

Historia Clínica N°	PQ4412-000110			Fecha	Día	18	Mes	01	Año	2022		
Tipo de evaluación	Pre Ocupacional		X	Periódico		Retiro		Otros				
Lugar del examen	Departamento	LIMA		Provincia	LIMA		Distrito					
I. DATOS DE LA EMPRESA												
Razón Social		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C										
Actividad Económica		fabricación de productos de plásticos										
Lugar del Trabajo		Av. Elmer Faucett Nro. 3486										
Ubicación	Departamento	PROV. CONST. DEL CALLAO		Provincia	CALLAO		Distrito	CALLAO				
Puesto al que postula (solo pre ocupacional)				AYUDANTE DE PRODUCCION								
Puesto laboral actual				-								
II.- FILIACIÓN DEL TRABAJADOR												
Nombres y apellidos		GLEBIS NAVARRO NAVARRO										
Fecha de nacimiento		Día	30	Mes	05	Año	1993					
Edad	28	años										
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)				PER 47760982								
Domicilio fiscal												
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje		MZ.C7 LT.24 SECTOR 2										
Número/Departamento/Interior			-			Urbanización			-			
Distrito	CALLAO		Provincia	CALLAO		Departamento	PROV. CONST. DEL CALLAO					
Residencia en lugar Trabajo		SI		NO	X	Tiempo de residencia en Lugar de trabajo						años
ESSALUD	-	EPS	-	OTRO		SCTR		-	OTRO	-		
Correo electrónico			GN_LI@HOTMAIL.COM			Teléfono			-			
Estado Civil			CASADO			Grado de instrucción			SECUNDARIA COMPLETA			
Nº total de hijos vivos			2			Nº de dependientes			2			
III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES												
EMPRESA	Área de trabajo		Ocupación			Fecha		Tiempo	Exposición ocupacional		EPP	
PARAISO SAC	PRODUCCION		OPERARIO DE PRODUCCION			I	May 2017		disergonomicos, turnos, polvo, ruido, movimientos repetitivos, turnos nocturnos, caídas, posturas		mascarilla, casco, orejeras, tapones auditivos, guantes, ropa, lentes, botas	
						F	Ago 2021					
						I						
						F						
						I						
						F						
						I						
						F						
						I						
						F						
						I						
						F						
IV . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES												
Alergias	-	Diabetes		-	TBC	-	Hepatitis :	-				
Asma	-	HTA		-	ITS	-	Tifoidea	-				
Bronquitis	-	Neoplasia		-	Convulsiones	-	Otros	X				
Quemaduras	-											
Cirugías	X			Intoxicaciones		-	RAM	-				
EXTIRPACION DE PTERIGION EN OJO IZQUIERDO - 2014 - HOSPITAL NEGREIROS												
Descripción		1-COVID19 (2020/05) DX PRUEBA ANTIGENA. ASINTOMATICO. AISLAMIENTO DOMICILIARIO. DESCANSO MEDICO POR 7 DIAS. SIN COMPLICACIONES NI SECUELAS										

Hábitos nocivos	Tipo	Cantidad	Frecuencia
Alcohol	CERVEZA	1-2	POCO
Tabaco	NIEGA	NIEGA	NIEGA
Drogas	NIEGA	NIEGA	NIEGA
Medicamentos		NIEGA	

Absentismo: enfermedades y accidentes (asociado a trabajo o no)						
Enfermedad, Accidentes	Asociado al trabajo		Año	Dias de descanso		
	SI	NO				
NIEGA						
NIEGA						
NIEGA						
NIEGA						

V . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Padre	Niega	Madre			Niega	Hermanos	Niega
Esposo(a)	Niega	Hijos vivos	N°	2	Hijos fallecidos	N°	00

VI . EVALUACIÓN MEDICA											
Anamnesis											
NO REFIERE											
Examen clínico	Talla (cm)	163	Peso (Kg)	71	IMC	26.72	Perímetro abdominal	93			
	Fr. Resp.	17	F. Card.	73	PA	110 / 70	PAmed	83.33			
	Otros	S O2 98 %	FUR: NO APLICA								
Ectoscopia	ABEG/ ABEH/ ABEN										
Estado mental	LOTEP										
EXAMEN FÍSICO											
Organo o Sistemas	Sin Hallazgos	Hallazgos									
Piel		TIBIA, HIDRATADA, ELASTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS NO LESIONES.									
Cabeza / Cabello	X										
Ojos y anexos		Ojos	OD	Normal	OI	Normal					
		Agudeza Visual Cerca	OD	20/20	OI	20/20	Con correctores	OD		OI	
		Agudeza Visual Lejos	OD	20/30	OI	20/40	Con correctores	OD	20/20	OI	20/20
		Fondo de ojo	OD	NO REALIZADO	OI	NO REALIZADO	Visión de colores	OD	NORMAL	OI	NORMAL
		Visión de profundidad	NORMAL								
		Exámen ocular externo	OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION								
Oidos	X										
Nariz	X										
Boca	X										
Faringe	X										
Laringe	X										
Cuello	X										
Aparato Respiratorio	X										
Aparato Cardiovascular	X										
Aparato Genitourinario	X										
Aparato Locomotor	X										
Marcha	X										
Columna	X										
Abdomen	X										
Hernias	X										
Tacto Rectal		DIFERIDO									
Lenguaje	X										
Ganglios	X										
Varices	X										
Reflejos Osteotendinosos	X										
Miembros superiores	X										
Miembros inferiores	X										
Sistema linfático	X										
Sistema nervioso	X										
					 Dra. Daviangeila Saireth Rausseo Portillo Médico Ocupacional CMP 093927 DOKTUZ						
Nombre, Firma del Trabajador					Nombre, Firma y Sello del Médico Evaluador						

VII . CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA							
APTO							
VIII . CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS							
TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL							
IX . HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO							
COLESTEROL EN LIMITE SUPERIOR							
X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA							
NORMOACUSIA BILATERAL							
XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA							
XII . OTROS							
RIESGO CORONARIO: 3 % - BAJO							
XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL							
1				P	D	R	CIE-10
2				P	D	R	
3				P	D	R	
4				P	D	R	
5				P	D	R	
OTROS DIAGNÓSTICOS							
6	NORMOACUSIA BILATERAL			P	D	R	Z01.1
7	AMETROPIA LEVE CORREGIDA			P	D	R	H52.X
8	SOBREPESO			P	D	R	E67.X
9	PIE PLANO BILATERAL			P	D	R	M21.4
10	TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL			P	D	R	Z04.9
11	COLESTEROL EN LIMITE SUPERIOR			P	D	R	E78.0
APTO	APTO CON RESTRICCIONES	X	NO APTO				
XIV . RECOMENDACIONES							
<ul style="list-style-type: none"> - SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL. - SE LE SUGIERE CONTINUAR CON EL USO DE SUS LENTES CORRECTORES Y EL CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA - SE LE SUGIERE UNA DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, INCREMENTE LA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS, NO OLVIDE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA. ACUDA A NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA PARA SU EVALUACIÓN. - SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. - SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO. - SE LE SUGIERE DIETA BAJA EN GRASAS SATURADAS Y REPETIR EL EXAMEN EN 3 MESES. EVALUACIÓN Y MANEJO POR MEDICINA GENERAL. 							
  <p>Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra Médico Evaluador CMP 70087 DOKTUZ</p>							
Nombre, Firma y Sello del Médico Ocupacional							

**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL
PREOCUPACIONAL**

APELLIDOS Y NOMBRES		NAVARRO NAVARRO GLEBIS		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD				
DNI (<input checked="" type="checkbox"/>)	C.E. (<input type="checkbox"/>)	PER 47760982		
EDAD	28 años			
GÉNERO	MASCULINO			
PUESTO AL QUE POSTULA (SOLO PRE OCUPACIONAL)		AYUDANTE DE PRODUCCION		
EMPRESA		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C	SEDE O PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

CONCLUSIONES

GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH: O NEGATIVO

ALTURA ESTRUCTURAL: NO APLICA

ALERGIA: NIEGA

APTO		RESTRICCIONES 1 SE RESTRINGEN LABORES SIN EL USO PERMANENTE DE LENTES CORRECTORES.
APTO CON RESTRICCIÓN	X	
NO APTO		MOTIVO DE OBSERVACIÓN, NO APTITUD O APTITUD NO DETERMINADA:
OBSERVADO		

FECHA DEL EXAMEN 18-01-2022




Dra. Ludy Murguia Valdivia
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora
CMP 45724 - RNA 04081
DOKTUZ SAC

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO OCUPACIONAL

INFORME MÉDICO

APELLIDOS Y NOMBRES:	NAVARRO NAVARRO GLEBIS					
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C					
TIPO DE EVALUACION:	PREOCUPACIONAL					
PUESTO	AYUDANTE DE PRODUCCION			AREA DE TRABAJO	OPERACIONES	
FECHA DE EVALUACIÓN	18-01-2022			PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL	
FECHA DE EMISIÓN	18-01-2022					
DNI:	47760982	EDAD:	28 años	SEXO:	MASCULINO	HISTORIA CLÍNICA
						PQ4412-000110

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO							
Hemoglobina:	15.1 g/dL	Grupo y Factor:	O Negativo		Orina Completa: NORMAL		
Glucosa:	94 mg/dL	Colesterol:	215.6 mg/dL		Triglicéridos	147.1 mg/dL	
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA		PSA:	NO APLICA	

TRIAJE					
Talla:	163 cm.	Peso:	71 kg.	IMC:	26.72 kg/m ²
Presión Arterial:	110/70 mmHg.	Frec. Respiratoria:	17 x minuto.	Frec. Cardiaca:	73 x minuto.

<u>CONCLUSIÓN</u>					
1.- NORMOACUSIA BILATERAL.					
2.- AMETROPÍA LEVE CORREGIDA					
3.- SOBREPESO					
4.- PIE PLANO BILATERAL					
5.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL					
6.- COLESTEROL EN LIMITE SUPERIOR					

<u>RECOMENDACIONES</u>					
1.- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.					
2.- SE LE SUGIERE CONTINUAR CON EL USO DE SUS LENTES CORRECTORES Y EL CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA					
3.- SE LE SUGIERE UNA DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, INCREMENTE LA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS, NO OLVIDE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA. ACUDA A NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLÓGÍA PARA SU EVALUACIÓN.					
4.- SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.					
5.- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.					
6.- SE LE SUGIERE DIETA BAJA EN GRASAS SATURADAS Y REPETIR EL EXAMEN EN 3 MESES. EVALUACIÓN Y MANEJO POR MEDICINA GENERAL.					



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra
Médico Evaluador
CMP 70087
DOKTUZ

Firma y Sello del Responsable de Revisión

EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES NAVARRO NAVARRO GLEBIS EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.
 EDAD 28 FECHA: 18-01-2022
 OCUPACIÓN AYUDANTE DE PRODUCCION LENTES: LEJOS
 FECHA ULTIMO CAMBIO HACE 4 meses

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

ANTECEDENTES OCULARES PERSONALES: refiere cirugía de pterigión hace 6 años
 ANTECEDENTES FAMILIARES: no refiere
 MEDICAMENTOS: no refiere

EXAMEN OCULAR EXTERNO :

OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

AGUDEZA VISUAL	SIN LENTES		CON LENTES		AGUJERO ESTENOPEICO	
	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
VISIÓN DE CERCA	20/20	20/20				
VISIÓN DE LEJOS	20/30	20/40	20/20	20/20	20/20	20/20
BINOCULAR	20/20					

REFLEJOS PUPILARES

OD: NORMAL	OI: NORMAL
VISIÓN DE COLORES (TEST DE ISHIHARA)	NORMAL
OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
VISIÓN DE PROFUNDIDAD	NORMAL

FONDO DE OJO

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

TONOMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

CAMPIMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

OTRAS EVALUACIONES:

NO APLICA

DIAGNÓSTICOS:

(H52.X) AMETROPÍA LEVE CORREGIDA



Dr. Victor Dulanto Reinoso
Médico Oftalmólogo
CMP 51129 RNE 23684
DOKTUZ

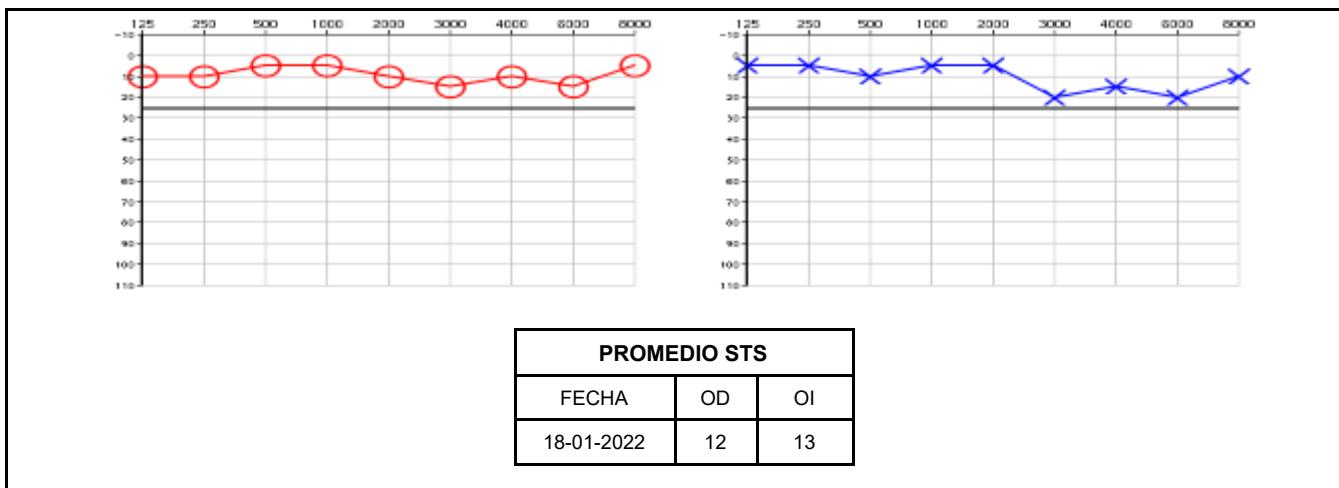
Nombre, Firma y Sello del Evaluador

Firma y Sello del Médico

FICHA AUDIOLÓGICA

Historia clínica		PQ4412-000110	Ficha audiológica				Audiometría	Marca: AMPLIVOX					
Fecha del Examen		18-01-2022	EXAMEN	Pre-ocupacional	<input checked="" type="checkbox"/>	Periodica			Modelo: 240				
				Retiro		Otro							
Nombres y apellidos		GLEBIS NAVARRO NAVARRO						Nº Serie: 31635 Fecha de Calibración de Equipo: 0000-00-00 Fecha de Calibración Biológica: 18-01-2022					
Edad	28	Sexo	MASCULINO	Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C								
Ocupación	AYUDANTE DE PRODUCCION			Años de Trabajo	4A	Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d				12 HORAS			
Uso de protectores auditivos	Tapones	<input checked="" type="checkbox"/>	Siempre	Orejeras		Siempre	Apreciación al ruido	Ruido muy intenso		Ruido moderado	<input checked="" type="checkbox"/>	Ruido no molesto	

ANTECEDENTES Relacionados		SI	NO	SINTOMAS actuales				SI	NO
Exposición a ruido		<input checked="" type="checkbox"/>		Disminución de la audición					<input checked="" type="checkbox"/>
Consumo de tabaco			<input checked="" type="checkbox"/>	Acúfenos					<input checked="" type="checkbox"/>
Servicio militar			<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de oídos					<input checked="" type="checkbox"/>
Hobbies con exposicion a ruido			<input checked="" type="checkbox"/>	Zumbidos					<input checked="" type="checkbox"/>
Exposición laboral a químicos		<input checked="" type="checkbox"/>		Mareos					<input checked="" type="checkbox"/>
Infección de oídos			<input checked="" type="checkbox"/>	Infección de oído					<input checked="" type="checkbox"/>
Uso de ototóxicos			<input checked="" type="checkbox"/>	Exposición reciente a ruidos en las últimas 18 horas					<input checked="" type="checkbox"/>
Traumatismo encéfalo craneano, Meningitis			<input checked="" type="checkbox"/>	Otros					<input checked="" type="checkbox"/>
Trauma acústico			<input checked="" type="checkbox"/>						
Parotiditis			<input checked="" type="checkbox"/>						
Deportes Acuáticos			<input checked="" type="checkbox"/>						
Parálisis Facial			<input checked="" type="checkbox"/>						
OTOSCOPIA:		Oido Derecho: NORMAL CAE Permeable, Membrana timpánica íntegra Oido Izquierdo: NORMAL CAE Permeable, Membrana timpánica íntegra							



Conclusiones

OIDO DERECHO: Z01.1 NORMOACUSIA

OIDO IZQUIERDO: Z01.1 NORMOACUSIA

Recomendaciones

SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.



Lic. Johana Lisset Gómezchávez Luján
Licenciada de Enfermería
Nº Colegiatura 092057 CAOHC 562921 NIOSH 8864
DOKTUZ

Firma y Sello del Responsable de evaluación



Dra. Elsa Mercedes Rosario Padilla La Rosa
Médico Otorrinolaringologa
CMP 21437 RNE 11995
DOKTUZ

Firma y Sello del Responsable de Revisión

INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

I.- DATOS GENERALES

PACIENTE	NAVARRO NAVARRO GLEBIS	EDAD	28
LUGAR DE NACIMIENTO	Prov. Const. Del Callao Callao Callao	F. NACIMIENTO	30-05-1993
LUGAR DE RESIDENCIA	MZ.C7 LT.24 SECTOR 2	F. EVALUACIÓN;	18-01-2022
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	GRADO DE INSTRUCCIÓN	SECUNDARIA COMPLETA
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
ESTADO CIVIL	CASADO		

II. - MOTIVO DE EVALUACIÓN: PREOCUPACIONAL

III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS:

PRESENTACIÓN	Adecuado	(X)	Inadecuado	()	Fluido	(X)	
	Erguida	(X)	Encorvada	()			
DISCURSO	Ritmo:	Lento	()	Rápido	()	Alto	()
	Tono:	Bajo	()	Moderado	(X)		
ORIENTACIÓN	Articulación:	con dificultad	()	sin dificultad	(X)		
	Tiempo:	Orientado	(X)	Desorientado	()		
	Espacio:	Orientado	(X)	Desorientado	()		
	Persona:	Orientado	(X)	Desorientado	()		

IV.- RESULTADOS DE EVALUACION

1. Nivel Intelectual:	NORMAL PROMEDIO	CI	110
2. Coordinación Visomotriz:	ADECUADO		
3. Nivel de Memoria:	CORTO PLAZO (ADECUADO)	MEDIANO PLAZO (ADECUADO)	LARGO PLAZO (ADECUADO)
4. Personalidad:	CON TENDENCIA A LA INTROVERSIÓN		
5. Afectividad:	ESTABLE		
7. Manejo de Factores Psicosociales en el trabajo :	NO SOLICITADO		

V.- CONCLUSIONES

1. Área Cognitiva:	CON CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN A NIVEL NORMAL PROMEDIO. CON TENDENCIA A LA INTROVERSIÓN, SE MUESTRA CON BUENA DISPOSICIÓN PARA ALCANZAR OBJETIVOS COMUNES CON EL EQUIPO DE TRABAJO Y POSEE UNA BUENA CAPACIDAD PARA ADAPTARSE A LA VIDA LABORAL. NO EVIDENCIA INDICADORES HASTA LA FECHA.
2. Área Emocional :	ESTABLE
3. Ansiedad:	AUSENTE

VI.-RECOMENDACIONES

1. SE SUGIERE CONTROL ANUAL EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA.
2. TRATE DE BRINDAR ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EFECTIVAS Y SEGUIR PROMOViendo EL TRABAJO EN EQUIPO.

VII.- CONDICIÓN:

APTO



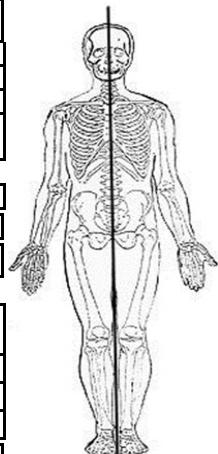

Lic. Isabel Gonzales Brair
Psicóloga
CPSP 6380
DOKTUS SAC

Firma y Sello del Responsable de la evaluación

FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: NAVARRO NAVARRO GLEBIS EDAD 28 SEXO MASCULINO
 EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C PUESTO AYUDANTE DE PRODUCCION FECHA 18-01-2022

ACTIVIDAD LABORAL:	De pie			PRESENTA DOLOR	NO						
EVALUACIÓN ESTÁTICA											
SEGMENTOS											
Cabeza	Antepulsión	Retropulsión	Inclinación	No presenta	Rotación	No presenta					
Hombros	Antepulsados	Retropulsión	Elevación de	Ninguno de los hombros	Éscapulas	Normal					
Abdomen	Normal										
Curvaturas Fisiológicas	Cervical	Normal	Dorsal	Normal	Lumbar	Normal					
Pelvis	Anteversión	Rodillas	Normal								
Pie	Normal <input type="checkbox"/>	Cavo	No	Plano	Ambos						
MOVILIDAD - DOLOR											
Columna vertebral	Flexión	Extensión	Lateralización Derecha	Lateralización Izquierda	Rotación derecha	Rotación izquierda					
Cervical	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no					
Dorsal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no					
Lumbar	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no					
Puebla de Adams	Negativo										



EXPLORACIÓN		PALPACIÓN		
Test específicos		+/-		
LASSEGUE	Derecho	-		
	Izquierdo	-		
SCHOBER	-			

Articulación	Abducción	Adducción	Flexion	Extensión	Rot. Ext.	Rot. Int.	limitación funcional	Irrad.	Alt. Masa Muscular
Hombro	Der.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Codo	Der.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Muñeca	Der.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Cadera	Der.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Rodilla	Der.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Tobillo	Der.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO

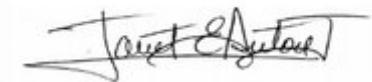
EVALUACIÓN DE LA MARCHA		Sí	No	SIGLOS Y SÍNTOMAS	
Realiza el contacto inicial con apoyo de talón.	X			GRADO 0	Ausencia de signos y síntomas.
Movimiento armónico de rodilla, tobillo y pie	X			GRADO 1	Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva.
La longitud del paso es simétrico.	X			GRADO 2	Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización.
Presenta claudicación de uno de los miembros inferiores	X			GRADO 3	Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión.
Integración de ambos hemicuerpos	X			GRADO 4	Grado 3 más limitación funcional evidente clínicamente.
Tipo de pisada	Normal				

EXIGENCIAS FÍSICAS			
Condición Física (Test de Ruffier)			
Manejo manual de cargas	Es capaz de cargar hasta		
Marcha sobre el terreno irregular			
Evaluación de destreza manual			
- Punteado	Errores:	Aciertos:	Tiempo en el Acierto:
- Palanca	Errores:	Tiempo de Error:	Tiempo de Prueba:
Rango Articulares			

RESULTADOS	
POSTURA	Óptima
CIE 10	DIAGNÓSTICO PARA COLUMNA VERTEBRAL
Z04.9	EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL
Recomendaciones	SE LE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS REGULARES (30 MINUTOS DIARIOS Y 5 VECES POR SEMANA) Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. LE AYUDARÁN A PREVENIR MOLESTIAS OSTEOMUSCULARES.

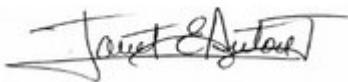
EXTREMIDADES

M21.4	PIE PLANO BILATERAL
Recomendaciones	SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.
OTROS	



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo
Terapia Física
CTMP 10444
DOKTUZ

Nombre y Firma del Evaluador



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo
Terapia Física
CTMP 10444
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

*Este resultado no es un diagnóstico definitivo, es un despistaje para prevenir futuras alteraciones posturales.

FICHA MUSCULO ESQUELETICA POR MÉDICO

Nº DE HISTORIA CLINICA

PQ4412-000110

APELLIDOS Y NOMBRES

NAVARRO NAVARRO GLEBIS

DNI

PER 47760982

TIPO DE EXAMEN:

PREOCUPACIONAL

SEXO

MASCULINO

FECHA DEL EXAMEN

18-01-2022

I. N° 1: Riesgos

PUESTO OPERATIVO	OPERATIVO	100	ADMINISTRATIVO	0
------------------	-----------	-----	----------------	---

SEDEnte	0	BIPEDESTACIÓN	100
---------	---	---------------	-----

Horas /días	8H/6D
-------------	-------

POSTURA

SEDEnte	0	BIPEDESTACIÓN	100
---------	---	---------------	-----

POSTURA FORZADA

NO

MOVIMIENTO REPETITIVO

NO

¿MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGA?	NO
--------------------------------	----

¿USUARIO DE PANTALLA VISUAL (PVD)?	NO
------------------------------------	----

Horas /días

DOMINANCIA

DIESTRO

ZURDO

II. N° 2: Evaluación.

CUESTIONARIO DE SINTOMAS (Comentar si tiene o no relación con el puesto de trabajo)

	Ha tenido problema (dolor, aumento de volumen, curvaturas,etc) en los últimos 12 meses a nivel de	Durante los últimos 12 meses ha estado incapacitado para su trabajo (en caso o fuera) por causa del problema	Ha tenido problemas en los últimos siete días
Nuca /Cuello	Si () No (X)	Si () No (X)	Si () No (X)
Hombro derecho	Si () No (X)	Si () No (X)	Si () No (X)
Hombro izquierdo	Si () No (X)	Si () No (X)	Si () No (X)
Codo derecho	Si () No (X)	Si () No (X)	Si () No (X)
Codo izquierdo	Si () No (X)	Si () No (X)	Si () No (X)
Muñeca/Mano der.	Si () No (X)	Si () No (X)	Si () No (X)
Muñeca/Mano izq.	Si () No (X)	Si () No (X)	Si () No (X)
Ambos	Si () No (X)	Si () No (X)	Si () No (X)
Columna dorsal	Si () No (X)	Si () No (X)	Si () No (X)
Columna lumbar	Si () No (X)	Si () No (X)	Si () No (X)
Cadera derecha	Si () No (X)	Si () No (X)	Si () No (X)
Cadera izquierda	Si () No (X)	Si () No (X)	Si () No (X)
Rodilla derecha	Si () No (X)	Si () No (X)	Si () No (X)
Rodilla izquierda	Si () No (X)	Si () No (X)	Si () No (X)
Tobillo/Pie derecho	Si () No (X)	Si () No (X)	Si () No (X)
Tobillo/Pie izquierdo	Si () No (X)	Si () No (X)	Si () No (X)

EXPLORACION FÍSICA DE ARTICULACIONES

Articulación		Abducción	Adducción	Flexión	Extensión	Rot. Ext.	Rot. Int.	Limitación Funcional	Irrad.	Alt. Masa Muscular
Hombro	Der.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
	Izq.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
Codo	Der.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
	Izq.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
Muñeca	Der.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
	Izq.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
Manos y dedos	Der.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
	Izq.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
Cadera	Der.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
	Izq.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
Rodilla	Der.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
	Izq.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
Tobillo	Der.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
	Izq.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no

Muñeca		+/-	Pie		+/-
Test de Phalen	Der	-	Cavo	Der	-
	Izq	-		Izq	-
Test de Tinel	Der	-	Plano	Der	-
	Izq	-		Izq	-
Signo de Finkelstein	Der	-	Hallux Valgus	Der	-
	Izq	-		Izq	-

COLUMNA VERTEBRAL

EJE ANTERO POSTERIOR (Marque con una X y/o comente)

Curvas Fisiológicas (ant - post)	Normal	Aumentada	Disminuida
Cervical	X		
Dorsal	X		
Lumbar	X		

EJE LATERAL

Eje lateral	Normal	Derecha	Izquierda
Dorsal	X		
Lumbar	X		

EXAMEN FÍSICO

MOVILIDAD - DOLOR

Columna vertebral	Flexión	Extensión	Lateriza derecha	Laterizada izquierda	Rotación derecha	Rotación izquierda	Limitación Funcional	Irradiación
Cervical	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no
Dorsal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no
Lumbar	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no

PALPACIÓN (Marque con una X)

Columna vertebral	Apófisis espinosas dolorosas	Contractura muscular
Cervical	-	-
Dorsal	-	-
Lumbar	-	-

MANIOBRA RADICULO /DISCOPASTÍAS

Test específicos		+/-		+/-
LASSEGUE	Der.	-	Izq.	-
BRAGARD	Der.	-	Izq.	-
SCHOBER		-		

REFLEJOS

ROTULIANO	Der.	normal	Izq.	normal
AQUILEO	Der.	normal	Izq.	normal

Mutilación de Miembro**NO**

III. N° 3: Comentarios.

DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES

IV. N° 4: Diagnóstico

Z04.9 EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL

V. N° 5: Recomendaciones

SE LE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS REGULARES (30 MINUTOS DIARIOS Y 5 VECES POR SEMANA) Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. LE AYUDARÁN A PREVENIR MOLESTIAS OSTEOMUSCULARES.




Dra. Daviangelia Saireth Rausseo Portillo
Médico Ocupacional
CMP 093927
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

INFORME RADIOGRÁFICO

PACIENTE: NAVARRO NAVARRO GLEBIS

EMPRESA: PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

EDAD: 28

PUESTO: AYUDANTE DE PRODUCCION

SEXO: MASCULINO

INFORME

El estudio radiográfico de tórax realizado muestra:

- Parénquima pulmonar normal.
- Ángulos costo-frénicos normales
- Mediastino normal.
- Silueta cardiovascular normal.
- Caja torácica normal.
- Hemidiafragmas normales.

DIAGNÓSTICO:

- (Z01.6) TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL

Lima, 18 de Enero del 2022

 Dr. Yover Edwin Espinoza zárate
Médico Radiólogo
CMP 031432 RNE 13966
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

Paciente:	NAVARRO NAVARRO GLEBIS		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	28 años
Fecha:	18-01-2022	Historia Clínica:	PQ4412-000110

Análisis	Resultado	Unidades	Rango de Referencia
----------	-----------	----------	---------------------

BIOQUIMICA

GLUCOSA BASAL	94	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	215.6	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	147.1	mg/dL	Normal < 150 mg/dL Nivel Límite: 150 - 199 mg/dL Nivel Alto: > 200 mg/dL

OBSERVACIONES



Dr. Alejandro Colichon Y.
Médico Patólogo
CMP 003634 RNE 012471

FIRMA

Paciente:	NAVARRO NAVARRO GLEBIS		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	28 años
Fecha:	18-01-2022	Historia Clínica:	PQ4412-000110

Análisis	Resultado	Unidades	Rango de Referencia
----------	-----------	----------	---------------------

HEMATOLOGIA

GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

O
Negativo
NORMAL

6.8 $\times 10^3/\mu\text{L}$

4.5 - 11

FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

53.7 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

2.8 %

0 - 3

BASOFILOS %

0.7 %

0 - 1

MONOCITOS %

8.8 %

3 - 6

LINFOCITOS %

34 %

24 - 44

SEGMENTADOS

3.65 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

0.19 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

0.0 - 0.7

BASOFILOS

0.05 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

(0 - 0.09)

MONOCITOS

0.6 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

2.31 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

5.12 $\times 10^6/\mu\text{L}$

4.5 - 5.5

HEMOGLOBINA

15.1 g/dL

13.5 - 17.5

HEMATOCRITO

44.8 %

41 - 53

VCM

87.5 μm^3

80.0 - 100

HCM

29.5 pg

26 - 34

CHCM

33.7 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

312 $\times 10^3/\mu\text{L}$

150.0 - 350

OBSERVACIONES



Dr. Alejandro Colichon Y.
Médico Patólogo
CMP 003634 RNE 012471

FIRMA

Paciente:	NAVARRO NAVARRO GLEBIS		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	28 años
Fecha:	18-01-2022	Genero:	MASCULINO

Análisis	Resultado	Unidades	Rango de Referencia
----------	-----------	----------	---------------------

URIANALISIS

CUERPOS CETONICOS	Negativo	0	-	14
EXAMEN COMPLETO DE ORINA	NORMAL			
EXAMEN FISICO:				
COLOR	Amarillo			
ASPECTO	Transparente			TRANSPARENTE
EXAMEN QUIMICO:				
DENSIDAD	1.01	1.005	-	1.030
pH	7	5	-	8
GLUCOSA	Negativo			NEGATIVO
PROTEINAS	Negativo	0	-	15
PIGMENTOS BILIARES	Negativo			NEGATIVO
UROBILINOGENO	Negativo			NEGATIVO
NITRITOS	Negativo			NEGATIVO
SANGRE	Negativo			NEGATIVO
SEDIMENTO URINARIO:				
CELULAS EPITELIALES	Escamosas Escasas			
LEUCOCITOS	1 por campo	0	-	5
HEMATIES	1 por campo	0	-	2
CILINDROS	No se observan			
CRISTALES	No se observan			
OBSERVACIONES				



Dr. Alejandro Colichon Y.
Médico Patólogo
CMP 003634 RNE 012471

FIRMA

Paciente:	NAVARRO NAVARRO GLEBIS		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	28 años
Fecha:	18-01-2022	Genero:	MASCULINO

Análisis	Resultado	Unidades	Rango de Referencia
----------	-----------	----------	---------------------

FARMACOS Y TOXICOS

COCAINA (ORINA SIMPLE)	Negativo	REACTIVO > 300 ng/MI NO REACTIVO <300 ng/MI
MARIHUANA (ORINA SIMPLE)	Negativo	REACTIVO > 50 ng/MI NO REACTIVO <50 ng/MI



Dr. Alejandro Colichon Y.
 Médico Patólogo
 CMP 003634 RNE 012471

FIRMA



3



NAVARRO NAVARRO GLEBIS

PER 47760982

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



RUTA N

Preocupacional

DNI	47760982	FECHA	18-01-2022
EDAD	28	PERFIL	OPERATIVO 1-NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4412-000110	SEXO	MASCULINO
HORA DE INICIO EMO	07:36:38	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE		R-C	
TECNOLOGÍA MÉDICA	Lic. Anton Jaba Janet Elizabeth Tecnólogo Médico Tecnología: 3443		Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL	Dra. Damaris S. Rausse P. MÉDICO CIRUJANO CRM: 093923		Examen Medico
PSICOLOGÍA		S.B.	BARSIT Examen Psicologico
OFTALMOLOGÍA		A.O.	Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA		D.O.	Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES		EC	Radiografía de Tórax
ESPIROMETRÍA			ESPIROMETRÍA
LABORATORIO			COLESTEROL TOTAL, ORINA, EXAMEN COMPLETO, Glucosa Ayunas, GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH, HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO, TRIGLICÉRIDOS, COCAÍNA CUALITATIVA, EXAMEN (MARIHUANA) CUALITATIVO
EXAMENES PENDIENTE			Fecha Programada:
EXAMENES COMPLETADOS		Sello: Iniciales: Fecha:	

TRIAJE

Peso	- 71	Talla	- 163	IMC	-	P. Abdominal	- 93
P.A. Sistólica	- 110	P.A. Diastólica	- 70	F. Cardiaca	- 73	F. Respiratoria	- 17
Temperatura	- 36.4	Sat. O2	- 98				
Cintura	- 89	Cadera	- 101	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 94	P.T. Inspiración	- 97	P.T. Reposo	- 95		

CREADO POR: VELA SANCHEZ GUADALUPE FECHA: 18-01-2022 HORA: 07:35:36

V01



 <small>Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751639</small>	DIRECCIÓN MÉDICA Título: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	Código y Versión: DM-FR-001.02 Fecha de Emisión: 2017-MAY-16 Página: 1 de 1
---	---	--

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Dejo constancia que acudo de forma voluntaria al Centro Médico Doktuz (Tesalia Medical S.A.C.), acreditado en servicios de salud ocupacional, y que he sido informado(a) sobre el tipo de Evaluación Médica Ocupacional a realizarme para el puesto de **AYUDANTE DE PRODUCCION**, la misma que proporcionará información al Centro médico Doktuz y al Área Médico Ocupacional de la empresa **PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C** con el fin de evaluar mi estado de salud. Reconozco y entiendo que:

1. Los exámenes médicos ocupacionales son de acuerdo al perfil laboral que corresponde, con el fin de determinar mi estado de salud.
2. El examen de salud incluirá lo siguiente (los exámenes que se me realizarán pueden variar, y dependerá del perfil médico que mi empresa designe para mi puesto):
 - a. Filiación (Datos personales como dirección, teléfonos, edad, estado civil, entre otros)
 - b. Anamnesis clínica (Datos de antecedentes personales, familiares y de enfermedades unidos a los síntomas clínicos que haya presentado o presente en la actualidad, alergia a medicamentos, sexualidad, y hábitos personales).
 - c. Examen físico general, por sistemas y por aparatos
 - d. Pruebas complementarias (psicológico, laboratorio, imágenes, espirometría, audiometría, electrocardiograma, entre otros).
3. Para la realización de los exámenes se me indicó que:
 - a. La toma de muestra de sangre para los análisis de laboratorio podría producirme en la zona de venopunción un hematoma y/o leve dolor.
 - b. Para la evaluación física general, se me solicitará que me retire mi vestimenta y se me proporcionará una bata.
 - c. Para la toma de radiografía de tórax, se me solicitará que me retire mi vestimenta de la parte superior del cuerpo (tórax, brazos) y se me proporcionará una bata.
 - d. Debo responder con veracidad los cuestionarios que se me realicen durante las evaluaciones médicas y otras pruebas.
 - e. Que el realizar las pruebas psicológicas puede ser de manera escrita en papel o en un equipo electrónico, para lo cual doy mi aceptación y certifico que las respuestas se ajustan a la verdad.
4. La información contenida en la Ficha Médica será mantenida en estricta confidencialidad por Doktuz y permanecerá en los archivos médicos (Ley General de Salud Artículo 15º, Norma Técnica de Historia Clínica para los establecimientos de salud tanto privados como públicos del Sector Salud: N.T.S. Nº 022-MINSA/DGSPV.02) por el período que las normas sobre salud ocupacional lo prescriban (Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo N°29783 y su Reglamento DS 005-2012 TR).
5. Tengo el derecho a conocer toda la información obtenida sobre mi salud y el derecho a acceder a la documentación de la historia clínica.
6. Los resultados de mi Evaluación Médica serán manejados de acuerdo a la Ley General de Salud N° 26842 (Art 25º), al Principio de Confidencialidad de Información Médica y la Ley de Protección de Datos Personales – Ley 29733.
7. Puedo ejercer los derechos de acceso, la cancelación, la rectificación y la oposición que me brinda la Ley de Protección de Datos Personales – Ley 29733 a través del siguiente canal de atención que Doktuz pone a mi disposición: contacto@doktuz.com

Al firmar este consentimiento confirmo que he leído y comprendido por completo los términos y condiciones antes mencionados. Autorizo el envío de mis resultados al responsable del Área Médico Ocupacional de la empresa . Así mismo declaro que la información proporcionada en la ficha médica es exacta y veraz, asumiendo la responsabilidad de cualquier omisión intencionada y no intencionada.

Nombre en Letra Imprenta: _____

NAVARRO NAVARRO GLEBIS

Fecha de Consentimiento: _____

18-01-2022

DNI: _____

PER 47760982

Firma del paciente




Huella digital del paciente

Firma y sello del médico



Dra. Lucy Muñoz Veldivis
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora
CNP: 6575-0000000000000001
DOKTUS SAC

V01



Doktuz Tesisla Medical S.A.C. RUC: 20600751639	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-003.02
	Título: AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE RESULTADOS, ADMINISTRACIÓN Y LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	Fecha de Emisión: 2017-MAY-16
		Página: 1 de 1

AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE RESULTADOS, ADMINISTRACIÓN Y LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Yo, NAVARRO NAVARRO GLEBIS de 28 años de edad
trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado
con D.N.I./Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 47760982
domiciliado en _____:

Declaro haber sido evaluado/a e informado/a respecto a la evaluación médica ocupacional a la cual me someteré, la cual puede incluir: examen clínico, exámenes de laboratorio, audiometría, electrocardiograma, espirometría, placas radiográficas, examen psicológico, examen odontológico, examen oftalmológico, entre otros (los exámenes que se me realizarán pueden variar, y dependerá del perfil médico que mi empresa designe para mi puesto).

Así mismo declaro haber sido informado:

- Sobre mis derechos referentes al acceso a mi historia clínica y de ser informado de manera veraz por el médico responsable de mi evaluación, todo esto en concordancia con los **Artículos 5º, segundo párrafo; Artículos 13º, 25º, 27º y 29º de la Ley General de Salud N° 26842 y; Ley de Protección de Datos Personales N° 29733.**
- De manera previa, inequívoca y detallada sobre la finalidad de la Evaluación Médica, bajo qué principios y leyes será tratada mi información, a quiénes será derivada, expresando mi consentimiento de forma libre y autorizando el envío de mis resultados al responsable del área médica ocupacional de la empresa .
- Sobre el canal de atención al cliente que pone a mi disposición Doktuz: **contacto@doktuz.com**, medio por el cual podré ejercer mis derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición que me brinda la Ley de Protección de Datos Personales – Ley 29733.

Nombre de Paciente: NAVARRO NAVARRO GLEBIS
DNI: PER 47760982
Fecha de Autorización: 18-01-2022

Firma del paciente



Huella digital del paciente

 Dr. Lucy Muriel Valdivia
Coordinadora de Medicina Ocupacional - Auditora
CMP 45724 - RMA 04081
DOKTUZ SAC

Firma y sello del médico
V01



 <p>Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20500751639</p>	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-004.02
	Título: AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICAS	Fecha de Emisión: 2017-MAY-16
		Página: 1 de 1

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICAS

Yo, NAVARRO NAVARRO GLEBIS Identificado con D.N.I
Nº PER 47760982 acudo a la Clínica

Doktuz (Razón Social: Tesalia Medical S.A.C.) a realizarme mis evaluaciones médicas ocupacionales, de acuerdo al perfil médico brindado por la empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C donde laboro/estoy postulando.

Por ello, autorizo el uso de mi firma y huella digital electrónicas para que se incluyan exclusivamente en los siguientes documentos que se generen el día 18-01-2022:

1. Consentimiento Informado para Evaluación Médica Ocupacional
2. Autorización de Información de Resultados, Administración y Liberación de Información Médica Ocupacional

Así mismo, autorizo el uso de mi firma y huella digital electrónicas para que se incluyan en los siguientes documentos de acuerdo a los exámenes médicos que se me realizarán:

- Declaración Jurada de No Gestación (en caso se me realice una radiografía y ser de sexo femenino)
- Consentimiento Informado De Realización De Prueba De Descarte De Embarazo(en el caso que lo solicite).
- Consentimiento Para La Prueba De Sustancias De Abuso (en caso se me requiera realizar esta prueba en mi protocolo médico ocupacional)

Firmo y dejo huella original para constatar lo mencionado.


Firma manuscrita del paciente

DNI: PER 47760982
Fecha: 18-01-2022



Huella Digital del Paciente
DNI: PER 47760982
Fecha: 18-01-2022

V01


Firma Electrónica del paciente

DNI: PER 47760982
Fecha: 18-01-2022



Huella Electrónica del paciente
DNI: PER 47760982
Fecha: 18-01-2022





Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres: EDUARDO MOLARCO GLEBIS

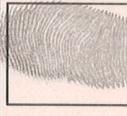
ANTECEDENTES LABORALES

FECHA: 18-01-2022DNI: Y1160982

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Nº	EMPRESA (Nombre de la empresa que trabajó)	ACTIVIDAD DE LA EMPRESA (A qué se dedicaba la empresa)	ÁREA DE TRABAJO (En qué área estuvo)	OCCUPACIÓN O CARGO ¿Qué ocupación, cargo o puesto tenías en la empresa?	FECHA	TIEMPO Años / Meses	EXPOSICIÓN		USO DE EPP ¿Usó equipo de protección personal?
							RUIDO	GUANTES	
1	<u>DORSITSO</u>	<u>MAQUINISTA</u> <u>Producción Plásticas</u>	<u>Impresión Plástico</u> <u>JUNIOR</u>	<u>4 y 3 meses</u>	<u>10-05-2013</u>	<u>4 y 3 meses</u>	<u>DISERGONÓMICO</u>	<u>LENTES</u>	<u>X</u>
				<u>AÑO SALIDA</u>	<u>MESES:</u>	<u>AÑOS:</u>	<u>QUÍMICOS</u>	<u>MASCARILLA</u>	<u>X</u>
2									
3									
4									
5									
6									


Dr. Juan Pablo S. Quispe P.
NÉDICO ORUJANO
 Firma del Médico



Firma del Trabajador



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD PREVIA
"La información médica que proporcione es de carácter confidencial"

Nombre Completo: NAVARRO NAVARRO GLEBIS	Fecha: 18-01-2022
	DNI: PER 47760982

Con el objetivo de conocer sus antecedentes médicos más pueden afectar su seguridad y salud en el trabajo, le solicitamos leer detenidamente y responder las siguientes preguntas:

		DESCRIBA
1	Usted está tomando alguna medicación regularmente?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Sufre Usted de alguna enfermedad?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Tuvo alguna hospitalización por alguna enfermedad (no se considera por embarazo) en los pasados 10 años?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Usted ha tenido algún tratamiento quirúrgico (cirugía)	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4.1	Esta cirugía o tratamiento quirúrgico ha afectado su estado de salud hasta la actualidad	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> LA VISTA
5	Usted ha sido evaluado en los últimos años por algún médico fuera de los exámenes médico ocupacionales?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6	Usted ha presentado algún tipo de lesión producto de un accidente?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7	Alguna vez usted ha pasado una evaluación de invalidez por alguna enfermedad o accidente?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Describa en caso de tener alguna respuesta positiva:

8 Marque si tuvo o tiene alguna enfermedad detallada en la siguiente relación

si	no
X	Dolor de cabeza frecuentemente
X	Migrana
X	Fibromialgias
X	Lumbalgias a repetición
X	Dolor de columna
X	Hernia del núcleo pulposo
X	Ciática
X	Enfermedad de la columna
X	Epilepsia o convulsiones
X	Vértigo/mareos
X	Parálisis facial
X	Desordenes del Sistema nervioso
X	Desmayos
X	Pérdida de conciencia
X	Depresión
X	Intento de suicidio
X	Tuberculosis Pulmonar
X	Aasma bronquial
X	Enfisema
X	Enfermedad pleural
X	Tos con sangrado (espuma en sangre)
X	Disminución de la audición (sordera)
X	Enfermedad del oído
X	Movilidad limitada de extremidades

si	no
X	Enfermedades renales
X	Accidente cerebro vascular (derrame)
X	Isquemia o infartos
X	Hipertensión arterial
X	Arritmias o enfermedades cardíacas
X	Alergia a medicamentos
X	Palpitaciones
X	Enfermedades oculares como glaucoma o catarata.
X	Visión monocular (con un sólo ojo)
X	Enfermedad de la tiroides
X	Diabetes
X	Gota
X	Lupus
X	Enfermedades articulares (artritis, artrosis)
X	Reumatismo
X	Enfermedad de la piel
X	Hernia abdominal
X	Hernia Inguinal
X	Enfermedades del hueso
X	Hemofilia
X	Desórdenes de la coagulación
X	Otras enfermedades o condiciones no descritas:

Covid-19

Toda información que he proporcionado es verdadera, no habiendo omitido ningún dato de forma involuntaria. (Proporcionar falsa está tipificada como falta grave).

FIRMA DEL TRABAJADOR	HUELLA
	

V01


Dra. Damaris S. Guzman
 Firma y sello del Médico Evaluador
MÉDICO CRUJANO
 C.M.P. 093923



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA EN LABORATORIO CLINICO

APELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO: NAVARRO NAVARRO GLEBIS
DNI, PAS O CE: 47760982 EDAD: 28
TELÉFONOS: 995810884

MENCIONE A CONTINUACIÓN SI ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO
(ENCIERRE EN UN CÍRCULO SU RESPUESTA)

NOMBRE (S) DEL MEDICAMENTO (S): _____

CERTIFICO QUE:

Conozco y entiendo satisfactoriamente el procedimiento que me han de practicar para la toma de muestras; me han aclarado las dudas, además soy consciente que existen riesgos durante el procedimiento; Tales como:

1. Sangrado excesivo
2. Desmayo o sensación de mareo
3. Hematoma (acumulación de sangre debajo de la piel)
4. Infección (menos frecuente y se presenta cuando hay ruptura excesiva de la piel).
5. Parestesia (sensación de hormigueo y/o corrientazo).

Acepto las indicaciones dadas por el personal encargado (Flebotomistas del Laboratorio Clínico) del procedimiento y acepto la total responsabilidad de los inconvenientes o consecuencias que surjan al no acatar dichas indicaciones y recomendaciones.

Informo que cumpleo con las condiciones pre analíticas necesarias para obtener un resultado confiable: NO

He sido informado que debo mantener mi brazo en reposo y si no hago una presión constante por un lapso de 5 a 10 minutos en la zona de punción venosa se podría producir un Hematoma.

Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que sea tomado el examen. Una vez entendido, autorizo que se me realice el procedimiento de toma y análisis de muestras, por lo tanto, firmo en constancia el presente documento.

Certifico que he leído y comprendido todo lo anterior y que los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre voluntad.



Firma del Paciente o Persona Responsable
Documento de Identidad: 47760982
Fecha: 18-01-2022

DESISTIMIENTO O REVOCACION

Yo, _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Firma del Paciente o Persona Responsable
Documento de Identidad: _____
Fecha: _____





3

MIEMBRO DEL GRUPO SYNLAB

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION DE DROGAS DE ABUSO

SECCIÓN 1. IDENTIFICACION Y CERTIFICACION DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA LA MUESTRA

Yo, NAVARRO NAVARRO GLEBIS, identificado con DNI N° 49960982
y fecha de nacimiento 30-05-1993. Certifico haber sido informado y acepto el procedimiento para la toma de muestra de orina, así como
también doy mi consentimiento para la investigación de drogas de abuso por parte del laboratorio SYNLAB PERÚ S.A.C.
SYNLAB PERÚ S.A.C queda autorizado para:

- Entregar los resultados únicamente a mi persona
 Entregar los resultados a: _____ DNI: _____
 Entregar una copia de los resultados a la Empresa para la cual trabajo o postulo si ésta fuera la solicitante del presente estudio:
Nombre de la Empresa: PAMOLSA
Dirección: Foucett

Asimismo, hago de su conocimiento que en los últimos 30 días, he consumido los fármacos que a continuación indico y la razón de su utilización:

Firma: GlebisFecha: 18-01-2022

PARA SER LLENADO POR EL PERSONAL DE SYNLAB PERÚ S.A.C

SECCIÓN 2. INFORMACION DE LA PRUEBA

MOTIVO DE LA PRUEBA

- Pre-empleo Al Azar Retorno al trabajo Con Causa Otro

INDICAR DROGAS A ANALIZAR

- | | | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Marihuana | <input type="checkbox"/> Cocaína | <input type="checkbox"/> Anfetamina | <input type="checkbox"/> Metanfetamina | <input type="checkbox"/> Barbitúricos |
| <input type="checkbox"/> Benzodiacepinas | <input type="checkbox"/> Metadona | <input type="checkbox"/> Morfina | <input type="checkbox"/> Phencyclidine | <input type="checkbox"/> Antidepresivos tricíclicos |

RESPECTO AL KIT DE ANALISIS*

Nº Lote: _____

Fecha de vencimiento: _____

*Solo cuando se trata de test rápido para entrega inmediata de los resultados

SECCIÓN 3. INFORMACION DEL MUESTREADOR - TESTIGO

Nombres y Apellidos Bárbara Guzpe Nº de DNI 49960982

Certifico que la muestra corresponde al donante identificado en la sección 1, la cual proporciono si problemas.

NOTA: _____

Firma _____

SECCIÓN 4. PARA SEGUIMIENTO DEL TRANSPORTE DE MUESTRAS AL LABORATORIO CENTRAL

FECHA	MUESTRA ENTREGADA POR	MUESTRA RECIBIDA POR	PROPOSITO
	Firma:	Firma:	
	Nombre:	Nombre:	
	Firma:	Firma:	
	Nombre:	Nombre:	

SECCIÓN 5. CERTIFICACION DEL RESULTADO OBTENIDO POR SYNLAB PERÚ S.A.C

Certifico haber revisado los resultados de laboratorio de la muestra detallada en este formato y concluyo que la prueba de tamizaje es:

 POSITIVA NEGATIVA

Es positiva para los siguientes analitos: _____

Nota: En caso de ser positiva, sugerimos solicitar la prueba confirmatoria a partir de la contramuestra almacenada.
Nombre y Apellido _____ DNI N° _____ Firma _____ Fecha _____

SECCIÓN 6. RECONOCIMIENTO DE LA CONTRAMUESTRA Y REGISTRO DE CONFORMIDAD DE ENVIO PARA LA CONFIRMACION DE LOS RESULTADOS

Certifico reconocer la integridad de la contramuestra que pertenece al nombre indicado en la sección 1 y que las firmas coinciden.

Nombre y Apellido _____ DNI N° _____ Firma _____ Fecha _____

CONFIDENCIAL, NO DEBE SER FOTOCOPIADO SIN PERMISO DEL LÍDER DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA DE SYNLAB