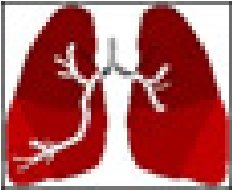
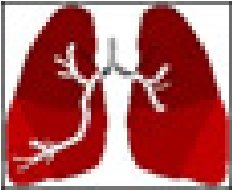
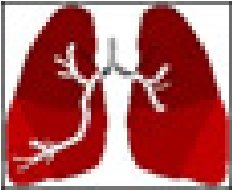




FICHA MÉDICA OCUPACIONAL

PULMONES: Clínicamente normal <input checked="" type="checkbox"/> S/A: Murmullo vesicular y vibraciones vocales pasan bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados		CORAZON: Clínicamente normal <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL; S/A: Ruidos Cardíacos rítmicos de buen tono e intensidad, no soplos ni fremitos ni otros ruidos agregados.																																																						
TORAX: Normal		Abdomen NORMAL; S/A: Simétrico, no distendido, RHA (+) B/D no doloroso, no VMG																																																						
Miembros Superiores NORMAL; S/A: Rangos articulares conservados, no se evidencian alteraciones articulares, no dolor a la movilización activa ni pasiva, no crepitos, no eritema, ni aumento de volumen.		Ganglios NORMAL; No se evidencia adenopatías																																																						
Miembros Inferiores NORMAL; S/A: Rangos articulares conservados, no se evidencian alteraciones articulares, no dolor a la movilización activa ni pasiva, no crepitos, no eritema, ni aumento de volumen.		Anillos Inguinales NORMAL;																																																						
Reflejos Osteotendinosos NORMAL		Organos Genitales NORMAL;																																																						
Columna Vertebral NORMAL; S/A: Rangos articulares conservados, no se evidencian alteraciones articulares, no dolor a la movilización activa ni pasiva, no crepitos, no eritema, ni aumento de volumen.		Hernias AUSENTES	Várices AUSENTES																																																					
Marcha NORMAL;		Tacto Rectal NORMAL <input type="checkbox"/> NO SE HIZO <input checked="" type="checkbox"/>																																																						
Lenguaje, Atención, Memoria, Orientación, Inteligencia, Afectividad NORMAL																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>0/0</th> <th>1/0</th> <th>1/1</th> <th>1/2</th> <th>2/1</th> <th>2/2</th> <th>2/3</th> <th>3/2</th> <th>3/3</th> <th>3/+</th> <th>A</th> <th>B</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">  N° Rx: 04068719 Fecha: 10-08-2022 Calidad: 1 2 3 4 Simbolos: NO </td> <td>CERO <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>1/0 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">UNO <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">DOS <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">TRES <input type="checkbox"/></td> <td colspan="4">CUATRO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="13"> CON NEUMOCONIOSIS <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td> Sin neumoconiosis "NORMAL" </td> <td> Imagen Radiográfica de Exposición a polvo </td> <td colspan="11"></td> </tr> </tbody> </table>					0/0	1/0	1/1	1/2	2/1	2/2	2/3	3/2	3/3	3/+	A	B	C	 N° Rx: 04068719 Fecha: 10-08-2022 Calidad: 1 2 3 4 Simbolos: NO	CERO <input checked="" type="checkbox"/>	1/0 <input type="checkbox"/>	UNO <input type="checkbox"/>		DOS <input type="checkbox"/>		TRES <input type="checkbox"/>		CUATRO <input type="checkbox"/>				CON NEUMOCONIOSIS <input type="checkbox"/>													Sin neumoconiosis "NORMAL"	Imagen Radiográfica de Exposición a polvo											
	0/0	1/0	1/1	1/2	2/1	2/2	2/3	3/2	3/3	3/+	A	B	C																																											
 N° Rx: 04068719 Fecha: 10-08-2022 Calidad: 1 2 3 4 Simbolos: NO	CERO <input checked="" type="checkbox"/>	1/0 <input type="checkbox"/>	UNO <input type="checkbox"/>		DOS <input type="checkbox"/>		TRES <input type="checkbox"/>		CUATRO <input type="checkbox"/>																																															
	CON NEUMOCONIOSIS <input type="checkbox"/>																																																							
	Sin neumoconiosis "NORMAL"	Imagen Radiográfica de Exposición a polvo																																																						
Vértices: NORMAL, Libres.																																																								
Mediastinos: NORMAL,																																																								
Campos pulmonares: NORMAL, Radiotransparencia conservada, sin lesiones, no se observa focos de proceso pleuroparenquial																																																								
Situa cardiovascular: NORMAL, Localización y configuración habitual.																																																								
Hilos: NORMAL, Trama vascular pulmonar normales.																																																								
Senos: NORMAL, Libres.																																																								
Conclusion Radiográfica: Radiológicamente Normal <input checked="" type="checkbox"/>																																																								
EVALUACIÓN RADIOLOGICA DENTRO DE LÍMITES NORMALES.																																																								
GRUPO SANGUINEO <table border="1"> <tr> <td>O</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>AB</td> </tr> </table>		O	A	B	AB	FACTOR RH <table border="1"> <tr> <td>+</td> <td>-</td> </tr> </table>		+	-																																															
O	A	B	AB																																																					
+	-																																																							
Hemoglobina 19.8		Hematocrito 61.5																																																						
Reacciones serológicas a LUES - RPR - VDRL No Reactivo <input checked="" type="checkbox"/>																																																								
Orina		Ph: 7.00																																																						
Densidad: 1.010		Normal <input checked="" type="checkbox"/>																																																						
<table border="1"> <tr> <td> Apto para Trabajar SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EVALUADO <input type="checkbox"/> APTO CON RESTRICCIONES <input checked="" type="checkbox"/> </td> <td> Nombres y Apellidos del Médico - Colegiatura N°  DRA. JUDITH VICTORIAS VILA HUAPAYA MEDICO OCUPACIONAL C.M.P. 095219 VILA HUAPAYA JUDITH VICTORIAS 095219 </td> <td> Nombres y Apellidos del Psicologo - Colegiatura N°  LIC. WENDY CALDERON ARELLANO PSICOLOGA C.Ps.P. 39046 Calderon Arellano Wendy Yasmin 39046 </td> </tr> </table>				Apto para Trabajar SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EVALUADO <input type="checkbox"/> APTO CON RESTRICCIONES <input checked="" type="checkbox"/>	Nombres y Apellidos del Médico - Colegiatura N°  DRA. JUDITH VICTORIAS VILA HUAPAYA MEDICO OCUPACIONAL C.M.P. 095219 VILA HUAPAYA JUDITH VICTORIAS 095219	Nombres y Apellidos del Psicologo - Colegiatura N°  LIC. WENDY CALDERON ARELLANO PSICOLOGA C.Ps.P. 39046 Calderon Arellano Wendy Yasmin 39046																																																		
Apto para Trabajar SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EVALUADO <input type="checkbox"/> APTO CON RESTRICCIONES <input checked="" type="checkbox"/>	Nombres y Apellidos del Médico - Colegiatura N°  DRA. JUDITH VICTORIAS VILA HUAPAYA MEDICO OCUPACIONAL C.M.P. 095219 VILA HUAPAYA JUDITH VICTORIAS 095219	Nombres y Apellidos del Psicologo - Colegiatura N°  LIC. WENDY CALDERON ARELLANO PSICOLOGA C.Ps.P. 39046 Calderon Arellano Wendy Yasmin 39046																																																						
EVALUACION PSICOLOGICA ESTRES DISC ENTREVISTA SALAMANCA ANSIEDAD																																																								

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE MI EXAMEN MÉDICO
Declaro que todas las dolencias, uso de medicamentos y demás
respuestas
son ciertas según mi leal saber y entender.
En caso de ser requeridos, los resultados del exámen médico pueden
ser
revelados en terminos generales al Departamento de Salud
Ocupacional de
la Compañía/Empresa.



Firma del Trabajador o Postulante
DNI:04068719



Índice Derecho



**DECLARACION JURADA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRÁCTICA DEL EXAMEN MÉDICO
OCUPACIONAL Y PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN MÉDICA E HISTORIA CLÍNICA**

Yo, CALLUPE HUIDOBRO PERCY RAUL Identificado(a) con DNI N° 04068719 y domiciliado(a) en: JR. PEDRO CABALLERO Y LIRA 104 distrito de Chaupimarca Declaro que he sido informado(a) de la naturaleza y propósito por las cuales se me practicará el examen médico ocupacional: PERIODICO por parte del médico del Establecimiento de Salud Health and Safety Occupational S.A.C. ; entiendo que es necesario para poder identificar de manera oportuna, posibles enfermedades relacionadas con el trabajo. También dejo constancia que todas mis preguntas y dudas al respecto han sido absueltas por el médico a cargo de mi examen médico.

De la misma manera, me comprometo a **brindar información verdadera** con respecto a mis antecedentes médicos, y a mi estado de salud física y mental actual, que se me consulte al momento del examen médico; por ello declaro que soy consciente que el ocultar o falsear información me puede causar daño, por lo que asumo la responsabilidad de ello.

Asimismo, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 13° y 25° de la Ley 26842, Ley General de Salud, autorizo al Establecimiento de Salud que me practica el examen médico ocupacional a proporcionar información concerniente a mi estado de salud, resultados de mis exámenes auxiliares, evaluaciones médico ocupacionales y a entregar una copia de mi historia clínica y toda la información resultante de mi examen médico ocupacional al área de salud ocupacional de SOLUCIONES INDUSTRIALES DEJOTA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA para su información y custodia; en cumplimiento de lo señalado en la Ley 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Ciudad de 10 de Agosto del 2023

Firma:

Huella Digital:





CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL 2

N° DE H.CL: 0055046

Nombre y apellidos:	CALLUPE HUIDOBRO, PERCY RAUL				
Documento de identidad (DNI):	04068719	Edad:	49 años	Sexo:	MASCULINO
Tipo de examen médico:	Preocupacional		Periodico		Retiro
Grupo Sanguíneo:	O		Factor RH	POSITIVO	
Empresa:	SOLUCIONES INDUSTRIALES DEJOTA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA				
Puesto al que postula (Solo preocupacional)					
Ocupacion actual o ultima ocupacion	RESIDENTE				

Conclusiones:

Cie	Descripción
E66	OBESIDAD TIPO I (IMC: 34.29)
H52.1	AMETROPIA SEVERA CORREGIDA
D75.1	POLICITEMIA SECUNDARIA

	Examen Médico	Evaluación psicológica	Examen para trabajos en altura mayor a 1.8 mts.
APTO (Para el puesto en el trabajo o al cual postula)		X	
APTO CON RESTRICCIÓN (Para el puesto en el trabajo o al cual postula)	X		
NO APTO (Para el puesto en el trabajo o al cual postula)			
EVALUADO			

Restricciones:

USO PERMANENTE DE LENTES CORRECTORES
OBESIDAD / CONTROL EN 4 MESES .

Recomendaciones:

- 1) CONTROL POR ENDOCRINOLOGIA DR FRANCISCO EDGARDO MEZA LEGUA CMP 32998 RNE 28545 CONTINUAR CON INDICACIONES DE ESPECIALISTA CONTROL EN 4 MESES
- 2) CONTROL ANUAL DE CORRECTORES
- 3) CONTROL SEMESTRAL


DRA. JUDITH VICTORIAS VILA HUAPAYA
MEDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 095219

Fecha: 10/08/2023

Sello y Firma del Médico que CERTIFICA



APP de Verificación Mediweb QR
Disponible en Google Play Store



ANEXO 16 A

EVALUACION MEDICA PARA ASCENSO A GRANDES ALTITUDES (mayor de 2,500 m.s.n.m)

DATOS PERSONALES

Apellidos: CALLUPE HUIDOBRO		Nombres: PERCY RAUL	
Documento de Identidad 04068719	Fecha de Nacimiento 11-06-1973	Edad 49 Años	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección JR. PEDRO CABALLERO Y LIRA 104		Pasco/Chaupimarca/Pasco	
Empleador: SOLUCIONES INDUSTRIALES DEJOTA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA		Actividad a Realizar: RESIDENTE	

Funciones Vitales en Reposo

Pulso	Presión Arterial		Frec. Resp.	Sat O2	Temperatura	IMC:
73 x/min.	Sistólica 126 mmHg	Diastólica 83 mmHg	20 x/min.	91 %	36.5 °C	34.29 kg/m2

El paciente, ha presentado en los últimos 6 meses:

	SI	NO
Cirugía mayor reciente		X
Desórdenes de la coagulación, trombosis, otros		X
Diabetes Mellitus		X
Hipertensión Arterial		X
Embarazo (FUR:)	--	--
Problemas neurológicos: Epilepsia, vértigo, otros		X
Infecciones recientes (de moderadas a severas)		X
Obesidad	X	
Problemas Cardíacos: Marcapasos, coronariopatía, otros		X
Problemas Respiratorios: Asma, EPOC, otros		X
Problemas Oftalmológicos: Retinopatía, glaucoma, otros		X
Problemas Digestivos: sangrado digestivo, hepatitis, cirrosis hepática, otros		X
Apnea del Sueño		X
Alergias :		X
Otra condición médica importante: POLICITEMIA		X

Uso de medicación actual:



Grupo Sanguíneo: O	Factor Rh: POSITIVO	Hemoglobina: 19.8
--------------------	---------------------	-------------------

Declaro que las respuestas dadas en el presente documento son verdaderas y estoy consciente que el ocultar o falsear información me puede causar daño por lo que asumo total responsabilidad de ello.

Conforme a la declaración del / de la paciente certifico que se encuentra APTO para ascender a grandes altitudes (mayor a 2,500 m.s.n.m) sin embargo, no aseguro el desempeño durante el ascenso ni durante su permanencia.

DATOS DEL MÉDICO

Apellidos: VILA HUAPAYA		Nombres: JUDITH VICTORIAS	
Dirección:			
CMP:	Fecha (dd/mm/aa)	Firma y Sello	
95219	10-08-2023	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div> <p style="margin: 0;">DRA. JUDITH VICTORIAS VILA HUAPAYA</p> <p style="margin: 0;">MÉDICO OCUPACIONAL</p> <p style="margin: 0;">C.M.P. 095219</p> </div> </div>	


Declaro que todas las dolencias, uso de medicamentos y demás respuestas son ciertas según mi leal saber y entender		
	Firma del trabajador o postulante	



PERÚ

Ministerio
de Salud

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN / VACCINATION CERTIFICATE

Nombre / Name CALLUPE HUIDOBRO PERCY RAUL	Fecha de Nacimiento / Date of birth 11/06/1973	
Documento de Identidad / Identification document DNI: 04068719	Nacionalidad / Nationality PERU	
Sexo / Sex M	Vacuna / Vaccine Vacuna contra Covid	

Vacunado / Vaccinated

Fecha de Vacunación / Vaccination Date	Dosis / Dose	Fabricante y Lote de Vacuna / Product Name and Manufacturer Lot Number	Lugar de Vacunación / Vaccination Place
23/07/2021	1ª dosis	PFIZER (FA9096)	PASCO - Coliseo Municipal De Chaupimarca - PASCO PASCO CHAUPIMARCA
22/08/2021	2ª dosis	PFIZER (FD7207)	PASCO - Coliseo Municipal De Chaupimarca - PASCO PASCO CHAUPIMARCA
20/01/2022	3ª dosis	PFIZER (FM2958)	JUNIN - Hospital Ramiro Prialé Prialé - JUNIN HUANCAYO EL TAMBO

Certificado emitido por / Certificate issued by:
Ministerio de Salud del Perú

Fecha de Emisión / Date of Issue
11/02/2022 16:13

Copyright © 2021. Desarrollado por la Oficina General de Tecnologías de la Información del Ministerio de Salud |
Todos los derechos reservados.