

**EVALUACION EN SALUD OCUPACIONAL**

Fecha: 18/07/2022 08:14

Apellido y Nombre: 174381 PEREZ MARTINEZ MARCELO E.

Documento: DNI 92930866

CUIL:

Empresa: QUINPE S.R.L (944)

CUIT: 30707603646

PRESTACIONES ADICIONALES

Código	Prestación	
100005	CIERRE EXAMEN LABORAL	<input checked="" type="checkbox"/>
420101	CONSULTA MEDICA	<input checked="" type="checkbox"/>
290101	ELECTROENCEFALOGRAFIA EN REPOSO	<input checked="" type="checkbox"/>
335002	EXAMEN PSICOTECNICO	<input checked="" type="checkbox"/>

CONSENTIMIENTO

Sres De: Fideicomiso Candelaria

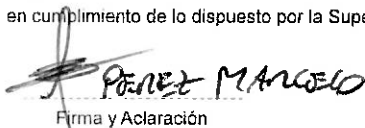
Fecha: 18/07/2022

Presente

De mi Consideración

Por la Presente, pongo en vuestro conocimiento que otorgo a Uds. mi total consentimiento para que la información que surja de los exámenes clínico (radiografías y/o análisis de laboratorio) a los que he sido sometido voluntariamente con motivo de mi postulación laboral, pueda ser puesta a disposición que ha requerido mis servicios

Sin restricción alguna, en cumplimiento de lo dispuesto por la Superintendencia de Riesgos de Trabajo en su actual reglamentación.


Firma y Aclaración

DNI 92930866

Doc De Identidad

Fideicomiso Candelaria

QUINPE S.R.L

PEREZ MARTINEZ MARCELO E. (174381)

DNI 92930866

Hora ingreso: 18/07/2022 08:14

Fideicomiso Candelaria

QUINPE S.R.L

(174381) PEREZ MARTINEZ

Edad: 47 Fec.Ing.:



Fecha y hora de Atención: 18/07/2022 08:14:53



Nro. de Trámite: 4000-131293

Fideicomiso Candelaria

Nro. de Página: 2 / 5

EVALUACION EN SALUD OCUPACIONAL

EMPRESA

QUINPE S.R.L

MEDICINAL LABORAL

MITRE 1500 (8324) GENERAL FERNANDEZ ORO

TIPO DE EXAMEN

☐ PREOCUPACIONAL
☒ PERIODICO AL PERSONAL
☐ POST AUSENCIA PROLONGADA

☐ DE SEGUIMIENTO LABORAL
☐ POST OCUPACIONAL
☐ OTROS

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: PEREZ MARTINEZ MARCELO E.

Domicilio: TIERRA DEL FUEGO

Fecha de Nac.: 09/09/1974

Localidad: GENERAL FERNANDEZ OR

Edad: 47

Cod. Postal: 8324

Documento: DNI 92930866

Provincia: RIO NEGRO

Nacionalidad: CHILE

Teléfono: 2994231029

Estado Civil:

Función: Chofer Oficio de 2

DECLARACION JURADA

MANO HABIL DERECHA ☒ IZQUIERDA ☐

ESTUDIOS CURSADOS

PRIMARIO	SECUNDARIO	TERCIARIO	UNIVERSITARIO
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TIENE ACTUALMENTE HA TENIDO ALGUNA VEZ (MARCAR CON UNA X)

SI	NO		SI	NO		SI	NO	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MAREOS O DESMAYOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRASTORNOS EN LOS OJOS O TRASTORNOS DE VISION	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ICTERICIA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NERVIOSISMO EXCESIVO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SORDERA O DISMINUCION DE AUDICION	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	INDIGESTIONES FRECUENTES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONVULSIONES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPURACION DE OIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ACIDEZ DE ESTOMAGO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLORES DE CABEZA FRECUENTES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RESFRIOS FRECUENTES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DIARREAS FRECUENTES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INSOMNIO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANGINAS A REPETICION	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	CONSTIPACION FRECUENTE
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PERDIDA DE MEMORIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOS CRONICA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HERNIAS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NEURITIS O NEURALGIAS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SINUSITIS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HEMORROIDES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DEPRESION	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SANGRE EN EL ESPUTO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DIFICULTADES PARA ORINAR O SANGRE EN LA ORINA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FIEBRE REUMATICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUDORES NOCTURNOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ARTICULACIONES DOLOROSAS O HINCHADAS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES VENEREAS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PERDIDA DE PESO RECIENTE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	FRACTURAS O LUXACION
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLORES EN EL PECHO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DOLORES EN LOS PIES O PIES PLANOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CANCER U OTRO TUMOR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FALTA DE AIRE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DOLORES EN LA RODILLA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASMA O FIEBRE DE HENO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PALPITACIONES DEL CORAZON	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DOLORES EN ESPALDA CINTURA O CINTURA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	URTICARIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRESION SANGUINEA ALTA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLOR EN EL HOMBRO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES EN LA PIEL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ULCERA GASTRICA O DUODENAL O GASTRITIS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VARICES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DENTADURA EN MAL ESTADO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VOMITOS CON SANGRE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIABETES

CIRUGIAS

HA SIDO OPERADO DE: SI NO AÑO

OTRAS CIRUGIAS:

AÑO

AMIGDALAS	X		2019
APENDICITIS		X	
HERNIA		X	
HEMORROIDES		X	

VEZICULA	2011
RODILIA FZOL. MENISCOS - LIGAMENTA	2011


REGISTRO DE HISTORIA PERSONAL

	SI	NO	
¿HA SIDO INTERNADO/A?		<input checked="" type="checkbox"/>	MOTIVO
¿TUVO QUE ABANDONAR ALGUN EMPLEO POR RAZONES DE SALUD?		<input checked="" type="checkbox"/>	MOTIVO
¿RECIBIO O TIENE PENDIENTE UNA INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD PROFESIONAL?		<input checked="" type="checkbox"/>	MOTIVO
¿TOMA PSICOFARMACOS O ALGUNA MEDICACIÓN?		<input checked="" type="checkbox"/>	MOTIVO
¿RECIBE O HA RECIBIDO TRATAMIENTO CON PSICOLOGO O PSIQUIATRA?		<input checked="" type="checkbox"/>	MOTIVO
¿TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS?	<input checked="" type="checkbox"/>		¿CUALES Y CUANTO POR DIA? CERVEZA OCASIONALMENTE
¿TIENE SUEÑO TRANQUILO?	<input checked="" type="checkbox"/>		¿CUANTAS HORAS DUERME?
¿OBSERVA ALGUNA DIETA?		<input checked="" type="checkbox"/>	CUALES
¿PRACTICA DEPORTES?		<input checked="" type="checkbox"/>	CUALES
¿FUMA?		<input checked="" type="checkbox"/>	¿CUANTOS POR DIA?

PARA SEXO FEMENINO

¿A QUE EDAD COMENZO A MENSTRUAR?		¿FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION?		
HIJOS	PARTOS	CESAREAS	ABORTOS	OTROS

REGISTRO HISTORIA FAMILIAR

TIENE O HAN TENIDO SUS PARIENTES ALGUNAS DE LAS ENFERMEDADES QUE SE ENUMERAN A CONTINUACION (INDIQUE CON UNA X) ENFERMEDAD

PARIENTES	A R T I S M O	R E T I S M O	A S M A	B R O N Q U I T I S	D I A B E T E S	A F E C C I O N E S	C A R D I O P A T I A	H I P E R T E N S I O N	E N F E R M E D A D R E N A L	U R I N A R I A	U L C E R A D E	D U O U E N O	T U B E R C U L O S I S	E N F E R M E D A D E S	M E N I A L E S	V I V O S	FALLECIDOS			
																	CAUSA	EDAD EN AÑOS		
PAIRE																	<input checked="" type="checkbox"/>			
MADRE					<input checked="" type="checkbox"/>														EMFATO	62
HERMANO																	<input checked="" type="checkbox"/>			
HERMANO																	<input checked="" type="checkbox"/>			
HERMANO																	<input checked="" type="checkbox"/>			

DECLARO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES COMPLETA Y VERIDICA. LA FALTA DE COOPERACION SERA SUFICIENTE PARA SUSPENDER EL EXAMEN

FECHA 18-7-22.

RESUMEN Y ANOTACIONES DEL MEDICO

+
FIRMA DEL INTERESADO



EXAMEN FISICO

APELLIDO Y NOMBRE: PEREZ MARTINEZ MARCELO E.

ASPECTO GLOBAL

TALLA	1	7	4
PESO		9	5
T.A. MAX	1	1	0
T.A. MIN.		7	0
PULSO		6	2

ASPECTO GENERAL

NO PATOLOGICO	<input checked="" type="checkbox"/>
PATOLOGICO	<input type="checkbox"/>
NO SE REALIZO	<input type="checkbox"/>
MASA CORPORAL	31

<p>APARATO VISUAL</p> <p>OJO (EXAM EXT.)</p> <p>AGUDEZA VISUAL S/C</p> <p>VISION CROMATICA</p>	<p>TRONCO</p> <p>CUELLO Y TIROIDES</p> <p>TORAX (EX. EXTERNO)</p> <p>PULMONES</p> <p>MAMAS</p> <p>PARED ABDOMINAL</p> <p>HIGADO</p> <p>GENITALES</p> <p>HERNIAS</p>	<p>APARATO CARDIOVASCULAR</p> <p>CORAZON</p> <p>ARTERIAS PERIFERICAS</p> <p>VENAS PERIFERICAS</p> <p>SISTEMA NERVIOSO</p> <p>MOTILIDAD</p> <p>SENSIBILIDAD</p> <p>REFLEJOS</p> <p>MARCHA</p>
<p>APARATO AUDITIVO</p> <p>OIDO EXTERNO</p> <p>TIMPANO</p>	<p>APARATO OSTEO ARTICULAR</p> <p>EXTREMIDADES</p> <p>COLUMNA (FISICO)</p>	<p>OTROS</p> <p>PIEL Y FANERAS</p> <p>GANGLIOS LINFATICOS</p>
<p>APARATO BUCODENTAL</p> <p>BOCA Y LENGUA</p> <p>GARGANTA</p> <p>ENCIA</p> <p>PIEZAS DENTARIAS</p>		

1 - NORMAL

2 - PATOLOGICO

3 - NO EFECTUADO

Estudios Practicados

LABORATORIO *Tg/A*

RADIOGRAFIA DE TORAX *Normal*

RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA *Descofoto L2, L5 / Ring - Art. L3.*

ECG *Normal*

AUDIOMETRIA *Normal*

EEG *Normal*

EVALUACION PSICOLOGICA *ADCO*

ESPIROMETRIA

TEST DE EQUILIBRIO

OTROS ESTUDIOS *DS Negativo*



CONSIDERACIONES / CONCLUSIONES MEDICOS LABORALES

oponido de Amipos 16.490 mil 2015
Colicis 9.490 mil 2021
Almes copia rotillo, 1 gda. me molo
Bran m/a m/a jul
hipomolito 2017

Dra. GRACIELA MORENO
MÉDICO
M. P. Nqr. 6109 - M. P. R. 1169

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

EVALUACION FINAL MEDICO LABORAL DE APTITUD

Apellido y Nombre: PEREZ MARTINEZ MARCELO E.

APTO PARA LA TAREA PROPUESTA

CON PREEXISTENCIA ☒

SIN PREEXISTENCIA ☐

NO APTO PARA LA TAREA PROPUESTA ☐

SI: ☐

USADO:

NO: ☒

CONCLUSIONES

Coleurostectomía / Hemiectomía Arteriofascial + LCS
Rodilla izquierda

NOTIFICADO

18-7-2022

FECHA

ALDO CESAR LEDESMA
ESP. MEDICINA LABORAL
M.P. 1456 M.E. 651

ANÁLISIS

RESULTADO

INTERVALO DE REFERENCIA

METODO

HEMOGRAMA con PLAQUETAS

Sysmex XN-550

Material: *Sangre Entera con EDTA*

Serie roja: recuento e índices hematimétricos

HEMATIES:	4.800.000	/mm ³	4.500.000 a 5.500.000 /mm ³
HEMATOCRITO:	43	%	37 a 49 %
HEMOGLOBINA:	14,9	g%	13,0 a 16,0 g%
Volumen Corpuscular Medio (VCM):	90	fl	80 a 100 fl
Hemoglobina Corpuscular Medio (HCM):	31,00	pg	26,00 a 34,00 pg
Cc de Hb Corpuscular Media (CHCM):	34,6	g/dl	31,0 a 37,0 g/dl
Amplitud de Distribucion de GR (RDW):	11,6	%	10,0 a 14,0 %

OBSERVACION SERIE ROJA: **Normocitosis - Normocromía**

Serie blanca: recuento y formula leucocitaria relativa y absoluta

LEUCOCITOS:	6.450	/mm ³	4.000 a 11.000 /mm ³
-------------	--------------	------------------	---------------------------------

	FORMULA RELATIVA	Val.Ref	FORMULA ABSOLUTA	
Neutrofilos en Cayado:	0 %	0 a 7 %	0 /mm ³	
Neutrofilos Segmentados:	61 %	50 a 70 %	3.935 /mm ³	1.500 a 8.000 /mm ³
Eosinofilos:	3 %	1 a 7 %	194 /mm ³	Hasta 800 /mm ³
Basofilos:	0 %	0 a 1 %	0 /mm ³	
Linfocitos:	28 %	20 a 40 %	1.806 /mm ³	1.000 a 4.000 /mm ³
Monocitos:	8 %	3 a 12 %	516 /mm ³	Hasta 1.000 /mm ³

OBSERVACION SERIE BLANCA: **---**

Serie Plaquetaria: recuento

PLAQUETAS:	259.000	/mm ³	150.000 a 450.000 /mm ³
Volumen Plaquetario (VPM):	9,8	fl	6,0 a 13,0 fl

**Valores de referencia según la Sociedad Argentina de Hematología.*

ERITROSEDIMENTACION

Material: *Sangre con Citrato*

RESULTADO:	30	mm	Hasta 15 mm	WESTERGREIN
------------	-----------	----	-------------	-------------

MONASTEROLO, Marcos Bioq MP 721

ANALISIS

RESULTADO

INTERVALO DE REFERENCIA

METODO

PERFILES METABOLICOS

GLUCEMIA	<u>0,92</u> g/l	0,70 a 1,10 g/l	/	ENZIMATICO
UREA SERICA	<u>0,28</u> g/l	0,10 a 0,45 g/l	/	CINETICO

HEPATOGRAMA

Material: Suero

GOT (TRANSAMINASA G. OXALACETICA):	<u>21</u> U/l	Hasta 40 U/l	/	CINETICO U.V.
GPT (TRANSAMINASA G. PIRUVICA):	<u>34</u> U/l	Hasta 40 U/l	/	CINETICO U.V.
FOSFATASA ALCALINA:	<u>195</u> U/l	50 a 250 U/l	/	CINETICO
BILIRRUBINA TOTAL:	<u>0,39</u> mg/dl	Hasta 1,20 mg/dl	/	COLORIMETRICO
BILIRRUBINA DIRECTA:	<u>0,10</u> mg/dl	Hasta 0,40 mg/dl	/	COLORIMETRICO
BILIRRUBINA INDIRECTA:	<u>0,29</u> mg/dl	Hasta 1,00 mg/dl	/	COLORIMETRICO

Monasterolo

MONASTEROLO, Marcos Bioq MP 721

PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL 164 mg/dl
Valores Deseables : Hasta 200 mg/dl
Valores Limites : 200 - 239 mg/dl
Valores de Riesgo : Desde 240 mg/dl
Segun NCEP - ATP III
ENZIMATICO

COLESTEROL HDL 49 mg/dl
Valor deseable: > 40 mg/dl
ENZIMATICO

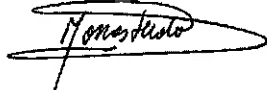
COLESTEROL LDL 74 mg/dl
Deseables: Hasta 100 mg/dl
De Riesgo disminuido: 100 - 129 mg/dl
De Riesgo moderado: 130 - 159 mg/dl
De Riesgo elevado: > 160 mg/dl
ENZIMATICO

TRIGLICERIDOS 2,04 g/l
Valores deseables: Hasta 1,50 g/l
Valores de Riesgo bajo: 1,50 - 1,99 g/l
Valores de Riesgo moderado: 2,00 - 4,99 g/l
Valor de Riesgo elevado: Mayor 5,00 g/l
GPO COLOR

Aspecto Suero: LIMPIDO
GPO COLOR

SCREENING DROGAS X 6

COCAINA	<u>NEGATIVO</u>	✓	INMUNOCROMATOGRAFICO
MARIHUANA	<u>NEGATIVO</u>	✓	INMUNOCROMATOGRAFICO
ANFETAMINAS	<u>NEGATIVO</u>	✓	INMUNOCROMATOGRAFICO
MORFINA	<u>NEGATIVO</u>	✓	INMUNOCROMATOGRAFICO
BARBITURICOS	<u>NEGATIVO</u>	✓	INMUNOCROMATOGRAFICO
BENZODIAZEPINAS	<u>NEGATIVO</u>	✓	INMUNOCROMATOGRAFICO


MONASTEROLO, Marcos Bioq MP 721

EXAMEN DE ORINA COMPLETA

Material: *Orina Matinal - Chorro Medio*

Método: *Tira reactiva Semcuantitativa - Microscopía*

EXAMEN FISICO:

COLOR: AMARILLO
ASPECTO: LIMPIDO
pH: ACIDA
DENSIDAD: 1.010

EXAMEN QUIMICO:

PROTEINAS: NO CONTIENE
GLUCOSA: NO CONTIENE
HEMOGLOBINA: NO CONTIENE
PIGMENTOS BILIARES: NO CONTIENE
CUERPOS CETONICOS: NO CONTIENE
UROBILINOGENO: NORMAL
NITRITOS: NEGATIVO

EXAMEN MICROSCOPICO DEL SEDIMENTO:

CELULAS: 3-5 POR CAMPO
LEUCOCITOS: 0-1 POR CAMPO
PIOCITOS: NO SE OBSERVAN
HEMATIES: NO SE OBSERVAN
CILINDROS: NO SE OBSERVAN
MUCUS: NO SE OBSERVAN
CRISTALES: NO SE OBSERVAN
OBSERVACIONES: ---

Monasterolo

MONASTEROLO, Marcos Bloq MP 721



83066.

APELLIDO Y NOMBRE: PEREZ MARTINEZ MARCELO EDUARDO

EMPRESA: QUINPE

DNI : 92930866

FECHA: 18/07/2022

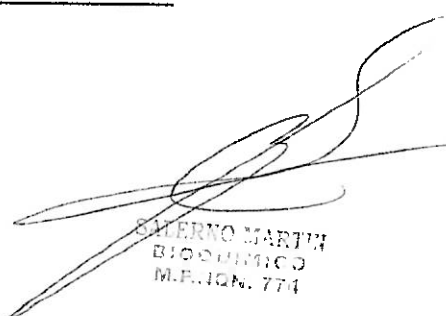
SCREENING DE DROGAS

	NEGATIVO	POSITIVO
COCAINA	/	
MARIHUANA	/	
ANFETAMINAS	/	
MORFINA	/	
BARBITURICOS	/	
BENZODIAZEPINAS	/	
EXTASIS		
KETAMINA		
TRICICLICOS		
FELILCICLIDINA		

 9-8-74
FIRMA Y FECHA DE NACIMIENTO

Por medio de la presente autorizo a realizar screening de drogas en laboratorio

46


SALERNO MARTIN
BIODINAMICO
M.E.IQN. 774

Fecha : 18/07/2022

Historia Clínica : 174381

Institución : QUINPE S.R.L

MEDICINA LABORAL

Paciente : PEREZ MARTINEZ MARCELO E.

Nro. Afiliado : 92930866

Documento : DNI 92930866

Comprobante/Protocolo : 4000-00131291

Profesional Solicitante : SIN DEFINIR



Estudios realizados: RX TORAX F / RX COLUMNA LUMBOSACRA F Y P

Lectura e Interpretación:

Tórax: Silueta cardíaca y circuito menor sin alteraciones.

No hay alteraciones pleuropulmonares que sugieran procesos en actividad.

Playas pulmonares libres.

Senos costofrénicos libres.

Ápices libres.

Tórax óseo sin alteraciones.

Columna: El 2° y 5° espacio discal descendido en su altura.

Pinzamiento posterior del 3° espacio discal.



APELLIDO Y NOMBRE: PEREZ MARTINEZ MARCELO EDUARDO

EMPRESA: QUINPE

DNI : 92930866

FECHA: 18/07/2022

ELECTROCARDIOGRAMA

INFORME:

DAMON I. A.
MEDICO CARDIOLOGO
M.P. Nqn. 5035 - M.E. 2700

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO
CARDIOLOGO

PESO:	95	TALLA:	174	T.A MAX:	110	T.A MIN:	70	PULSO:	62
-------	----	--------	-----	----------	-----	----------	----	--------	----

CLINICA SAN AGUSTIN
MEDICINA LABORAL

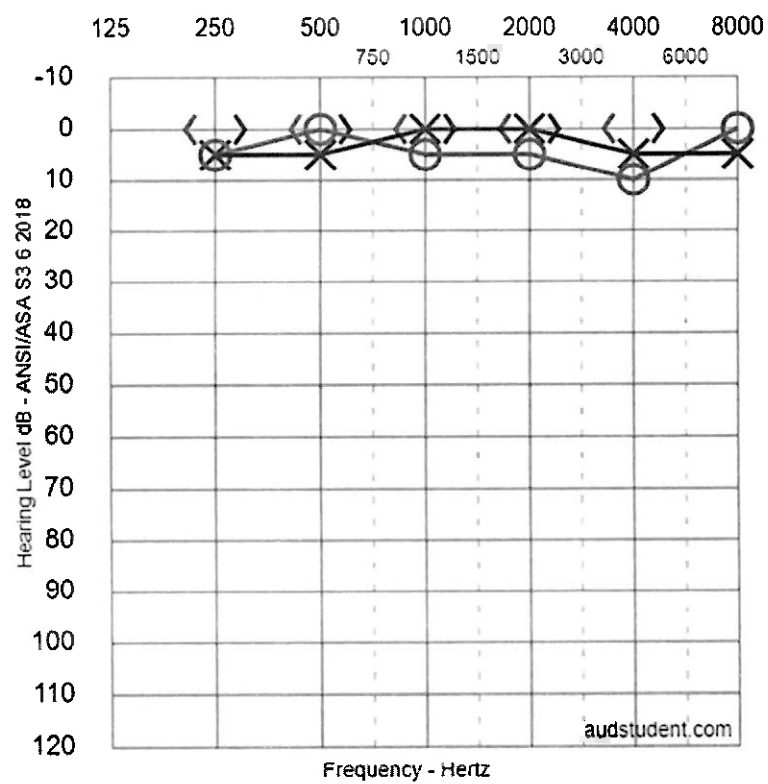
AUDIOGRAMA

NOMBRE: PEREZ MARTINEZ MARCELO EDUARDO

EMPRESA: QUINPE

DNI: 92930866

FECHA: 18-07-22



COGO, MARIANA
FONOAUDILOGA
M.A. 1234

Fecha : 18/07/2022

Historia Clínica : 174381

MEDICINA LABORAL

Paciente : PEREZ MARTINEZ MARCELO E.

Documento : DNI 92930866



Institución : QUINPE S.R.L

Nro. Afiliado : 92930866

Comprobante/Protocolo : 4000-00131293

Profesional Solicitante : SIN DEFINIR

ELECTROENCEFALOGRAMA

Descripción de realización:

Se obtuvo un registro EEG digitalizado mediante la colocación de electrodos sobre el cuero cabelludo según el sistema internacional 10/20 con un equipo Akonic digital. Para su análisis, se reconstruyeron diversos montajes. Se adjuntan segmentos impresos significativos del registro.

Las condiciones de registro de la fecha fueron de reposo con ojos cerrados, abiertos, y maniobra de hiperventilación.

Descripción del Estudio:

Trazado simétrico, organizado, con ritmo alfa a 10 Hz.

Actividad paroxística: No se evidencia.

Sin cambios significativos en actividad de base posterior a maniobra de hiperventilación.

Conclusión: Trazado dentro de parámetros normales.

Romanela Carolina Reiteri
Médica Neuróloga
M.E 6775 M.P 3762

FIRMA Y SELLO DE MEDICO NEUROLOGO



APELLIDO Y NOMBRE: PEREZ MARTINEZ MARCELO EDUARDO

EMPRESA: QUINPE

DNI : 92930866

FECHA: 18/07/2022

INFORME PSICOLOGICO

ASPECTO	NORMAL	DESALINEADO	PATOLOGICO
ORIENTACION	GLOBAL	DESORIENTADO	
PENSAMIENTO DE CURSO DE IDEAS	ACELERADO	NORMAL	LENTO DISGREGADO FUGA
ATENCION-CONCENTRACION	ESPERABLE	LIMITE	INFERIOR AL ESPERABLE
CONCIENCIA	DE SITUACION	DE ENFERMEDAD	
SENSOPERCEPCION	NORMAL	ALUCINACIONES	
AFECTIVIDAD DISMINUIDA	EUTIMIA	HIPERTIMIA PLACENTERA	DISPLACENTERA
CONTROL DE LOS IMPULSOS		ADECUADO	POCO NO ADECUADO
TOLERANCIA A LA FRUSTRACION		ALTA	NORMAL BAJA
RELACIONES INTERPERSONALES		ADECUADA	RETICENTE AISLADA
CRITERIO DE LA REALIDAD		ADECUADA	DISMINUIDO DISTORSIONADO
COMPROMISO CON LA TAREA		ADECUADO	ESCASO

COMENTARIOS:

AL MOMENTO DE LA EVALUACION SE ENCUENTRA (APTO/ NO APTO) PARA DESEMPEÑAR LA TAREA PROPUESTA.

FUNCION: Chofer / operador.


Mailen Demeyer
PSICÓLOGA
M. P. N° 1679



APELLIDO Y NOMBRE: PEREZ MARTINEZ MARCELO EDUARDO

EMPRESA: QUINPE

DNI : 92930866

FECHA: 18/07/2022

↓ 2884231028

PRESTACION	CONSULTORIO	FIRMA
LABORATORIO	CONS. 39	✓
MEDICO	CONS. 36	Dra. GRACIELA MORENO MEDICO M. P. N.ºn. 6109 - M. P. R. 1169
ENFERMERIA / ECG	CONS. 39	✓
RADIOGRAFIA	CONS. 38	✓
AUDIOMETRIA	CONS. 35	✓
PSICOLOGICO	CONS. 31/32	✓
TEST DE EQUILIBRIO / EEG	CONS. 37	✓
FISIOLOGIA	CONS. 34	✓
ERGOMETRIA	TERCER PISO CONS. 27	
PSICOMETRICO	PLANTA BAJA / VERONICA	
RNM	CLINICA SAN AGUSTIN	: HS