

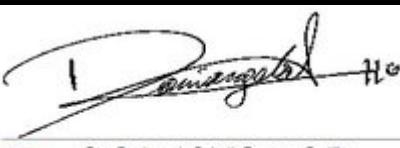
Historia Clínica N°	PQ4412-000099			Fecha	Día	17	Mes	01	Año	2022	
Tipo de evaluación	Pre Ocupacional		X	Periódico		Retiro		Otros			
Lugar del examen	Departamento		LIMA		Provincia	LIMA		Distrito			
I. DATOS DE LA EMPRESA											
Razón Social		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C									
Actividad Económica		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		ORLANDO JULINHO SANDOVAL CARRILLO									
Fecha de nacimiento		Día	15	Mes	10	Año	1995				
Edad	26	años									
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)					PER 48661596						
Domicilio fiscal											
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje		-									
Número/Departamento/Interior			-			Urbanización			-		
Distrito	-		Provincia	-		Departamento	-				
Residencia en lugar Trabajo	SI		NO	X	Tiempo de residencia en Lugar de trabajo					años	
ESSALUD	-	EPS	-	OTRO	-	SCTR	-	OTRO	-		
Correo electrónico			-			Teléfono		-			
Estado Civil			-			Grado de instrucción		-			
Nº total de hijos vivos			0			Nº de dependientes		0			
III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES											
EMPRESA	Área de trabajo		Ocupación			Fecha	Tiempo	Exposición ocupacional	EPP		
ALICORP	PRODUCCION		OPERARIO DE PRODUCCION			I	Set 2020	polvo, ruido, movimientos repetitivos, ergonomicos, turnos, disergonomicos, turnos nocturnos, caídas, posturas	tapones auditivos, guantes, orejeras, casco, mascarilla, botas, lentes, ropa		
						F	Jul 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	-				Intoxicaciones		-	RAM	-		
Descripción	1. COVID19 (2021/02) DX PRUEBA ANTIGENA. TRATAMIENTO DOMICILIARIO. DESCANSO MEDICO POR 21 DIAS. SIN COMPLICACIONES NI SECUELAS										

Hábitos nocivos	Tipo	Cantidad	Frecuencia
Alcohol	CERVEZA	1-2	POCO
Tabaco	CIGARRILLO	1-2 UND MENSUALE	POCO
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°	0	Hijos fallecidos	N°	0

VI . EVALUACIÓN MEDICA											
Anamnesis											
NO REFIERE											
Examen clínico	Talla (cm)	171	Peso (Kg)	77	IMC	26.33	Perímetro abdominal	91			
	Fr. Resp.	18	F. Card.	99	PA	110 / 60	PAmed	76.67			
	Otros	S O2 96 %	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	20/20	Con correctores	OD		OI	
		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									
Oídos		SE EVIDENCIA MEMBRANA TIMPANICA DE OIDO DERECHO ABOMBADA Y SUPURATIVA.									
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. Daviangelia 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							
GLICEMIA EN EL LIMITE SUPERIOR							
X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA							
XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA							
XII . OTROS							
RIESGO CORONARIO: 2 % - 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	AMETROPIA LEVE NO CORREGIDA			P	D	R	H52.X
7	SOBREPESO			P	D	R	E67.X
8	DESCARTAR OTITIS DERECHA			P	D	R	H60.9
9	EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL			P	D	R	Z04.9
10	TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL			P	D	R	Z04.9
11	GLICEMIA EN EL LIMITE SUPERIOR			P	D	R	R73.9
APTO	APTO CON RESTRICCIONES			NO APTO			
XIV . RECOMENDACIONES							
<ul style="list-style-type: none"> - SE LE SUGIERE USO DE 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 EVALUACION POR OTORRINOLARINGOLOGIA - 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. - SI SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO. - PRESENTA ELEVACIÓN DE GLUCOSA (AZUCARES) EN LA SANGRE. SE SUGIERE REALIZARSE CONTROLES Y EVALUACIÓN POR ENDOCRINOLOGÍA. 							
  <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		SANDOVAL CARRILLO ORLANDO JULINHO		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD				
DNI (<input checked="" type="checkbox"/>)	C.E. (<input type="checkbox"/>)	PER 48661596		
EDAD	26 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 POSITIVO
 ALTURA ESTRUCTURAL: NO APLICA
 ALERGIA: NIEGA

		RESTRICCIONES
APTO		
APTO CON RESTRICCIÓN		
NO APTO		MOTIVO PENDIENTE: PENDIENTE AUDIOMETRIA
OBSERVADO		

FECHA DEL EXAMEN 17-01-2022




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:	SANDOVAL CARRILLO ORLANDO JULINHO					
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C					
TIPO DE EVALUACION:	PREOCUPACIONAL					
PUESTO	AYUDANTE DE PRODUCCION			AREA DE TRABAJO	OPERACIONES	
FECHA DE EVALUACIÓN	17-01-2022			PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL	
FECHA DE EMISIÓN	18-01-2022					
DNI:	48661596	EDAD:	26 años	SEXO:	MASCULINO	HISTORIA CLÍNICA
						PQ4412-000099

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO							
Hemoglobina:	15.6 g/dL	Grupo y Factor:	O Positivo		Orina Completa: NORMAL		
Glucosa:	102 mg/dL	Colesterol:	158.8 mg/dL		Triglicéridos	106.3 mg/dL	
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA		PSA:	NO APLICA	

TRIAJE					
Talla:	171 cm.	Peso:	77 kg.	IMC:	26.33 kg/m ²
Presión Arterial:	110/60 mmHg.	Frec. Respiratoria:	18 x minuto.	Frec. Cardiaca:	99 x minuto.

<u>CONCLUSIÓN</u>					
1.- AMETROPIA LEVE NO CORREGIDA					
2.- SOBREPESO					
3.- DESCARTAR OTITIS DERECHA					
4.- EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL					
5.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL					
6.- GLICEMIA EN EL LIMITE SUPERIOR					

<u>RECOMENDACIONES</u>					
1.- SE LE SUGIERE USO DE LENTES CORRECTORES Y EL CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.					
2.- 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.					
3.- SE RECOMIENDA EVALUACION POR OTORRINOLARINGOLOGIA					
4.- 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.					
5.- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.					
6.- PRESENTA ELEVACIÓN DE GLUCOSA (AZUCARES) EN LA SANGRE. SE SUGIERE REALIZARSE CONTROLES Y EVALUACIÓN POR ENDOCRINOLOGÍA.					



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra
Médico Evaluador
CMP 70087
DOKTUZ

Firma y Sello del Responsable de Revisión

EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES SANDOVAL CARRILLO ORLANDO JULINHO EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.
 EDAD 26 FECHA: 17-01-2022
 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	20/30	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) AMETROPIA LEVE NO CORREGIDA



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

Nombre, Firma y Sello del Evaluador

Firma y Sello del Médico

INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

I.- DATOS GENERALES

PACIENTE	SANDOVAL CARRILLO ORLANDO JULINHO	EDAD	26
LUGAR DE NACIMIENTO		F. NACIMIENTO	15-10-1995
LUGAR DE RESIDENCIA		F. EVALUACIÓN;	17-01-2022
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	GRADO DE INSTRUCCIÓN	
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
ESTADO CIVIL			

II. - MOTIVO DE EVALUACIÓN: PREOCUPACIONAL

III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS:

PRESENTACIÓN	Adecuado	(X)	Inadecuado	()		
POSTURA	Erguida	(X)	Encorvada	()		
DISCURSO	Ritmo:	Lento	()	Rápido	()	Fluido (X)
	Tono:	Bajo	()	Moderado	(X)	Alto ()
	Articulación:	con dificultad	()	sin dificultad	(X)	
ORIENTACIÓN	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 OPTIMISTA, DETALLISTA, CON MOTIVACIÓN PARA EL PUESTO Y CON DESEOS DE APRENDER E INTEGRARSE AL EQUIPO DE TRABAJO. 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. SEGUIR FOMENTANDO EL BUEN CLIMA LABORAL, MANTENIENDO LAS BUENAS RELACIONES CON SUS COMPAÑEROS.

VII.- CONDICIÓN:

APTO




Lic. Isabel Gonzales Brair
Psicóloga
CPSP 6300
DOKTUS SAC

Firma y Sello del Responsable de la evaluación

FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: SANDOVAL CARRILLO ORLANDO
JULINHO
EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

EDAD 26
PUESTO AYUDANTE DE PRODUCCION

SEXO MASCULINO
FECHA 17-01-2022

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	Normal	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	

SIGLOS 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

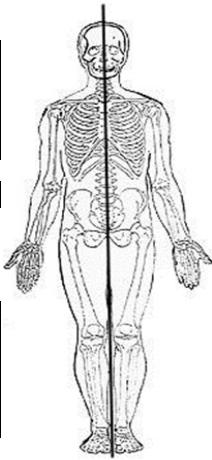
Condición Física (Test de Ruffier)			
Manejo manual de cargas	Es capaz de cargar hasta		
Marcha sobre el terreno irregular			
Evaluación de destreza manual			
- Punteado	Errores:	Aciertos:	Tiempo en el Acierto:
- Palanca	Errores:	Tiempo de Error:	Tiempo de Prueba:
Rango Articulares			

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 posturales.

FICHA MUSCULO ESQUELETICA POR MÉDICO

N° DE HISTORIA CLINICA

PQ4412-000099

APELLIDOS Y NOMBRES

SANDOVAL CARRILLO ORLANDO JULINHO

DNI

PER 48661596

TIPO DE EXAMEN:

PREOCUPACIONAL

SEXO

MASCULINO

FECHA DEL EXAMEN

17-01-2022

I. N° 1: Riesgos

PUESTO OPERATIVO

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

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	<input checked="" type="checkbox"/>
---------	-------------------------------------

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: SANDOVAL CARRILLO ORLANDO JULINHO

EDAD: 26

SEXO: MASCULINO

EMPRESA: PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

PUESTO: AYUDANTE DE PRODUCCION

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, 17 de Enero del 2022

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

Firma y Sello del Médico

Paciente:	SANDOVAL CARRILLO ORLANDO JULINHO			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	26 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	17-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000099

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

BIOQUIMICA

GLUCOSA BASAL	102	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	158.8	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	106.3	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:	SANDOVAL CARRILLO ORLANDO JULINHO			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO		Edad:	26 años
Fecha:	17-01-2022		Historia Clínica:	PQ4412-000099

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

HEMATOLOGIA

GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

O
Positivo
NORMAL

9.75 $\times 10^3/\mu\text{L}$

4.5 - 11

FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

74 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

0 %

0 - 3

BASOFILOS %

0 %

0 - 1

MONOCITOS %

10 %

3 - 6

LINFOCITOS %

16 %

24 - 44

SEGMENTADOS

7.21 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

0 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

0.0 - 0.7

BASOFILOS

0 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

(0 - 0.09)

MONOCITOS

0.97 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

1.56 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

5.16 $\times 10^6/\mu\text{L}$

4.5 - 5.5

HEMOGLOBINA

15.6 g/dL

13.5 - 17.5

HEMATOCRITO

46.1 %

41 - 53

VCM

89.3 μm^3

80.0 - 100

HCM

30.2 pg

26 - 34

CHCM

33.8 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

184 $\times 10^3/\mu\text{L}$

150.0 - 350

OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	SANDOVAL CARRILLO ORLANDO JULINHO			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO		Edad:	26 años
Fecha:	17-01-2022		Genero:	MASCULINO
	Historia Clínica:		PQ4412-000099	

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	1.015	1.005	-	1.030
pH	5	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:	SANDOVAL CARRILLO ORLANDO JULINHO			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	26 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	17-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000099

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



17-11-95

7



SANDOVAL CARRILLO ORLANDO

JULINHO

PER 48661596

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



RUTA N

Preocupacional

DNI	48661596	FECHA	17-01-2022
EDAD	26	PERFIL	OPERATIVO 1-NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4412-000099	SEXO	MASCULINO
HORA DE INICIO EMO	07:24:04	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE		R.E	
TECNOLOGÍA MÉDICA			Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL			Examen Medico
PSICOLOGÍA			BARSIT Examen Psicologico
OFTALMOLOGÍA			Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA			Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES			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	- 77	Talla	- 171	IMC	-	P. Abdominal	- 91
P.A. Sistólica	- 110	P.A. Diastólica	- 60	F. Cardiaca	- 99	F. Respiratoria	- 18
Temperatura	- 36	Sat. O2	- 96				
Cintura	- 89	Cadera	- 107	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 102	P.T. Inspiración	- 106	P.T. Reposo	- 101		

CREADO POR: VELA SANCHEZ GUADALUPE FECHA: 17-01-2022 HORA: 07:23:39

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 OCUPACIONAL	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 PRODUCCIÓN**, 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. N° 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 Impresa: SANDOVAL CARRILLO ORLANDO JULINHO

Fecha de Consentimiento: 17-01-2022

DNI: PER 48661596

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Dra. Lucy Marguila Valdivia
Coordinadora de Salud Ocupacional - Auditora
CMP 45724 - RNA 04061
DOKTUS SAC

Firma y sello del médico

V01



 <p>Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751639</p>	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, SANDOVAL CARRILLO ORLANDO JULINHO de 26 años de edad
trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado
con D.N.I./Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 48661596
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: SANDOVAL CARRILLO ORLANDO JULINHO
DNI: PER 48661596
Fecha de Autorización: 17-01-2022

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Firma y sello del médico
V01



 Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751639	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-006.02
	Titular: CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO	Fecha de Emisión: 2017-MAY-16
		Página: 1 de 1

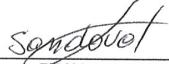
CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO

Yo, SANDOVAL CARRILLO ORLANDO JULINHO, identificado (a) con DNI N° PER 48661596, el día del mes de: , 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 efectúe 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


Sandoval
FIRMA
 LEY N° 26842 Art. 4

DATOS DEL PROFESIONAL TESTIGO:

NOMBRE: 

Firma 

FECHA 12 / 01 / 22
DIA MES AÑO

V01



 <p>Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751639</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

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICAS

Yo, SANDOVAL CARRILLO ORLANDO JULINHO Identificado con D.N.I
Nº PER 48661596 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 17-01-2022:

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 48661596
Fecha: 17-01-2022



Huella Digital del Paciente
DNI: PER 48661596
Fecha: 17-01-2022

V01


Firma Electrónica del paciente
DNI: PER 48661596
Fecha: 17-01-2022



Huella Electrónica del paciente
DNI: PER 48661596
Fecha: 17-01-2022





Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres: Sandoval cerrillo orlando Julian DNI: 48661596

ANTECEDENTES LABORALES



FECHA: 17/01/2022

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?	TIEMPO Años / Meses	EXPOSICIÓN	USO DE EPP ¿Usó equipo de protección personal?	
							AÑO INICIO	AÑOS:
1	<u>Fabis</u>	<u>Mantenimiento industrial</u>	<u>Mantenimiento</u>	<u>Practicante</u>	<u>Practicante</u>	<u>POLVO</u>	<u>RUIDO</u>	<u>X</u> GUANTES LENTES
								<u>X</u> DISERGONOMICO MASCARILLA
2	<u>Komf Tech</u>	<u>empresa industrial</u>	<u>- taller o - salidas a plantas</u>	<u>Practicante</u>	<u>Nov 2019</u>	<u>QUÍMICOS</u>	<u>DISERGONOMICO</u>	<u>X</u> TAPONES / OREJERAS
								<u>X</u> BIOLÓGICOS OTROS:
3	<u>Alicorp</u>	<u>Empresa industrial</u>	<u>- planta</u>	<u>Ayudante</u>	<u>Ago 2010</u>	<u>BIOLÓGICOS</u>	<u>OTROS:</u>	<u>X</u> GUANTES
								<u>X</u> RUIDO LENTES
4				<u>Planta</u>	<u>Setiembre 2020</u>	<u>DISERGONOMICO</u>	<u>MASCARILLA</u>	<u>X</u> TAPONES / OREJERAS
								<u>X</u> QUÍMICOS OTROS:
5					<u>Julio 2021</u>	<u>BIOLÓGICOS</u>	<u>OTROS:</u>	<u>X</u> GUANTES
								<u>X</u> POLVO LENTES
6						<u>OTROS:</u>	<u>DISERGONOMICO</u>	<u>MASCARILLA</u>
								<u>X</u> QUÍMICOS TAPONES / OREJERAS
								<u>X</u> BIOLÓGICOS OTROS:

Firma del Médico

Juan J. Quintero
MÉDICO CIRUJANO
CNP: 983923

Firma del Trabajador





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

Nombre Completo: SANDOVAL CARRILLO ORLANDO JULINHO	Fecha:	17-01-2022
	DNI:	PER 48661596

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

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	Migraña
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	Desórdenes 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	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 tiroídes
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 la firma de este tipoificada como falta grave).

FIRMA DEL TRABAJADOR	HUELLA

V01







MIEMBRO DEL GRUPO SYNLAB

7

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION DE DROGAS DE ABUSO

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

Yo, Orlando Julinto Sandovar Carrillo, identificado con DNI N° 418661596
y fecha de nacimiento _____, 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.

Entregar los resultados únicamente a mi persona

Entregar los resultados a: _____ (Identificar a la persona designada con indicación de su DNI) 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: Parmelsa

Dirección: Elmer Faucett

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: Sandovar

Fecha: 17-01-2022

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

Marihuana

Cocaína

Anfetamina

Metanfetamina

Barbitúricos

Benzodiacepinas

Metadona

Morfina

Phencyclidine

Antidepresivos tricíclicos

RESPECTO AL KIT DE ANALISIS*

Nº Lote: _____

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

Fecha de vencimiento: _____

SECCIÓN 3. INFORMACION DEL MUESTREADOR - TESTIGO

Nombres y Apellidos Eduardo Ruiz N° de DNI UCI061888
Certifico que la muestra corresponde al donante identificado en la sección 1, la cual proporciono si problemas.

NOTA: _____

Firma J

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 DFI | ÍNDICE DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA