP					
Acompañante/Responsable	Tipo			Acompañante			Responsable		
	Parentesco			Madre Padre Abuelo/a Hermano/a Tio/a Conyuge Otro					
	Cédula			Nombres y Apellidos					
	Dirección						Teléfono		

III. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar				Área de Trabajo					
Descripción Cargo									
Turno de Trabajo	Desconoce			Diurno	Nocturno	Rotativo			
Rango Salarial	Desconoce			Menor a 2 SMMLV	Entre 2 y 5 SMMLV	Mayor a 5 SMMLV			
Fecha Ingreso Empresa	DD	MM	AAAA	Antigüedad en Empresa	años	meses	Antigüedad en el Cargo	años	meses
Factores de Riesgo Visual para el cargo a desempeñar				Desconoce		Suministrados por el trabajador		Suministrados por la empresa	
Exposición a Factores Riesgo Visual				Si No					
				Pantalla Computador		Iluminación Inadecuada		Alta Exigencia Visual	
				Calor		Material de Laboratorio		Exposición a Gas o Vapor	
				Material Particulado		Soldadura		Sustancias Inflamables	
				Radiaciones		Fibras		Polvo	

**III. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL**

Uso de Elementos de Protección Visual	Otros	
	Si	No
	Monogafas	Careta
	Lentes Fotosensibles	Otro

IV. EXAMEN VISUAL

Corrección Habitual	Fecha Último Control Visual	Menos de 6 meses	Un año	Más de un año		
		No recuerda	Nunca realizado			
	Usa lentes con fórmula	Si	No			
	Tipo de Lentes	Monofocales	Bifocales	Trifocales		
		Progresivos	Enfoque Ajustable	Asféricos		
De contacto						
Agudeza Visual	Frecuencia de Uso	Permanente	Ocasional	Lejos	Cerca	
	Visión Lejana	Sin corrección	Ojo Derecho		Ojo Izquierdo	
		Con corrección	Ojo Derecho		Ojo Izquierdo	
	Visión Próxima	Sin corrección	Ojo Derecho		Ojo Izquierdo	
		Con corrección	Ojo Derecho		Ojo Izquierdo	
Estado Motor	Ojo Derecho	Normal	Anormal			
	Ojo Izquierdo	Normal	Anormal			
Examen Externo	Ojo Derecho					
	Ojo Izquierdo					
Visión Cromática	Normal	Anormal				
Visión Profundidad	Normal	Anormal				
Visión Periférica	Normal	Anormal				

V. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Diagnóstico Principal CIE-10	
------------------------------	--

VI. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Recomendaciones	Uso de fórmula de lentes	Adecuadamente corregido, continuar con uso de lentes
	Cambio de fórmula de lentes	Uso de protección visual adecuada al riesgo
	Incluir al sistema de conservación visual	Remisión a optometría
	Control optométrico anual	Remisión a oftalmología
	Remisión a ortóptica	Otra
Otras Recomendaciones		
Observaciones		

Firma Especialista

Firma del Usuario