

FORMATO DE RESULTADOS

DOC.IDENTIDAD :	72539751	F.NACIMIENTO	1997-05-21	EDAD :	24.0
APELLIDOS Y NOMBRES:	FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO (SEXO : MASCULINO)				
EMPRESA :	FERREYROS SOCIEDAD A(CRC)				
TIPO EXAMEN :	OCUPACIONAL	PERFIL	MEDICINA		
PUESTO LABORAL :	N/A				

Yo, FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO identificado(a) con DNI N.º 72539751 de 24.0 años. De ocupación N/A en pleno uso de mis facultades mentales, y de mis derechos de salud, en cumplimiento del artículo 25 de la Ley 26842, Ley General de Salud, luego de haber recibido y entendido la información brindada con claridad por el personal médico de la CLÍNICA ALIVIARI con respecto al Examen Médico Ocupacional, así mismo, entendiendo mi derecho de exigir la reserva del acto médico, y de consentir los procedimientos que se me realicen, por medio de la presente autorizo y doy CONSENTIMIENTO que se me practique el examen médico y todos los procedimientos aplicables relacionados al mismo, conforme a lo solicitado por mi empleador.

Así mismo, doy mi CONSENTIMIENTO para que los resultados, recomendaciones y conclusiones médicas sean remitidos al área de Medicina Ocupacional de mi empresa para su evaluación y tramite conforme a la R. M. 312-2011/MINSA.

Soy conocedor que la firma del presente documento no es de carácter irrevocable y que el cualquier momento y sin necesidad de dar explicación alguna puedo expresar la revocación del consentimiento

FIRMA	HUELLA

FORMATOS DE ESPECIALES

DOC.IDENTIDAD :	72539751	F.NACIMIENTO	1997-05-21	EDAD :	24.0
APELLIDOS Y NOMBRES:	FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO (SEXO : MASCULINO)				
EMPRESA :	FERREYROS SOCIEDAD A(CRC)				
TIPO EXAMEN :	OCUPACIONAL	PERFIL	MEDICINA		
PUESTO LABORAL :	N/A				

Yo, FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO identificado(a) con DNI N.º 72539751 de 24.0 años. De ocupación N/A

FIRMA	HUELLA

FORMATOS DE ESPECIALES

DOC.IDENTIDAD :	72539751	F.NACIMIENTO	1997-05-21	EDAD :	24.0
APELLIDOS Y NOMBRES:	FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO (SEXO : MASCULINO)				
EMPRESA :	FERREYROS SOCIEDAD A(CRC)				
TIPO EXAMEN :	OCUPACIONAL	PERFIL	MEDICINA		
PUESTO LABORAL :	N/A				

Yo, FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO identificado(a) con DNI N.º 72539751 de 24.0 años. De ocupación N/A, entiendo que someterse a un Análisis de Droga y/o Alcohol es una condición del empleo con este empleador. Entiendo además que, si los resultados de mi prueba fueran positivos o me negara al análisis, seré sujeto de acción disciplinaria por parte de la compañía, incluyendo posible despido.

Entiendo así mismo, que una muestra alterada o adulterada será considerada una negativa a la prueba, que puede resultar en un posible despido.

Por la presente doy mi consentimiento a que se revelen los resultados de mi análisis de orina y/o sangre a la(s) persona(s) o departamento(s) o agente especificado de mi empleador, con el fin de determinar la presencia de alcohol y/o drogas en mi cuerpo mientras dure mi empleo.

Autorizo a la compañía a discutir los resultados con sus asesores legales y a usar los resultados de la prueba como defensa para cualquier acción legal de la que yo sea parte.

Además libero a la CLÍNICA ALIVIARI de cualquier responsabilidad que surja de la comunicación de los resultados, reporte escrito, registros médicos y datos relacionados con la prueba a los funcionarios correspondientes del Empleador.

ACEPTO comunicar los resultados a la compañía y/o funcionario de Revisión Médica de la Empresa.

FIRMA	HUELLA

FORMATOS DE ESPECIALES

DOC.IDENTIDAD :	72539751	F.NACIMIENTO	1997-05-21	EDAD :	24.0
APELLIDOS Y NOMBRES:	FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO (SEXO : MASCULINO)				
EMPRESA :	FERREYROS SOCIEDAD A(CRC)				
TIPO EXAMEN :	OCUPACIONAL	PERFIL	MEDICINA		
PUESTO LABORAL :	N/A				

Yo, FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO identificado(a) con DNI N.º 72539751 de 24.0 años. De ocupación N/A, he sido informada de los beneficios del análisis sérico de laboratorio devenido del dosaje de la Hormona Gonadotropina Coriónica Humana - HCG previo al examen radiológico.

He tenido la oportunidad de efectuar preguntas sobre el análisis, el procedimiento, y he recibido respuestas satisfactorias y suficientes.

También he sido informada sobre la protección de mis datos personales, mismos que serán incluidos en mi examen médico según el DS-055-2010-EM.

En consideración a lo anteriormente mencionado, otorgo mi consentimiento y permito que se me tome la muestra de sangre para que luego sea utilizada para alcanzar los objetivos de la evaluación médica en la Clínica Aliviari.

El presente documento se ampara en el Artículo 15, octavo párrafo de la Ley General de Salud N° 26842.

FIRMA	HUELLA

FORMATOS DE ESPECIALES

DOC.IDENTIDAD :	72539751	F.NACIMIENTO	1997-05-21	EDAD :	24.0
APELLIDOS Y NOMBRES:	FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO (SEXO : MASCULINO)				
EMPRESA :	FERREYROS SOCIEDAD A(CRC)				
TIPO EXAMEN :	OCUPACIONAL	PERFIL	MEDICINA		
PUESTO LABORAL :	N/A				

Yo, FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO identificado(a) con DNI N.º 72539751 de 24.0 años. De ocupación N/A declaro aceptar que se me realice el examen médico ocupacional y doy fe de que la información brindada al Centro Médico Evaluador (CLINICA ALIVIARI) encargado del examen médico ocupacional es verídica.

Además doy mi consentimiento para que mantenga en custodia toda la información resultante de mi examen médico ocupacional, así mismo entregue la misma al MÉDICO OCUPACIONAL de la empresa para su información y fines correspondientes.

FIRMA	HUELLA

FORMATOS DE ESPECIALES

DOC.IDENTIDAD :	72539751	F.NACIMIENTO	1997-05-21	EDAD :	24.0
APELLIDOS Y NOMBRES:	FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO (SEXO : MASCULINO)				
EMPRESA :	FERREYROS SOCIEDAD A(CRC)				
TIPO EXAMEN :	OCUPACIONAL	PERFIL	MEDICINA		
PUESTO LABORAL :	N/A				

Yo, FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO identificado(a) con DNI N.º 72539751 de 24.0 años. De ocupación N/A declaro aceptar que se me realice el examen de Reagina Plasmática Rápida, la prueba de RPR no es para diagnóstico de Sífilis sino para detectar la presencia de anticuerpos presentes en la sangre de personas que pueden tener la enfermedad. De salir positivo, debe realizarse una prueba confirmatoria más específica.

FIRMA	HUELLA

FORMATOS DE ESPECIALES

DOC.IDENTIDAD :	72539751	F.NACIMIENTO	1997-05-21	EDAD :	24.0
APELLIDOS Y NOMBRES:	FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO (SEXO : MASCULINO)				
EMPRESA :	FERREYROS SOCIEDAD A(CRC)				
TIPO EXAMEN :	OCUPACIONAL	PERFIL	MEDICINA		
PUESTO LABORAL :	N/A				

Yo, FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO identificado(a) con DNI N.º 72539751 de 24.0 años. De ocupación N/A certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría preprueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas. También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso, recibiré una asesoría posprueba (procedimiento mediante el cual se me entregaran mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informado(a) de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

ACEPTO realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH.

FIRMA	HUELLA

FORMATOS DE ESPECIALES

DOC.IDENTIDAD :	72539751	F.NACIMIENTO	1997-05-21	EDAD :	24.0
APELLIDOS Y NOMBRES:	FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO (SEXO : MASCULINO)				
EMPRESA :	FERREYROS SOCIEDAD A(CRC)				
TIPO EXAMEN :	OCUPACIONAL	PERFIL	MEDICINA		
PUESTO LABORAL :	N/A				

Yo, FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO identificado(a) con DNI N.º 72539751 de 24.0 años. De ocupación N/A, declaro que:

1. Durante los últimos 3 días he tomado algún medicamento:

Si la respuesta es Si:

Nombre del medicamento:

Desde cuándo y que dosis:

2. Durante los últimos 3 días no he consumido sustancias que contengan coca (ejemplo: chacchar coca, caramelo de coca, mate de coca, etc.):

Si la respuesta es Si:

Fecha en la que consumí:

¿Qué es lo que consumió?:

FIRMA	HUELLA

FORMATOS DE ESPECIALES

DOC.IDENTIDAD :	72539751	F.NACIMIENTO	1997-05-21	EDAD :	24.0
APELLIDOS Y NOMBRES:	FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO (SEXO : MASCULINO)				
EMPRESA :	FERREYROS SOCIEDAD A(CRC)				
TIPO EXAMEN :	OCUPACIONAL	PERFIL	MEDICINA		
PUESTO LABORAL :	N/A				

Yo, FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO identificado(a) con DNI N.º 72539751 de 24.0 años. De ocupación N/A autorizo el uso de mi Firma Electrónica y Huella exclusivamente para la impresión de informes médicos realizados, así mismo, doy fe de que la información referida es verídica así como la información de los exámenes realizados en el centro de Salud.

FIRMA	HUELLA

FORMATOS DE ESPECIALES

DOC.IDENTIDAD :	72539751	F.NACIMIENTO	1997-05-21	EDAD :	24.0
APELLIDOS Y NOMBRES:	FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO (SEXO : MASCULINO)				
EMPRESA :	FERREYROS SOCIEDAD A(CRC)				
TIPO EXAMEN :	OCUPACIONAL	PERFIL	MEDICINA		
PUESTO LABORAL :	N/A				

Yo, FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO identificado(a) con DNI N.º 72539751 de 24.0 años. De ocupación N/A declaro no estar en periodo de gestación, por lo tanto estoy en condiciones de someterme al examen radiológico solicitado por mi empresa.

Fecha ultima de regla: _____

FIRMA	HUELLA

FORMATOS DE ESPECIALES

DOC.IDENTIDAD :	72539751	F.NACIMIENTO	1997-05-21	EDAD :	24.0
APELLIDOS Y NOMBRES:	FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO (SEXO : MASCULINO)				
EMPRESA :	FERREYROS SOCIEDAD A(CRC)				
TIPO EXAMEN :	OCUPACIONAL	PERFIL	MEDICINA		
PUESTO LABORAL :	N/A				

Yo, FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO identificado(a) con DNI N.º 72539751 de 24.0 años. De ocupación N/A, declaro no ser sintomático respiratorio (No presento tos ni expectoración por más de 15 días).

FIRMA	HUELLA

FORMATOS DE ESPECIALES

DOC.IDENTIDAD :	72539751	F.NACIMIENTO	1997-05-21	EDAD :	24.0
APELLIDOS Y NOMBRES:	FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO (SEXO : MASCULINO)				
EMPRESA :	FERREYROS SOCIEDAD A(CRC)				
TIPO EXAMEN :	OCUPACIONAL	PERFIL	MEDICINA		
PUESTO LABORAL :	N/A				

Yo, FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO identificado(a) con DNI N.º 72539751 de 24.0 años. De ocupación N/A, mediante la presente DECLARO que, he sido informado acerca del conjunto de exámenes que forman parte de mi Evaluación Médico Ocupacional y la importancia de cada una de ellas; sin embargo, por decisión propia y de manera voluntaria, NO DESEO realizarme la(s) prueba(s) o exámenes que a continuación se mencionan:

Por lo que EXONERO a la CLÍNICA ALIVIARI de toda responsabilidad relacionada a la negativa voluntaria propia que he tomado con relación a la(s) prueba(s) o exámenes arriba señalados.

FIRMA	HUELLA

FORMATOS DE ESPECIALES

DOC.IDENTIDAD :	72539751	F.NACIMIENTO	1997-05-21	EDAD :	24.0
APELLIDOS Y NOMBRES:	FUENTES/CARPIO/PATRICK ALONSO (SEXO : MASCULINO)				
EMPRESA :	FERREYROS SOCIEDAD A(CRC)				
TIPO EXAMEN :	OCUPACIONAL	PERFIL	MEDICINA		
PUESTO LABORAL :	N/A				

AUDIOMETRIA	
CUESTIONARIO ESPRIOMETRIA,AUDIOMETRIA	

CARDIOLOGIA	
RIESGO CARDIOVASCULAR,EKG	

ODONTOLOGIA	
ODONTOLOGIA	

MEDICINA	
RM 312	

OFTALMOLOGIA	
OFTALMOLOGIA,OFTALMOLOGIA ESPECIALIZADA	

PSICOLOGIA	
FICHA PSICOLOGICA	

RAYOS X	
RAYOS X	

TRIAJE	
TRIAJE	

HORA DE SALIDA	
----------------	--