	<b>ANAMNESIS OFTALMOLÓGICA</b>	FECHA APROBACIÓN: 2016-03-30
	<b>FORMATO</b>	VERSIÓN: 001 PÁGINA 1 DE 2 CÓDIGO: HGDC-CAL-SSO-FORM-AOF

<b>DATOS DEL TRABAJADOR:</b>	
Apellidos y Nombres:	
Cedula de identidad:	
Área de Trabajo:	Puesto:
Años de Trabajo con PVC:	Trabajos Anteriores:


<b>ANAMNESIS OFTALMOLÓGICA:</b>			
¿Ha padecido alguna de estas enfermedades relacionadas con la visión? (Marque con una X)			
Exoftalmia	<input type="checkbox"/>	Asimetría	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	Blefaritis	<input type="checkbox"/>
Chalazión	<input type="checkbox"/>	Opacidad Corneal	<input type="checkbox"/>
Estrabismo		<input type="checkbox"/>	
Orzuelos		<input type="checkbox"/>	
Arco Senil		<input type="checkbox"/>	
OTROS:			

<b>AGUDEZA VISUAL:</b>			
En el último año su visión :			
Mejoro	<input type="checkbox"/>	Empeoro	<input type="checkbox"/>
Esta igual		<input type="checkbox"/>	
Usa lentes:			
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si	<input type="checkbox"/>	Para cerca	<input type="checkbox"/>
		Para lejos	<input type="checkbox"/>
		Para cerca y lejos	<input type="checkbox"/>
Año en que se puso los lentes:			
Año de la última medición			

<b>PREGUNTAS:</b>			
Tipo de tarea actual:			
Inserción de datos	<input type="checkbox"/>	Dialogo Interactivo	<input type="checkbox"/>
Otros.....	<input type="checkbox"/>	Digitación	<input type="checkbox"/>
¿Alterna Trabajo de PVC con otras actividades?			
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Media de trabajo con pantalla / semana:			
Ritmo de trabajo:	Libre	<input type="checkbox"/>	Continuo
			<input type="checkbox"/>
¿Su trabajo es?	Interesante	<input type="checkbox"/>	Monótono
			<input type="checkbox"/>
¿Porque?			
.....			

Durante su trabajo se siente molesto/a por:			
1. Falta de nitidez de los caracteres	Sí	<input type="checkbox"/>	No
			<input type="checkbox"/>
2. El centello de los caracteres o del fondo	Sí	<input type="checkbox"/>	No
			<input type="checkbox"/>
3. Los reflejos de la pantalla	Sí	<input type="checkbox"/>	No
			<input type="checkbox"/>
4. La iluminación artificial	Sí	<input type="checkbox"/>	No
			<input type="checkbox"/>
5. La iluminación Natural	Sí	<input type="checkbox"/>	No
			<input type="checkbox"/>



	<b>ANAMNESIS OFTALMOLÓGICA</b>	<b>FECHA APROBACIÓN:</b> 2016-03-30 <b>VERSIÓN:</b> 001
	<b>FORMATO</b>	<b>PÁGINA 2 DE 2</b> <b>CÓDIGO:</b> HGDC-CAL-SSO-FORM-AOF

<b>Durante o después del trabajo, siente usted:</b>	<b>Muy a menudo</b>	<b>A veces</b>	<b>Raramente</b>	<b>Nunca</b>
Prurito en los ojos				
Quemazón en los ojos				
Sensación de ver peor				
Sensación de visión borrosa				
Dolores de cabeza				
Deslumbramiento, luces				

**¿Padece frecuentemente alguna de las siguientes alteraciones? Indique cuáles**

Alteración del sueño	<input type="checkbox"/>	Angustia	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	Cansancio	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	Cefaleas	<input type="checkbox"/>	Diarreas	<input type="checkbox"/>	Irritabilidad	<input type="checkbox"/>
Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	Olvidos frecuentes	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	Temblores	<input type="checkbox"/>
Dificultad de concentración	<input type="checkbox"/>			Trastornos digestivos	<input type="checkbox"/>		

¿Ha cursado con baja? Si o No

¿Cuál?  
.....

<b>FIRMAS</b>	
<b>Medico Ocupacional HGDC</b>	<b>Empleado</b>
Nombre	Nombre:

