

Historia Clínica N°	PQ4412-000087			Fecha	Día	13	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	DINA LOURDES ORTIZ BIZARRO								
Fecha de nacimiento	Día	21	Mes	03	Año	1987			
Edad	34	años							
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)	PER 44317826								
Domicilio fiscal									
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje	-								
Número/Departamento/Interior	-			Urbanización			PROGRTECIBA LAS ORQUIDEAS OQUENDO		
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	DINAORTIZ1305@GMAIL.COM				Teléfono		935256495		
Estado Civil	SOLTERO				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
NESTLE PERÚ	PRODUCCION	OPERARIO DE PRODUCCION	I	Ago 2017	polvo, ruido, posturas, caídas, disergonomicos, movimientos repetitivos, turnos nocturnos	guantes, tapones auditivos, orejeras, casco, mascarilla, botas, lentes, ropa
			F	Dic 2021		
NESTLE PERÚ	PRODUCCION	OPERARIO DE PRODUCCION	I	May 2021	posturas, caídas, disergonomicos, movimientos repetitivos, ruido, polvo, cargas	botas, ropa, lentes, guantes, tapones auditivos, casco, mascarilla
			F	Dic 2021		
PANIFICADORA BIMBO	PRODUCCION	OPERARIO	I	Ago 2017	posturas, caídas, disergonomicos, movimientos repetitivos, cargas	guantes, mascarilla, otros:cofia
			F	Ene 2021		
PHOENIX FOODS	PRODUCCION	IMPULSADORA	I	Mar 2017	posturas, caídas, disergonomicos, movimientos repetitivos, cargas	guantes, lentes
			F	Jul 2017		
			I			
			F			
			I			
			F			
			I			
			F			

## IV . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Alergias	-	Diabetes	-	TBC	-	Hepatitis :	-
Asma	-	HTA	-	ITS	-	Tifoidea	-
Bronquitis	-	Neoplasia	-	Convulsiones	-	Otros	-

Quemaduras						
Cirugías	-	Intoxicaciones	-	RAM	-	
Descripción						
<b>Antecedentes Ginecológicos:</b>						
Fecha última Regla	25/12/21	Gestaciones	2	Hijos vivos	2	Hijos muertos 0
Régimen Catamenial	3 A 4/30	Método anticonceptivo		T COBRE		
Hábitos nocivos	Tipo	Cantidad		Frecuencia		
Alcohol	NIEGA	NIEGA		NIEGA		
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°	0

VI . EVALUACIÓN MEDICA										
Anamnesis										
NO REFIERE										
Examen clínico	Talla (cm)	159	Peso (Kg)	67	IMC	26.5	Perímetro abdominal	86		
	Fr. Resp.	18	F. Card.	68	PA	100 / 60	PAmed	73.33		
	Otros	S O2 98 %	FUR: 25/12/21							
Ectoscopia	ABEG/ ABEH/ ABEN									
Estado mental	LOTEP									
<b>EXAMEN FÍSICO</b>										
<b>Organo o Sistemas</b>	<b>Sin Hallazgos</b>	<b>Hallazgos</b>								
Piel		TIBIA, HIDRATADA, ELASTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS, SE EVIDENCIA HIPERQUERATOSIS SUBUNGUEAL CON DESCAMACIÓN EN UNA DEL PRIMER DEDO DE AMBOS PIES								
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	20/20	OI	20/20	Con correctores	OD		OI
		Fondo de ojo	OD	NO REALIZADO	OI	NO REALIZADO	Visión de colores	OD	NORMAL	OI
		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. Daviangeles Saileth Rausseo Portillo Médico Ocupacional CMP 093927 DOKTUZ						
Nombre, Firma del Trabajador				Nombre, Firma y Sello del Médico Evaluador						

<b>VII . CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA</b>								
APTO								
<b>VIII . CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS</b>								
TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL								
<b>IX . HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO</b>								
ANEMIA LEVE NO ESPECIFICADA HALLAZGOS ANORMALES EN LA ORINA: HEMATURIA								
<b>X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA</b>								
NORMOACUSIA BILATERAL								
<b>XI . CONCLUSIÓN DE SPIROMETRÍA</b>								
<b>XII . OTROS</b>								
<b>XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL</b>								
					<b>CIE-10</b>			
1					P	D	R	
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	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE				P	D	R	Z01.0
8	SOBREPESO				P	D	R	E67.X
9	TIÑA DE LAS UÑAS DE LOS PIES				P	D	R	B35.1
10	EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL				P	D	R	Z04.9
11	TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL				P	D	R	Z04.9
12	ANEMIA LEVE NO ESPECIFICADA				P	D	R	D64.9
13	HALLAZGOS ANORMALES EN LA ORINA: HEMATURIA				P	D	R	R82.9
APTO	X	APTO CON RESTRICCIONES		NO APTO				
<b>XIV . RECOMENDACIONES</b>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.</li> <li>- SU AGUDEZA VISUAL ES OPTIMA. NO OLVIDE REALIZAR UN CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.</li> <li>- SE LE SUGIERE UNA DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, INCREMTE LA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS, NO OLVIDE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA. ACUDA A NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLÓGIA PARA SU EVALUACIÓN.</li> <li>- EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIO ALTERACIÓN EN LAS UÑAS DEL PIE. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR DERMATOLOGÍA.</li> <li>- 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.</li> <li>- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.</li> <li>- EN SU HEMOGRAMA SE LE ENCONTRÓ ANEMIA LEVE, LE SUGERIMOS UNA DIETA RICA EN HIERRO (MENESTRAS, PESCADO, HOJAS DE VERDURAS) Y REALICESE UN CONTROL POR MEDICINA GENERAL.</li> <li>- DEBIDO A LOS HALLAZGOS EN SU EXAMEN DE ORINA. SE LE SUGIERE ACUDIR A MEDICINA GENERAL PARA UNA EVALUACIÓN MAS EXHAUSTIVA.</li> </ul>								
  <p>Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra Médico Evaluador CNP 70087 DOKTURZ</p>								
Nombre, Firma y Sello del Médico Ocupacional								



**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL  
PREOCUPACIONAL**

APELLIDOS Y NOMBRES		ORTIZ BIZARRO DINA LOURDES	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD			
DNI ( <input checked="" type="checkbox"/> )	C.E. ( <input type="checkbox"/> )	PER 44317826	
EDAD	34 años		
GÉNERO	FEMENINO		
PUESTO AL QUE POSTULA (SOLO PRE OCUPACIONAL)		AYUDANTE DE PRODUCCION	
EMPRESA		SEDE O PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

CONCLUSIONES  
 GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH: O POSITIVO  
 ALTURA ESTRUCTURAL: NO APLICA  
 ALERGIA: NIEGA

APTO	<input checked="" type="checkbox"/>	RESTRICCIONES    MOTIVO DE OBSERVACIÓN, NO APTITUD O APTITUD NO DETERMINADA:
APTO CON RESTRICCIÓN		
NO APTO		
OBSERVADO		

FECHA DEL EXAMEN 13-01-2022




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:	ORTIZ BIZARRO DINA LOURDES					
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C					
TIPO DE EVALUACION:	PREOCUPACIONAL					
PUESTO	AYUDANTE DE PRODUCCION			AREA DE TRABAJO	OPERACIONES	
FECHA DE EVALUACIÓN	13-01-2022			PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL	
FECHA DE EMISIÓN	13-01-2022					
DNI:	44317826	EDAD:	34 años	SEXO:	FEMENINO	HISTORIA CLÍNICA
						PQ4412-000087

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO							
Hemoglobina:	11.8 g/dL	Grupo y Factor:	O Positivo		Orina Completa: ANORMAL		
Glucosa:	84 mg/dL	Colesterol:	166.4 mg/dL		Triglicéridos	114.2 mg/dL	
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA		PSA:	NO APLICA	

TRIAJE				
Talla:	159 cm.	Peso:	67 kg.	IMC: 26.5 kg/m <sup>2</sup>
Presión Arterial:	100/60 mmHg.	Frec. Respiratoria:	18 x minuto.	Frec. Cardiaca: 68 x minuto.

<u>CONCLUSIÓN</u>	
1.- NORMOACUSIA BILATERAL.	
2.- EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE	
3.- SOBREPESO	
4.- TIÑA DE LAS UÑAS DE LOS PIES	
5.- EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL	
6.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL	
7.- ANEMIA LEVE NO ESPECIFICADA	
8.- HALLAZGOS ANORMALES EN LA ORINA: HEMATURIA	

<u>RECOMENDACIONES</u>	
1.- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.	
2.- SU AGUDEZA VISUAL ES OPTIMA. NO OLVIDE REALIZAR UN 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 ENDOCRINOLÓGIA PARA SU EVALUACIÓN.	
4.- EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIÓ ALTERACIÓN EN LAS UÑAS DEL PIE. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR DERMATOLOGÍA.	
5.- 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.	
6.- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.	
7.- EN SU HEMOGRAMA SE LE ENCONTRÓ ANEMIA LEVE, LE SUGERIMOS UNA DIETA RICA EN HIERRO (MENESTRAS, PESCADO, HOJAS DE VERDURAS) Y REALICESE UN CONTROL POR MEDICINA GENERAL.	
8.- DEBIDO A LOS HALLAZGOS EN SU EXAMEN DE ORINA. SE LE SUGIERE ACUDIR A MEDICINA GENERAL PARA UNA EVALUACIÓN MAS EXHAUSTIVA.	



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra  
Médico Evaluador  
CMP 70087  
DOKTUZ

---

Firma y Sello del Responsable de Revisión

### EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES ORTIZ BIZARRO DINA LOURDES EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.  
 EDAD 34 FECHA: 13-01-2022  
 OCUPACIÓN AYUDANTE DE PRODUCCION LENTES: NO USA  
 FECHA ULTIMO CAMBIO \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

ANTECEDENTES OCULARES PERSONALES: no refiere  
 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	20/20	20/20				
BINOCULAR	20/20					

#### REFLEJOS PUPILARES

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

(Z01.0) EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE



---

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

---

Nombre, Firma y Sello del Evaluador

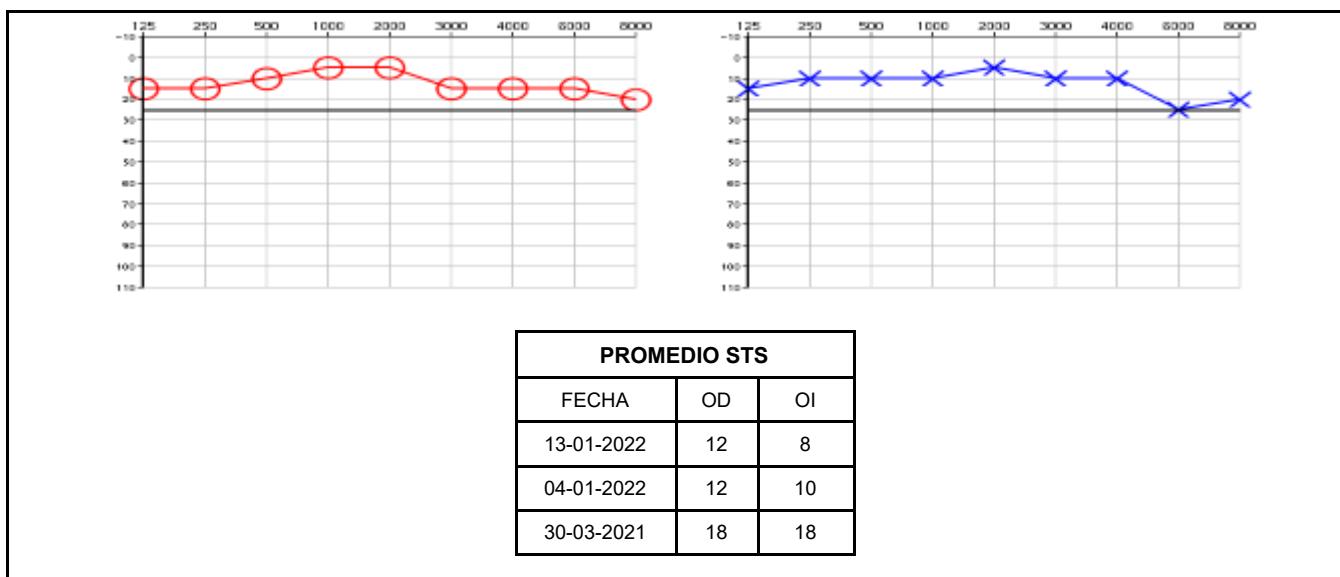
---

Firma y Sello del Médico

### FICHA AUDIOLÓGICA

Historia clínica	PQ4412-00087	Ficha audiológica				Audiometría	Marca: AMPLIVOX					
Fecha del Examen	13-01-2022	EXAMEN	Pre-ocupacional	X	Periodica			Modelo: 240				
			Retiro		Otro			Nº Serie: 31635 Fecha de Calibración de Equipo: 0000-00-00 Fecha de Calibración Biológica: 13-01-2022				
Nombres y apellidos		DINA LOURDES ORTIZ BIZARRO										
Edad	34	Sexo	FEMENINO	Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C							
Ocupación	AYUDANTE DE PRODUCCION			Años de Trabajo	7A	Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d			8 HORAS			
Uso de protectores auditivos	Tapones	X	Siempre	Orejeras	X	Siempre	Apreciación al ruido	Ruido muy intenso		Ruido moderado	X	Ruido no molesto

ANTECEDENTES Relacionados		SI	NO	SINTOMAS actuales			SI	NO
Exposición a ruido		X		Disminución de la audición				X
Consumo de tabaco			X	Acúfenos				X
Servicio militar			X	Dolor de oídos				X
Hobbies con exposicion a ruido		X		Zumbidos				X
Exposición laboral a químicos			X	Mareos				X
Infección de oídos			X	Infección de oído				X
Uso de ototóxicos			X	Exposición reciente a ruidos en las últimas 18 horas				X
Traumatismo encéfalo craneano, Meningitis			X	Otros				X
Trauma acústico			X					
Parotiditis			X					
Deportes Acuáticos			X					
Parálisis Facial			X					
<b>OTOSCOPIA:</b>		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

<b>PACIENTE</b>	ORTIZ BIZARRO DINA LOURDES	<b>EDAD</b>	34
<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>	Prov. Const. Del Callao Callao Callao	<b>F. NACIMIENTO</b>	21-03-1987
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>		<b>F. EVALUACIÓN;</b>	13-01-2022
<b>PUESTO DE TRABAJO</b>	AYUDANTE DE PRODUCCION	<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	SECUNDARIA COMPLETA
<b>EMPRESA</b>	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
<b>ESTADO CIVIL</b>	SOLTERO		

### II. - MOTIVO DE EVALUACIÓN: PREOCUPACIONAL

### III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS:

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

### IV.- RESULTADOS DE EVALUACION

<b>1. Nivel Intelectual:</b>	NORMAL PROMEDIO BAJO	<b>CI</b>	89
<b>2. Coordinación Visomotriz:</b>	ADECUADO		
<b>3. Nivel de Memoria:</b>	CORTO PLAZO (ADECUADO) MEDIANO PLAZO (ADECUADO) LARGO PLAZO (ADECUADO)		
<b>4. Personalidad:</b>	CON TENDENCIA A LA INTROVERSIÓN		
<b>5. Afectividad:</b>	ESTABLE		
<b>7. Manejo de Factores Psicosociales en el trabajo :</b>	NO SOLICITADO		

### V.- CONCLUSIONES

<b>1. Área Cognitiva:</b>	CON CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN A NIVEL PROMEDIO BAJO. SE MUESTRA COMO RESPONSABLE, PUNTUAL, COMPROMETIDA CON SUS LABORES PARA LLEVAR A CABO LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS POR SU EQUIPO DE TRABAJO Y PREPARADA PARA ASUMIR NUEVOS RETOS. NO EVIDENCIA INDICADORES HASTA LA FECHA.
<b>2. Área Emocional :</b>	ESTABLE
<b>3. Ansiedad:</b>	LEVE

### VI.-RECOMENDACIONES

1. SE SUGIERE CONTROL ANUAL EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA.
2. SEGUIR MANEJANDO ADECUADAMENTE SU INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PODER INTEGRARSE CON FACILIDAD EN SU ÁREA LABORAL.
3. TRATE DE REALIZAR EJERCICIOS DE MANERA DISCIPLINADA PARA CONTRARRESTAR LA PRESIÓN DEL DÍA.

### VII.- CONDICIÓN:

APTO



Lic. Isabel Gonzales Brair  
Psicóloga  
CPSP 6300  
DOKTUS SAC

**Firma y Sello del Responsable de la evaluación**

## FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: ORTIZ BIZARRO DINA LOURDES EDAD 34 SEXO FEMENINO  
 EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C PUESTO AYUDANTE DE PRODUCCION FECHA 13-01-2022

ACTIVIDAD LABORAL:	De pie			PRESENTA DOLOR	NO						
<b>EVALUACIÓN ESTÁTICA</b>											
<b>SEGMENTOS</b>											
Cabeza	Antepulsión	Retropulsión	Inclinación	No presenta	Rotación	No presenta					
Hombros	Antepulsados	Retropulsión	Elevación de	Ninguno de los hombros	Éscapulas	Ambas aladas					
Abdomen	Normal										
Curvaturas Fisiológicas	Cervical	Normal	Dorsal	Normal	Lumbar	Normal					
Pelvis	Retroversión	Rodillas	Normal								
Pie	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Cavo	No	Plano	No						

### MOVILIDAD - DOLOR

Columna vertebral	Flexión	Extensión	Lateralización Derecha	Lateralización 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

Pueba de Adams Negativo

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

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

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
Realiza el contacto inicial con apoyo de talón.		X	
Movimiento armónico de rodilla, tobillo y pie		X	
La longitud del paso es simétrico.		X	
Presenta claudicación de uno de los miembros inferiores		X	
Integración de ambos hemicuerpos		X	
Tipo de pisada	Normal		

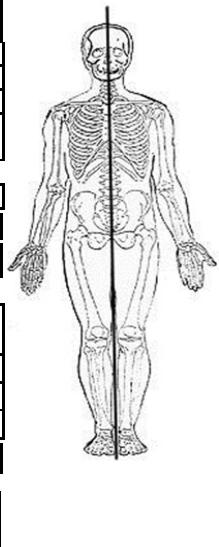
SIGNOS Y SÍNTOMAS	
GRADO 0	Ausencia de signos y síntomas.
GRADO 1	Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva.
GRADO 2	Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización.
GRADO 3	Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión.
GRADO 4	Grado 3 más limitación funcional evidente clínicamente.

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

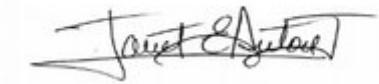
POSTURA Óptima

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**

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.
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 postulares.

FICHA MUSCULO ESQUELETICA POR MÉDICO

N° DE HISTORIA CLINICA

PQ4412-000087

APELLIDOS Y NOMBRES

ORTIZ BIZARRO DINA LOURDES

DNI

PER 44317826

TIPO DE EXAMEN:

PREOCUPACIONAL

SEXO

FEMENINO

FECHA DEL EXAMEN

13-01-2022

I. N° 1: Riesgos

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

SEDENTA	0	BIPEDESTACIÓN	100
---------	---	---------------	-----

Horas /días	12H/4D
-------------	--------

POSTURA
---------

SEDENTA	0	BIPEDESTACIÓN	100
---------	---	---------------	-----

POSTURA FORZADA
-----------------

NO	MOVIMIENTO REPETITIVO	NO
----	-----------------------	----

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

¿USUARIO DE PANTALLA VISUAL (PVD)?
------------------------------------

NO
----

Horas /días
-------------

DOMINANCIA
------------

DIESTRO	X
---------	---

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:** ORTIZ BIZARRO DINA LOURDES

**EMPRESA:** PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

**EDAD:** 34

**PUESTO:** AYUDANTE DE PRODUCCION

**SEXO:** FEMENINO

### 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, 13 de Enero del 2022

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

---

Firma y Sello del Médico

Paciente:	ORTIZ BIZARRO DINA LOURDES		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	34 años
Fecha:	13-01-2022	Historia Clínica:	PQ4412-000087

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

**BIOQUIMICA**

GLUCOSA BASAL	84	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	166.4	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	114.2	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:	ORTIZ BIZARRO DINA LOURDES		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	34 años
Fecha:	13-01-2022	Genero:	FEMENINO

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

## HEMATOLOGIA

### GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

### HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

O  
Positivo  
ANORMAL

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

4.5 - 11

### FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

53.2 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

2.7 %

0 - 3

BASOFILOS %

0.4 %

0 - 1

MONOCITOS %

5.4 %

3 - 6

LINFOCITOS %

38.3 %

24 - 44

SEGMENTADOS

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

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

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

0.0 - 0.7

BASOFILOS

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

(0 - 0.09)

MONOCITOS

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

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

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

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

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

4 - 4.9

HEMOGLOBINA

11.8 g/dL

12.0 - 16

HEMATOCRITO

36.5 %

36 - 46

VCM

81.1  $\mu\text{m}^3$

80.0 - 100

HCM

26.2 pg

26 - 34

CHCM

32.3 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

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

150.0 - 350

### OBSERVACIONES



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

**FIRMA**

Paciente:	ORTIZ BIZARRO DINA LOURDES		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	34 años
Fecha:	13-01-2022	Genero:	FEMENINO

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

### URIANALISIS

CUERPOS CETONICOS	Negativo	0	-	14
<b>EXAMEN COMPLETO DE ORINA</b>				
EXAMEN FISICO:				
COLOR	Amarillo			
ASPECTO	Turbio			TRANSPARENTE
EXAMEN QUIMICO:				
DENSIDAD	1.015	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	10			NEGATIVO
SEDIMENTO URINARIO:				
CELULAS EPITELIALES	Escamosas Abundantes			
LEUCOCITOS	2 por campo	0	-	5
HEMATIES	3 por campo	0	-	2
CILINDROS	No se observan			
CRISTALES	No se observan			
<b>OBSERVACIONES</b>				



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

---

FIRMA

---

Paciente:	ORTIZ BIZARRO DINA LOURDES		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	34 años
Fecha:	13-01-2022	Historia Clínica:	PQ4412-000087

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

**INMUNOLOGIA**

HCG CUALITATIVO (PRUEBA DE  
EMBARAZO)

Menor de 0.6



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

---

FIRMA

Paciente:	ORTIZ BIZARRO DINA LOURDES		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	34 años
Fecha:	13-01-2022	Historia Clínica:	PQ4412-000087

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

**FARMACOS Y TOXICOS**

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



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

---

FIRMA



ORTIZ BIZARRO DINA LOURDES

PER 44317826

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



11

RUTA N

**Preocupacional**

DNI	44317826	FECHA	13-01-2022
EDAD	34	PERFIL	OPERATIVO 1-NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4412-000087	SEXO	FEMENINO
HORA DE INICIO EMO	07:19:56	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE		J.L.	
TECNOLOGÍA MÉDICA	Lic. Antón Jabo Janet Elizabeth Tecnólogo Médico C.T.M.P. 16444		Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL	Dra. Dayanara S. Rousse P. MEDICO CIRUJANO CMP: 093923	DR	Examen Medico
PSICOLOGÍA		S.B.	BARSIT Examen Psicologico
OFTALMOLOGÍA		A.S.	Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA		D.G.	Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES		M.A.	Radiografia de Tórax
ESPIROMETRÍA			ESPIROMETRÍA
LABORATORIO		CD	HCG CUALITATIVO (PRUEBA DE EMBARAZO), 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	- 67	Talla	- 159	IMC	-	P. Abdominal	- 96
P.A. Sistólica	- 100	P.A. Diastólica	- 60	F. Cardiaca	- 68	F. Respiratoria	- 78
Temperatura	- 36.5	Sat. O2	- 98				
Cintura	- 84	Cadera	- 102	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 101	P.T. Inspiración	- 104	P.T. Reposo	- 102		

CREADO POR: VELA SANCHEZ GUADALUPE FECHA: 13-01-2022 HORA: 07:19:20

V01



 <p>Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751629</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, ORTIZ BIZARRO DINA LOURDES Identificado con D.N.I  
Nº PER 44317826 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 13-01-2022:

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 44317826

Fecha: 13-01-2022



Firma Electrónica del paciente

DNI: PER 44317826

Fecha: 13-01-2022



Huella Digital del Paciente

DNI: PER 44317826

Fecha: 13-01-2022



Huella Electrónica del paciente

DNI: PER 44317826

Fecha: 13-01-2022

V01



 <p>Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751639</p>	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-001.02
	Título: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCCUPACIONAL	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 periodo 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 Impresa:

ORTIZ BIZARRO DINA LOURDES

Fecha de Consentimiento:

13-01-2022

DNI:

PER 44317826

Firma del paciente




Huella digital del paciente

 Dra. Ludy Marqués Valdivia  
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora  
CMP 45724 - RNA D4081  
DOKTUS SAC

Firma y sello del médico

V01





DIRECCIÓN MÉDICA  
Título:  
AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE RESULTADOS,  
ADMINISTRACIÓN Y LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA  
OCUPACIONAL

Código y Versión:  
DM-FR-003.02  
Fecha de Emisión:  
2017-MAY-16  
Página:  
1 de 1

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

Yo, ORTIZ BIZARRO DINA LOURDES de 34 años de edad  
trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado  
con D.N.I./Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 44317826  
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](mailto: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: ORTIZ BIZARRO DINA LOURDES

DNI: PER 44317826

Fecha de Autorización: 13-01-2022

Firma del paciente



Huella digital del paciente



Dra. Ludy Murguía Valdivia  
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora  
CNP 45724 - RNA 040981  
DOKTUZ S.A.C

Firma y sello del médico

V01



 Tessilia Medical S.A.C. RUC: 20600751639	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-006.02
	Título: <b>CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO</b>	Fecha de Emisión: 2017-MAY-16

## **CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO**

Yo, ORTIZ BIZARRO DINA LOURDES, identificado (a) con DNI N° PER 44317826, el día del mes de: del año: , declaro en forma libre y voluntaria que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósitos de las pruebas que me realizarán por lo tanto autorizo expresamente al Centro Médico de la empresa con razón social: Tesalia Medical S.A.C. y con nombre comercial: Doktuz, para que efectué las pruebas necesarias para detectar en mi muestra de orina la presencia de Drogas de abuso.

A su vez, se me asegura la confidencialidad de los resultados y el debido asesoramiento por parte del médico a cargo del examen ocupacional.



HUELLA

**FIRMA**  
LEY N° 26842 Art. 4

**DATOS DEL PROFESIONAL TESTIGO:**

**NOMBRE**

FECHA : 13 / 01 / 22  
          DIA    MES    AÑO

v01

Firma

10



 Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751629	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-005.02
	Título: <b>DECLARACIÓN JURADA DE NO GESTANTE PARA REALIZACIÓN DE EXAMENES RADIOGRÁFICOS EN MUJERES</b>	Fecha de Emisión: 2017-MAY-16
		Página: 1 de 1

### **DECLARACIÓN JURADA DE NO GESTANTE PARA REALIZACIÓN DE EXAMENES RADIOGRÁFICOS EN MUJERES**

Se me ha explicado satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este examen, así como sus posibles riesgos y complicaciones. Por esto doy mi consentimiento para que el Centro Médico de la empresa con razón social: Tesalia Medical S.A.C. y con nombre comercial: Doktuz, me realice el examen radiológico correspondiente.

Asimismo declaro no estar embarazada en este momento, lo cual constituiría una contraindicación para la realización de las radiografías e ingresar a la unidad de Radiología.

Nombres y Apellidos: DINA LOURDES ORTIZ BIZARRO  
 Fecha de Declaración: 13-01-2022  
 DNI: PER 44317826

Firma del paciente




HUELLA DEL PACIENTE

V01



# Doktuz

Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres:

Ortiz Bizarro Dina Iborde

## ANTECEDENTES LABORALES

DNI: 44317826

FECHA: 13-01-22



## 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 estuve)	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?	
								AÑO INICIO	AÑOS:
1	<u>Panificadora Bimbo</u>	<u>Producción de Panes y Quesos</u>	<u>Solmas</u>	<u>almacéndor</u>	<u>2017</u>	<u>4</u>	RUIDO	POLVO	GUANTES
							DISERGONÓMICO		LENTES
							MASCARILLA		
							TAPONES / OREJERAS		
2	<u>Nestle Perú</u>	<u>producción panaderos</u>	<u>embalados</u>	<u>empaque</u>	<u>2021</u>	<u>5</u>	BIOLÓGICOS	QUÍMICOS	OTROS:
							DISERGONÓMICO		
							MASCARILLA		
							TAPONES / OREJERAS		
3							OTROS:		
4									
5									
6									

Dr. Daniel J. Quispe  
MÉDICO CIRUJANO  
C.R.C. 083923

Firma del Médico



Firma del Trabajador



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

Nombre Completo: ORTIZ BIZARRO DINA LOURDES	Fecha: 13-01-2022
	DNI: PER 44317826

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	NO	NO
2	Sufre Usted de alguna enfermedad?	SI	NO	NO
3	Tuvo alguna hospitalización por alguna enfermedad (no se considera por embarazo) en los pasados 10 años?	SI	NO	NO
4	Usted ha tenido algún tratamiento quirúrgico (cirugía)	SI	NO	NO
	4.1 Esta cirugía o tratamiento quirúrgico ha afectado su estado de salud hasta la actualidad	SI	NO	NO
5	Usted ha sido evaluado en los últimos años por algún médico fuera de los exámenes médico ocupacionales?	SI	NO	NO
6	Usted ha presentado algún tipo de lesión producto de un accidente?	SI	NO	NO
7	Alguna vez usted ha pasado una evaluación de invalidez por alguna enfermedad o accidente?	SI	NO	NO

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		Asma 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	Aritmias 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 tiroideas
	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:

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
	

  
**Dra. Darío Angel S. Russo P.**  
**MÉDICO CIRUJANO**  
 C.M.P. 005923  
 Firma y sello del Médico Evaluador

V01



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA  
DE MUESTRA EN LABORATORIO CLINICO**

APPELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO:

DNI, PAS O CE:

TELÉFONOS:

Ortíz BiZarro Dina Lourdes

EDAD: 34

MENCIONE A CONTINUACIÓN SI ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO  
(ENCIERRE EN UN CÍRCULO SU RESPUESTA) SI NO

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 cumple con las condiciones pre analíticas necesarias para obtener un resultado confiable:  SI  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: 44317826

Fecha: 13-01-22

**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: \_\_\_\_\_





MIEMBRO DEL GRUPO SYNLAB

11

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION DE DROGAS DE ABUSO

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

Yo, DINA lourdes ortiz Bizarro, identificado con DNI N° 144317826 y fecha de nacimiento 21-03-87. 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 mí persona
- Entregar los resultados a: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
(Identificar a la persona designada con indicación de su 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: Av. Faucet

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: EberFecha: 13-01-22

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

Marihuana       Cocaína       Anfetamina       Metanfetamina       Barbitúricos  
 Benzodiacepinas       Metadona       Morfina       Phencyclidine       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 Eber Ruiz Oya N° de DNI 144317826  
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 \_\_\_\_\_