



INSTRUCTIVO APERTURA DE HISTORIA CLINICA

PASOS A SEGUIR:

Antes de iniciar el proceso de apertura de historia clínica, lea con mucha atención estas instrucciones:

Los procedimientos y exámenes que debe realizar son:

1. EXAMEN OPTOMÉTRICO

Este debe practicarse con anticipación a la citación. Para realizarlo, acuda a cualquier **optómetra** certificado quien deberá diligenciar **COMPLETAMENTE** el formato adjunto al presente instructivo. **NO se recibirán** exámenes de salud visual Incompletos, ni en formatos diferentes al que se ANEXA. **No olvide llevar a la consulta el formato adjunto (examen de salud visual) – si usa lentes, también llévelos.**

2. EXÁMENES DE LABORATORIO

Estos deben practicarse con anticipación a la citación, deben ser realizados en cualquier laboratorio certificado que usted elija. Los exámenes obligatorios son: **Serología, Cuadro Hemático, Parcial de Orina y Hemoclasificación.**

2.2 Para realizar los exámenes solicitados, realice en ayunas la toma de la muestra de orina.

Para la **toma de la muestra de orina** tenga en cuenta las siguientes indicaciones:

- Abstenerse de realizar actividad sexual el día anterior.
- * Con la debida anticipación, compre un frasco estéril; se consigue en cualquier droguería.
- Lávese las manos y la región genital con suficiente agua. Séquese con toalla limpia.
- Recolecte en el frasco una muestra de orina **suficiente.**

2.3 Para la **muestra de sangre** realice los procedimientos que le indique el laboratorio.

2.4 Los **resultados de laboratorio** deben ser legibles y tener logotipo y sello para ser reconocidos por el Área de Salud. – **NO OLVIDE TRAERLOS EN LA FECHA QUE LES CORRESPONDE.** Si tiene exámenes de laboratorio con fechas no superiores a 6 meses puede traerlos.

3. **EXAMEN MÉDICO** (Lo realiza la Universidad en el proceso de apertura de historia clínica una vez es citado el estudiante)

4. **VALORACION DE INGRESO POR FONOAUDIOLOGIA.** *Este debe practicarse con anticipación a la citación de apertura de Historia Clínica* (Incluye audiometría con su respectiva certificación)

5. SESIÓN INFORMATIVA Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA

En el marco de la semana de inducción, usted debe presentarse en el Consultorio de Atención Básica Inicial de la Sede Orinoquia y realizar la entrega de los exámenes para que sea informado sobre la fecha y hora en que le corresponde realizar la apertura de la historia clínica.

IMPORTANTE: Para esta actividad es indispensable traer una (1) fotografía de 3x4 cm.

SALUD VISUAL

ESTE FORMATO DEBE SER DILIGENCIADO COMPLETAMENTE POR UN OPTOMETRA CERTIFICADO Y ES EL UNICO VÁLIDO PARA EL PROCESAMIENTO DE LA APERTURA DE HISTORIA CLÍNICA INTEGRAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Nombre Documento de Identidad

Edad:

ANAMNESIS

Antecedentes Familiares:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Estrabismo |
| <input type="checkbox"/> Defectos de refracción | <input type="checkbox"/> Pterigios |
| <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> Queratocono |
| <input type="checkbox"/> Problemas de glicemia | <input type="checkbox"/> Glaucoma |

Antecedentes Oculares:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Uso de lentes |
| <input type="checkbox"/> Tto. De ortóptica |
| <input type="checkbox"/> Cirugía |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis |

Usa RX

SI NO

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Permanentes |
| <input type="checkbox"/> Para leer |
| <input type="checkbox"/> Visión lejana |
| <input type="checkbox"/> Fijación prolongada |

Refiere Síntomas:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cefalea | <input type="checkbox"/> Pérdida de renglón |
| <input type="checkbox"/> Cansancio | <input type="checkbox"/> Mala visión de cerca |
| <input type="checkbox"/> Ardor | <input type="checkbox"/> Mala visión de lejos |
| <input type="checkbox"/> Lagrimeo | <input type="checkbox"/> Migraña |
| <input type="checkbox"/> Enrojecimiento | <input type="checkbox"/> Otros |

Cuáles? _____

Rx que usa:

	Esfera	Cilindro	Eje
O.D.			
O.I.			

Fecha último Examen

Día	Mes	Año

EXAMEN EXTERNO

Normal Patológico Especifique: _____

Agudeza visual con Rx

SI NO

	Lejos	Cerca
O.D.		
O.I.		

Oftalmoscopia

Normal Patológico

Especifique: _____

DUCCIONES Y VERSIONES

Covertest

Lejos _____ C.T. Cerca _____ P.P.C. _____ D.P. _____ Ojo dominante _____

QUERATOMETRIA

O.D. _____

O.I. _____

RETINOSCOPIA

Dinámica Estática

	Esfera	Cilindro	Eje	A.V.
O.D.				
O.I.				

SUBJETIVO

	Esfera	Cilindro	Eje	A.V.
O.D.				
O.I.				

PROXIMO CONTROL

- 6 Meses
 12 Meses
 24 Meses

DIAGNOSTICOS

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Emotropía | <input type="checkbox"/> Queratocono |
| <input type="checkbox"/> Astigmatismo miópico | <input type="checkbox"/> Estrabismo |
| <input type="checkbox"/> Astigmatismo mixto | <input type="checkbox"/> Presbicia |
| <input type="checkbox"/> Miopía simple | <input type="checkbox"/> Anisometropía |
| <input type="checkbox"/> Hipermetropía simple | <input type="checkbox"/> Astigmatismo hipermetrópico |
| <input type="checkbox"/> Ambliopía | <input type="checkbox"/> Otros diagnósticos |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia de convergencia | |

Requiere: _____

En su examen optométrico se encontró que: (marque con una X)

1 No presenta, por el momento, ningún defecto visual.	
2 La corrección que utiliza es adecuada.	
3 Tiene un defecto visual que debe corregir antes de iniciar clases en la Universidad Nacional.	
4 La corrección que utiliza es inadecuada, por lo tanto debe actualizarla.	
5 Tiene insuficiencia de convergencia. Su PPC es de _____ cms. Debe asistir a taller de ortoptica.	
6 Requiere mejorar reservas fusionales. Debe asistir a taller de ortoptica.	
7 Tiene problemas de acomodación.	
8 Tiene algún factor de riesgo en salud visual.	

 Nombre del Optómetra Registro Número Firma Fecha de Examen