

**EVALUACION EN SALUD OCUPACIONAL**

Fecha: 08/07/2022 08:28

Apellido y Nombre: 248397 CARRASCO MIGUEL ANGEL

Documento: DNI 33677935

CUIL:

Empresa: QUINPE S.R.L (944)

CUIT: 30707603646

PRESTACIONES ADICIONALES

Código	Prestación	
290101	ELECTROENCEFALOGRAFIA EN REPOSO	<input checked="" type="checkbox"/>
335002	EXAMEN PSICOTECNICO	<input checked="" type="checkbox"/>
9903	LAB. LEY 5 DETERM (ERITRO, GLUCEMIA, UREA, ORINA ,HEMOG.)	<input checked="" type="checkbox"/>
999994	DROGAS ABUSO 6 DETERMINACIONES	<input checked="" type="checkbox"/>
9904	LAB. YPF (COL, HDL, LDL, ERITR, GLUC, HEMO, HEPAT, ORI, TRIGL,UREA)	<input checked="" type="checkbox"/>

CONSENTIMIENTO

Sres De Fideicomiso Candelaria

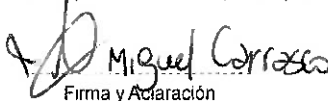
Fecha: 08/07/2022

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 33677935

Doc. De Identidad

Fideicomiso Candelaria

QUINPE S.R.L

CARRASCO MIGUEL ANGEL (248397)

DNI 33677935

Hora ingreso: 08/07/2022 08:28

Fideicomiso Candelaria

QUINPE S.R.L

(248397) CARRASCO MIGL

Edad: 33 Fec.Ing.:

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: CARRASCO MIGUEL ANGEL

Domicilio: RAWSON

Fecha de Nac.: 06/08/1988

Localidad: GENERAL FERNANDEZ OR

Edad: 33

Cod. Postal: 8324

Documento: DNI 33677935

Provincia: RIO NEGRO

Nacionalidad: ARGENTINA

Teléfono: SN 2995478604

Estado Civil: soltero

Función: recorredor

DECLARACION JURADA

MANO HABIL DERECHA ☒
IZQUIERDA ☐

PRIMARIO
☐

ESTUDIOS CURSADOS

SECUNDARIO
☒

TERCIARIO
☐

UNIVERSITARIO
☐

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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NERVIOSISMO EXCESIVO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SORDERA O DISMINUCION DE AUDICION	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INDIGESTIONES FRECUENTES
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SUPURACION DE OIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACIDEZ DE ESTOMAGO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLORES DE CABEZA FRECUENTES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RESFRIOS FRECUENTES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DIARREAS FRECUENTES
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	INSOMNIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ANGINAS A REPETICION	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	CONSTIPACION FRECUENTE
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PERDIDA DE MEMORIA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TOS CRONICA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HERNIAS
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NEURITIS O NEURALGIAS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SINUSITIS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HEMORROIDES
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DEPRESION	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SANGRE EN EL ESPUTO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DIFICULTADES PARA ORINAR O SANGRE LA ORINA
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	FIEBRE REUMATICA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SUDORES NOCTURNOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ARTICULACIONES DOLOROSAS O HINCHADAS
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ENFERMEDADES VENEREAS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PERDIDA DE PESO RECIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FRACTURAS O LUXACION
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DOLORES EN EL PECHO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DOLORES EN LOS PIES O PIES PLANOS
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	CANCER U OTRO TUMOR	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	FALTA DE AIRE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLORES EN LA RODILLA
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ASMA O FIEBRE DE HENO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PALPITACIONES DEL CORAZON	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLORES EN ESPALDA CINTURA O CIA
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	URTICARIA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PRESION SANGUINEA ALTA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DOLOR EN EL HOMBRO
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ENFERMEDADES EN LA PIEL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ULCERA GASTRICA O DUODENAL O GASTRITIS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VARICES
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DENTADURA EN MAL ESTADO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	VOMITOS CON SANGRE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DIABETES

CIRUGÍAS

	HA SIDO OPERADO DE:	SI	NO	AÑO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				

AMIGDALAS	<input checked="" type="checkbox"/>	
APENDICITIS	<input checked="" type="checkbox"/>	
HERNIA	<input checked="" type="checkbox"/>	
HEMORROIDES	<input checked="" type="checkbox"/>	

OTRAS CIRUGIAS:

Ligamentos rodilla derecha	202
	

AÑO


REGISTRO DE HISTORIA PERSONAL

	SI	NO	
¿HA SIDO INTERNADO/A?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MOTIVO <i>operación</i>
¿TUVO QUE ABANDONAR ALGUN EMPLEO POR RAZONES DE SALUD?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MOTIVO
¿RECIBIO O TIENE PENDIENTE UNA INDEMNIZACION POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD PROFESIONAL?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MOTIVO <i>ratilla derecha</i>
¿TOMA PSICOFARMACOS O ALGUNA MEDICACIÓN?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MOTIVO
¿RECIBE O HA RECIBIDO TRATAMIENTO CON PSICOLOGO O PSIQUIATRA?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MOTIVO
¿TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿CUALES Y CUANTO POR DIA?
¿TIENE SUEÑO TRANQUILO?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿CUANTAS HORAS DUERME? <i>6hs</i>
¿OBSERVA ALGUNA DIETA?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUALES
¿PRACTICA DEPORTES?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUALES
¿FUMA?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 A L	D I A B E T E S	A F E C C I O N E S	C A R D I A C A S	H I P E R T E N C 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 D 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 T A L E S	V I V U S	FALLECIDOS	
																	CAUSA	EDAD EN AÑOS
PADRE																<input checked="" type="checkbox"/>		
MADRE																<input checked="" type="checkbox"/>		
HERMANO																<input checked="" type="checkbox"/>		
HERMANO																<input checked="" type="checkbox"/>		
HERMANO																		

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

FECHA *08/07/2022*

RESUMEN Y ANOTACIONES DEL MEDICO

[Firma]
FIRMA DEL INTERESADO



EXAMEN FISICO

APELLIDO Y NOMBRE: CARRASCO MIGUEL ANGEL

ASPECTO GLOBAL

TALLA	1	84
PESO		84
T.A. MAX.	1	20
T.A. MIN.		80
PULSO		62

ASPECTO GENERAL

NO PATOLOGICO	<input type="checkbox"/>
PATOLOGICO	<input type="checkbox"/>
NO SE REALIZO	<input type="checkbox"/>
MASA CORPORAL	25

APARATO VISUAL

OJO (EXAM EXT.)
AGUDEZA VISUAL S/C
VISION CROMATICA

1	2	3
OD 10 / 10		
OS 14 / 10		
/		
/		
/		

TRONCO

CUELLO Y TIROIDES
TORAX (EX. EXTERNO)

1	2	3
/		
/		

PULMONES
MAMAS
PARED ABDOMINAL
HIGADO
GENITALES
HERNIAS

1	2	3
/		
/		
/		
/		
/		

APARATO CARDIOVASCULAR

CORAZON
ARTERIAS PERIFERICAS
VENAS PERIFERICAS

1	2	3
/		
/		
/		

SISTEMA NERVIOSO

MOTILIDAD
SENSIBILIDAD
REFLEJOS
MARCHA

1	2	3
/		
/		
/		
/		

APARATO AUDITIVO

OIDO EXTERNO
TIMPANO

1	2	3
/		
/		

APARATO BUCODENTAL

BOCA Y LENGUA
GARGANTA
ENCIA
PIEZAS DENTARIAS

1	2	3
/		
/		
/		
/		

APARATO OSTEO ARTICULAR

EXTREMIDADES
COLUMNA (FISICO)

1	2	3
/		
/		

OTROS

PIEL Y FANERAS
GANGLIOS LINFATICOS

1	2	3
/		
/		

1 - NORMAL

2 - PATOLOGICO

3 - NO EFECTUADO

LABORATORIO

Estudios Practicados

RADIOGRAFIA DE TORAX

RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

ECG

AUDIOMETRIA

EEG

EVALUACION PSICOLOGICA

ESPIROMETRIA

TEST DE EQUILIBRIO

OTROS ESTUDIOS



CONSIDERACIONES / CONCLUSIONES MEDICOS LABORALES

ARTICULO 10 de la Ley de LCA 2021
Buen día para el

Dra. GRACIELA MORENO
MÉDICO
FIRMA DEL PROFESIONAL

EVALUACION FINAL MEDICO LABORAL DE APTITUD

Apellido y Nombre: CARRASCO MIGUEL ANGEL

APTO PARA LA TAREA PROPUESTA

CON PREEXISTENCIA



SIN PREEXISTENCIA



NO APTO PARA LA TAREA PROPUESTA



WSA 00:

SI:



NO:



CONCLUSIONES

Ox LCA Rodilla Derecha (ARTROSCOPIA)
Inz. Pot. 4.637 61 FFAP SI

NOTIFICADO

Miguel Carrasco

8.07.22

FECHA

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

ANALISIS	RESULTADO	INTERVALO DE REFERENCIA	METODO
HEMOGRAMA con PLAQUETAS		Sysmex XN-550	

Material: Sangre Entera con EDTA

Serie roja: recuento e índices hematimétricos

HEMATIES:	6.150.000	/mm ³	4.500.000 a 5.500.000 /mm ³
HEMATOCRITO:	48	%	37 a 49 %
HEMOGLOBINA:	15,4	g%	13,0 a 16,0 g%
Volumen Corpuscular Medio (VCM):	78	fl	80 a 100 fl
Hemoglobina Corpuscular Medio (HCM):	25,00	pg	26,00 a 34,00 pg
Cc de Hb Corpuscular Media (CHCM):	32,2	g/dl	31,0 a 37,0 g/dl
Amplitud de Distribucion de GR (RDW):	14,1	%	10,0 a 14,0 %

OBSERVACION SERIE ROJA: **Normocitosis - Normocromía**

Serie blanca: recuento y formula leucocitaria relativa y absoluta

LEUCOCITOS:	5.950	/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:	50 %	50 a 70 %	2.975 /mm ³	1.500 a 8.000 /mm ³
Eosinofilos:	2 %	1 a 7 %	119 /mm ³	Hasta 800 /mm ³
Basofilos:	0 %	0 a 1 %	0 /mm ³	
Linfocitos:	41 %	20 a 40 %	2.440 /mm ³	1.000 a 4.000 /mm ³
Monocitos:	7 %	3 a 12 %	417 /mm ³	Hasta 1.000 /mm ³

OBSERVACION SERIE BLANCA: **---**

Serie Plaquetaria: recuento

PLAQUETAS:	292.000	/mm ³	150.000 a 450.000 /mm ³
Volumen Plaquetario (VPM):	9,9	fl	6,0 a 13,0 fl

*Valores de referencia según la Sociedad Argentina de Hematología.

ERITROSEDIMENTACION

Material: Sangre con Citrato

RESULTADO:	44	mm	Hasta 15 mm	WESTERGREN
------------	-----------	----	-------------	------------

Monasterolo

MONASTEROLO, Marcos Btoq. MPN 731

ANALISIS	RESULTADO	INTERVALO DE REFERENCIA	METODO
PERFILES METABOLICOS			
GLUCEMIA	<u>0,99</u> g/l	0,70 a 1,10 g/l	ENZIMATICO
UREA SERICA	<u>0,42</u> g/l	0,10 a 0,45 g/l	CINETICO
HEPATOGRAMA			
<i>Material: Suero</i>			
GOT (TRANSAMINASA G. OXALACETICA):	<u>18</u> U/l	Hasta 40 U/l	CINETICO U.V.
GPT (TRANSAMINASA G. PIRUVICA):	<u>20</u> U/l	Hasta 40 U/l	CINETICO U.V.
FOSFATASA ALCALINA:	<u>175</u> U/l	50 a 250 U/l	CINETICO
BILIRRUBINA TOTAL:	<u>0,68</u> mg/dl	Hasta 1,20 mg/dl	COLORIMETRICO
BILIRRUBINA DIRECTA:	<u>0,21</u> mg/dl	Hasta 0,40 mg/dl	COLORIMETRICO
BILIRRUBINA INDIRECTA:	<u>0,47</u> mg/dl	Hasta 1,00 mg/dl	COLORIMETRICO

Monasterolo

MONASTEROLO, Marcos Bíoq. MPN 731

ANALISIS	RESULTADO	INTERVALO DE REFERENCIA	METODO
PERFIL LIPIDICO			

COLESTEROL TOTAL	<u>299</u> 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	<u>45</u> mg/dl	Valor deseable: > 40 mg/dl	ENZIMATICO
----------------	-----------------	----------------------------	------------

COLESTEROL LDL	<u>214</u> 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	<u>1,98</u> 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:	<u>LIMPIDO</u>	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 Bíoq. MPN 731

ANALISIS

RESULTADO

INTERVALO DE REFERENCIA

METODO

EXAMEN DE ORINA COMPLETA

Material: *Orina Matinal - Chorro Medio*

Método: *Tira reactiva Semicuantitativa - Microscopia*

EXAMEN FISICO:

COLOR: AMARILLO
ASPECTO: LIMPIDO
pH: NEUTRA
DENSIDAD: 1.020

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: 0-1 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 Bioq. MPN 731



32984.

APELLIDO Y NOMBRE: CARRASCO MIGUEL ANGEL

EMPRESA: QUINPE SRL

DNI : 33677935

FECHA: 08/07/2022

SCREENING DE DROGAS

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

FIRMA Y FECHA DE NACIMIENTO

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

X6

06/08/88

SALERNO MARTIN
BIOQUIMICO
M.P.NQN. 774

Fecha : 08/07/2022

Historia Clínica : 248397



Institución : QUINPE S.R.L

MEDICINA LABORAL

Paciente : CARRASCO MIGUEL ANGEL

Nro. Afiliado : 33677935

Documento : DNI 33677935

Comprobante/Protocolo : 4000-00130740

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 5° espacio discal impresiona ligeramente descendido en su altura.

El 4°, 3° y 1° espacio discal muestra un leve pinzamiento posterior.

Observe en el registro frontal como la espinosa de L5 se encaja dentro de la primera sacra.

Por encima Baastrup tipo I.

5UC



APELLIDO Y NOMBRE: CARRASCO MIGUEL ANGEL

EMPRESA: QUINPE SRL

DNI : 33677935

FECHA: 08/07/2022

ELECTROCARDIOGRAMA

INFORME:

R) E62x

en nota patológica

Dr. DIEGO M. LAVAGGI
Médico Cardiólogo
M. P. N. 4473 - M. E. 2531
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO
CARDIOLOGO

PESO:	84	TALLA:	184	T.A MAX:	120	T.A MIN:	80	PULSO:	62
-------	----	--------	-----	----------	-----	----------	----	--------	----

COSEMI S.p.A.
FONDAZIONE
M.P. 309

APELLIDO Y NOMBRE: CARRASCO MIGUEL ANGEL

EMPRESA: QUINPE SRL

DNI : 33677935

FECHA: 08/07/2022

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	
AFFECTIVIDAD 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: Recorredor

Martín Demeyre
PSICÓLOGA
M. P. N° 1679

APELLIDO Y NOMBRE: CARRASCO MIGUEL ANGEL

EMPRESA: QUINPE SRL

DNI : 33677935

FECHA: 08/07/2022

ELECTROENCEFALOGRAMA

Descripción de realización:

El presente estudio fue realizado con un equipo digital marca: AKONIC, modelo: BIO-PC. Los electrodos se colocaron según sistema internacional 10/20 y se obtuvo un registro simultáneo de ambos hemisferios. Se utilizó como potencial de referencia la promediación de ambos potenciales mastoideos. Se utilizaron montajes bipolares longitudinales y transversales y un montaje monopolar referencial para la interpretación y análisis de la señal del EEG.

Las condiciones de registro de la fecha fueron de reposo con ojos cerrados, abiertos, fotoestimulación e hiperventilación.

Descripción del estudio:

Ritmo de base: Trazado regular y organizado con predominio de actividad α 8-12 Hz. posterior, bilateral y simétrica.

Reactividad: Adecuada reactividad a la apertura ocular. La hiperventilación desorganiza y enlentece globalmente la actividad basal.

Actividad paroxística epileptiforme: No se evidencia.

Actividad focal: No se evidencia.

Colaboración	Buena	<input checked="" type="checkbox"/>	Escasa	<input type="checkbox"/>
Artificios	No	<input checked="" type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>

Conclusión:

Estudio dentro de parámetros normales para la edad y estado actual del paciente.

Se adjuntan muestras representativas del trazado obtenido.

Dr. Adrian Marinucci
Neurocirujano-Neurología
M.N. 89609
M.ESP. 1978
M.P.NON. 5614
M.P.BN. 4257

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO NEUROLOGO



APELLIDO Y NOMBRE: CARRASCO MIGUEL ANGEL

EMPRESA: QUINPE SRL

DNI : 33677935

FECHA: 08/07/2022

2895478604

PRESTACION	CONSULTORIO	FIRMA
LABORATORIO	CONS. 39	✓
MEDICO	CONS. 36	Dra. GRACIELA MORENO MÉDICO M. P. Nqn. 6109 - M. P. R. 11PC
ENFERMERIA / ECG	CONS. 39	
RADIOGRAFIA	CONS. 38	Centy
AUDIOMETRIA	CONS. 35	
PSICOLOGICO	CONS. 31/32	LM
TEST DE EQUILIBRIO / EEG	CONS. 37	A EEG
ESPIROMETRIA	CONS. 34	
ERGOMETRIA	TERCER PISO CONS. 27	
PSICOMETRICO	PLANTA BAJA / VERONICA	
RNM	CLINICA SAN AGUSTIN	: HS