

Historia Clínica N°	PQ4412-000079			Fecha	Día	11	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	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	SHEYLA LUCERO ARIAS MENDOZA								
Fecha de nacimiento	Día	02	Mes	01	Año	1997			
Edad	25	años							
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)	PER 73755611								
Domicilio fiscal									
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje	ASOC DE VIVIENDA MZ E NLT 08								
Número/Departamento/Interior	-			Urbanización		LOS OLIVOS DE SAN VICENTE			
Distrito	SAN MARTIN DE PORRES	Provincia	LIMA		Departamento	LIMA			
Residencia en lugar Trabajo	SI		NO	X	Tiempo de residencia en Lugar de trabajo			años	
ESSALUD	-	EPS	-	OTRO	-	SCTR	-	OTRO	-
Correo electrónico	ARIASMENDOZASHEYLA@HOTMAIL.COM				Teléfono		993982709		
Estado Civil	CONVIVIENTE				Grado de instrucción		TECNICO INCOMPLETO		
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	CONFITERIA	OPERARIO DE PRODUCCION	I F	Ene 2021 Dic 2021	X	posturas, caídas, disergonómicos, movimientos repetitivos, ruido, polvo, cargas
			I F			ropa, lentes, guantes, botas, tapones auditivos, casco, mascarilla
			I F			
			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	-

CIRUGIA POR SOPLO CARDIACO, NO ESPECIFICADO - 2010 - HOSPITAL DEL NIÑO

Descripción	MIGRAÑA: DX A LOS 16 AÑOS DE EDAD, PRESENTA EPISODIOS ESPORÁDICOS, CEDEN A ANTIMIGRAÑOSOS TAB., 1.-SOPLO CARDIACO, NO ESPECIFICADO (DX A LOS 8 AÑOS) RESUELTO CON TTO QUIRURGICO A LOS 13 AÑOS DE EDAD. NO CUENTA CON CONTROLES POSTERIORES
-------------	---

Antecedentes Ginecológicos:

Fecha ultima Regla	01/01/22	Gestaciones	2	Hijos vivos	2	Hijos muertos	0		
Régimen Catamenial	IRREGULAR	Método anticoncénptivo				PRESERVATIVOS			
Hábitos nocivos		Tipo	Cantidad	Frecuencia					
Alcohol		CERVEZA	SOCIAL	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°	0

VI . EVALUACIÓN MEDICA											
Anamnesis											
NO REFIERE											
Examen clínico	Talla (cm)	164	Peso (Kg)	88	IMC	32.72	Perímetro abdominal	99			
	Fr. Resp.	18	F. Card.	64	PA	100 / 70	PAmed	80			
	Otros	S O2 97 %	FUR: 01/01/22								
Ectoscopia	ABEG/ ABEH/ ABEN										
Estado mental	LOTEP										
EXAMEN FÍSICO											
Organo o Sistomas	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	20/20	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								
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		CONVEXIDAD LUMBAR DERECHA									
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. Yerussa Paredes García Urrutia Médico Cirujano CMP 69925 DOKTUZ						
Nombre, Firma del Trabajador					Nombre, Firma y Sello del Médico Evaluador						

VII . CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

APTO

VIII . CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS

CAMPOS PULMONARES RADIOLOGICAMENTE DE ASPECTO CONSERVADO.

IX . HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO

TRIGLICERIDOS EN LIMITE SUPERIOR

X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA

NORMOACUSIA BILATERAL

XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA**XII . OTROS****XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL**

		P	D	R	CIE-10
1					
2					
3					
4					
5					

OTROS DIAGNÓSTICOS

6	MIGRAÑA POR ANTECEDENTE	P	D	R	G43.9
7	SOPLO CARDÍACO POR ANTECEDENTE	P	D	R	R01.1
8	NORMOACUSIA BILATERAL	P	D	R	Z01.1
9	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE	P	D	R	Z01.0
10	OBESIDAD TIPO I	P	D	R	E66.9
11	LORDOSIS LUMBAR AUMENTADA	P	D	R	M40.5
12	ESCOLIOSIS LUMBAR DERECHA	P	D	R	M41.9
13	DEFORMIDAD DE PIERANS EN VALGO	P	D	R	M21.0
14	CAMPOS PULMONARES RADIOLOGICAMENTE DE ASPECTO CONSERVADO.	P	D	R	M40.5
15	TRIGLICERIDOS EN LIMITE SUPERIOR	P	D	R	E78.1

APTO

X

APTO CON RESTRICCIONES

NO APTO

XIV . RECOMENDACIONES

- SE RECOMIENDA CONTINUAR SUS CONTROLES PERIODICOS POR NEUROLOGIA
- POR EL ANTECEDENTE REFERIDO SE SUGIERE CONTROL POR CARDIOLOGIA
- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.
- SU AGUDEZA VISUAL ES OPTIMA. NO OLVIDE REALIZAR UN CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.
- ACUDE POR ESPECIALIDAD: SE INDICA DIETA BAJA EN AZUCARES SIMPLES, EVITAR ALCOHOL. NO AMERITA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO POR LOS MOMENTOS, SOLO DIETA SANA Y EJERCICIOS.
- SE RECOMIENDA SEGUIR UN PROGRAMA DE HIGIENE POSTURAL Y EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.
- EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIÓ UNA DESVIACIÓN EN LA CURVATURA DE LA COLUMNA LUMBAR. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA.
- 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 ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR. REPITA EL EXAMEN EN 3 MESES. EVALUACIÓN Y MANEJO POR MEDICINA GENERAL.




Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra
Médico Evaluador
CNP 70087
DOKTUZ

Nombre, Firma y Sello del Médico Ocupacional

**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL
PREOCUPACIONAL**

APELLIDOS Y NOMBRES		ARIAS MENDOZA SHEYLA LUCERO		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD				
DNI (<input checked="" type="checkbox"/>)	C.E. (<input type="checkbox"/>)	PER 73755611		
EDAD	25 años			
GÉNERO	FEMENINO			
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

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

FECHA DEL EXAMEN 11-01-2022




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:	ARIAS MENDOZA SHEYLA LUCERO					
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C					
TIPO DE EVALUACION:	PREOCUPACIONAL					
PUESTO	AYUDANTE DE PRODUCCION			AREA DE TRABAJO	OPERACIONES	
FECHA DE EVALUACIÓN	11-01-2022			PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL	
FECHA DE EMISIÓN	11-01-2022					
DNI:	73755611	EDAD:	25 años	SEXO:	FEMENINO	HISTORIA CLÍNICA
						PQ4412-000079

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO							
Hemoglobina:	12.7 g/dL	Grupo y Factor:	O Positivo		Orina Completa: NORMAL		
Glucosa:	93 mg/dL	Colesterol:	146.6 mg/dL		Triglicéridos	176.3 mg/dL	
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA		PSA:	NO APLICA	

TRIAJE				
Talla:	164 cm.	Peso:	88 kg.	IMC: 32.72 kg/m ²
Presión Arterial:	100/70 mmHg.	Frec. Respiratoria:	18 x minuto.	Frec. Cardiaca: 64 x minuto.

<u>CONCLUSIÓN</u>	
1.- NORMOACUSIA BILATERAL.	
2.- EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE	
3.- MIGRAÑA POR ANTECEDENTE	
4.- SOPLO CARDÍACO POR ANTECEDENTE	
5.- OBESIDAD TIPO I	
6.- LORDOSIS LUMBAR AUMENTADA	
7.- ESCOLIOSIS LUMBAR DERECHA	
8.- DEFORMIDAD DE PIERANS EN VALGO	
9.- CAMPOS PULMONARES RADIOLOGICAMENTE DE ASPECTO CONSERVADO.	
10.- TRIGLICERIDOS EN LIMITE SUPERIOR	

<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 RECOMIENDA CONTINUAR SUS CONTROLES PERIODICOS POR NEUROLOGIA	
4.- POR EL ANTECEDENTE REFERIDO SE SUGIERE CONTROL POR CARDIOLOGIA	
5.- ACUDE POR ESPECIALIDAD: SE INDICA DIETA BAJA EN AZUCARES SIMPLES, EVITAR ALCOHOL. NO AMERITA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO POR LOS MOMENTOS, SOLO DIETA SANA Y EJERCICIOS.	
6.- SE RECOMIENDA SEGUIR UN PROGRAMA DE HIGIENE POSTURAL Y EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.	
7.- EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIÓ UNA DESVIACIÓN EN LA CURVATURA DE LA COLUMNA LUMBAR. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA.	
8.- SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	
9.- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.	
10.- SE LE SUGIERE DIETA BAJA EN GRASAS SATURADAS Y ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR. REPITA 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



Tesalia Medical S.A.C.

RUC: 20600751639

HOJA DE INTERCONSULTA

Paciente	: ARIAS MENDOZA SHEYLA LUCERO	Sexo:	F (X) M ()	Fecha	11-01-2022
Edad	: 25				
Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C				
Puesto al que postula	AYUDANTE DE PRODUCCION				

Especialidad a la que se Consulta: ENDOCRINOLOGIA

Motivo de Consulta

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 25 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS CONOCIDOS, ASINTOMÁTICO, QUIEN CUENTA CON IMC 32.72 KG/M². ADICIONAL, TRIGLICERIDOS 176.3 MG/DL.

SE SOLICITA EVALUACIÓN Y MANEJO POR SU ESPECIALIDAD.

Diagnóstico	CIE : 10
OBESIDAD TIPO I	E66.9
TRIGLICERIDOS EN LIMITE SUPERIOR	E78.1

Médico Evaluador:

Nombre Completo:	ESTRADA VIZCARRA ANYBEL ROXANA
------------------	--------------------------------

CMP:	70087	RNE:	
------	-------	------	--

Firma y Sello

 Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra
 Médico Evaluador
 CMP 70087
 DOKTUS

RESPUESTA A LA INTERCONSULTA

Evaluación	Pcte. mujer de 25 años, niega antecedentes de importancia. No refiere molestias actualmente. Al exam: peso 88 kg talla : 1.67 m IMC: 31.55 Exam de laborat: 176.3 mg/dl
------------	---

Diagnóstico	CIE : 10
HIPERTRIGLICERIDEMIA	E78.1
OBESIDAD GRADO 1	E66.0

Indicaciones Médicas y Conclusión

- 1.-Dieta baja en azúcares simples, kcal 1800, fibra 20 gr por dia, evitar alcohol.
- 2.-No amerita tratamiento farmacológico actualmente, solo dieta sana y ejercicio.
- 3.- Ejercicio 30 minutos diarios

Restricciones Laborales	no presenta restricciones para trabajo presencial desde el punto de vista endocrinológico
-------------------------	---

Fecha de Reevaluación	en 6 meses (julio 2022)
-----------------------	-------------------------

APTITUD:	APTO (X)	NO APTO ()
----------	----------	-------------

Médico Especialista:

Nombre Completo:	ERIKA DEL ROCIO JORDAN CABRERA		
CMP:	54705	RNE:	25652

Firma y Sello


 Dra. ERIKA DEL R. JORDAN CABRERA
 Médica Endocrinóloga
 C.M.P. 54705 R.N.E. 25652

Fecha y Hora de la Evaluación 12-01-22 10:42 AM

EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES ARIAS MENDOZA SHEYLA LUCERO EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.
 EDAD 25 FECHA: 11-01-2022
 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	TODOS

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:

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



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

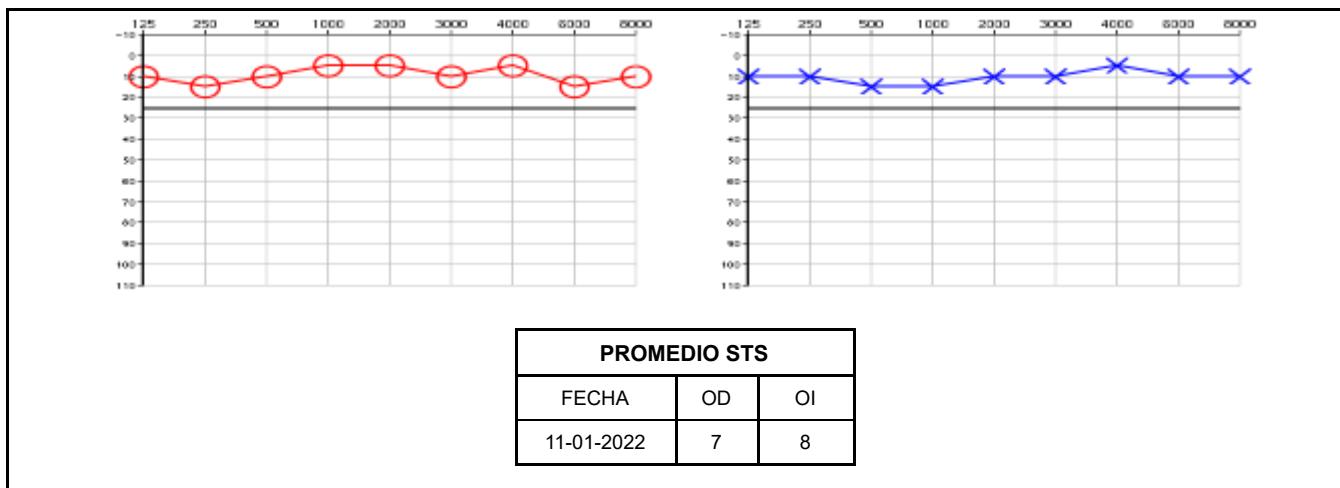
Nombre, Firma y Sello del Evaluador

Firma y Sello del Médico

FICHA AUDIOLÓGICA

Historia clínica	PQ4412-00079	Ficha audiológica				Audiometría	Marca: AMPLIVOX				
Fecha del Examen	11-01-2022	EXAMEN	Pre-ocupacional	<input checked="" type="checkbox"/>	Periodica			Modelo: 240			
			Retiro		Otro			Nº Serie: 31635 Fecha de Calibración de Equipo: 0000-00-00 Fecha de Calibración Biológica: 11-01-2022			
Nombres y apellidos		SHEYLA LUCERO ARIAS MENDOZA									
Edad	25	Sexo	FEMENINO	Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C						
Ocupación	AYUDANTE DE PRODUCCION			Años de Trabajo	1 AÑO	Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d			8 HORAS		
Uso de protectores auditivos	Tapones	<input checked="" type="checkbox"/>	Siempre	Orejeras		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"/>	PACIENTE REFIERE TRABAJA CON RUIDOS DE MAQUINAS DE PRODUCCION 1 AÑO // ANTES EN CALL CENTER 4 AÑOS				
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	ARIAS MENDOZA SHEYLA LUCERO	EDAD	25
LUGAR DE NACIMIENTO	Lima Lima San Martín De Porres	F. NACIMIENTO	02-01-1997
LUGAR DE RESIDENCIA	ASOC DE VIVIENDA MZ E NLTE 08	F. EVALUACIÓN;	11-01-2022
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	GRADO DE INSTRUCCIÓN	TECNICO INCOMPLETO
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
ESTADO CIVIL	CONVIVIENTE		

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. SE DEFINE COMO DETALLISTA, HÁBIL, CON NIVEL CONFIANZA ADECUADO EN SUS CAPACIDADES, ORDENADA, EXIGENTE CONSIGO MISMA Y ORIENTADA A LA BÚSQUEDA DE RESULTADOS. 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. SIGA MEJORANDO SU DISPOSICIÓN PARA EL TRABAJO EN EQUIPO Y MEJORARÁ SUS RESULTADOS LABORALES.

VII.- CONDICIÓN:

APTO




Lic. Isabel Gonzales Brair
Psicóloga
CPSP 6300
DOKTUS SAC

Firma y Sello del Responsable de la evaluación

FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: ARIAS MENDOZA SHEYLA LUCERO EDAD 25 SEXO FEMENINO
 EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C PUESTO AYUDANTE DE PRODUCCION FECHA 11-01-2022

ACTIVIDAD LABORAL:	Sedestación/De pie			PRESENTA DOLOR	NO						
EVALUACIÓN ESTÁTICA											
SEGMENTOS											
Cabeza	Antepulsión	Retropulsión	Inclinación	Izquierda	Rotación	No presenta					
Hombros	Antepulsados	Retropulsión	Elevación de	Ninguno de los hombros	Éscapulas	Normal					
Abdomen	Normal										
Curvaturas Fisiológicas	Cervical	Normal	Dorsal	Normal	Lumbar	Aumentada					
Pelvis	Anteversión	Rodillas	Valgo								
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 Convexidad lumbar derecha

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	

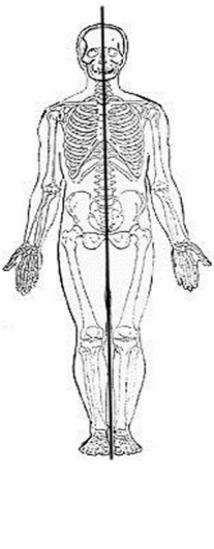
SIGNOS Y SÍNTOMAS	
GRADO 0	Ausencia de signos y síntomas.
GRADO 1	Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva.
GRADO 2	Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización.
GRADO 3	Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión.
GRADO 4	Grado 3 más limitación funcional evidente clínicamente.

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		
M40.5	LORDOSIS LUMBAR AUMENTADA		
Recomendaciones	SE RECOMIENDA SEGUIR UN PROGRAMA DE HIGIENE POSTURAL Y EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.		



M41.9	ESCOLIOSIS LUMBAR DERECHA
Recomendaciones	EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIÓ UNA DESVIACIÓN EN LA CURVATURA DE LA COLUMNA LUMBAR. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA.
EXTREMIDADES	
M21.0	DEFORMIDAD DE PIERNAS EN VALGO
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

N° DE HISTORIA CLINICA

PQ4412-000079

APELLIDOS Y NOMBRES

ARIAS MENDOZA SHEYLA LUCERO

DNI

PER 73755611

TIPO DE EXAMEN:

PREOCUPACIONAL

SEXO

FEMENINO

FECHA DEL EXAMEN

11-01-2022

I. N° 1: Riesgos

PUESTO OPERATIVO	OPERATIVO	100	ADMINISTRATIVO	0	Horas /días	12/4
------------------	-----------	-----	----------------	---	-------------	------

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

POSTURA FORZADA	NO		MOVIMIENTO REPETITIVO	SI	FLEXION Y EXTENSION DE MIEMBROS SUPERIORES
-----------------	----	--	-----------------------	----	--

¿MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGA?	SI	PESO ENTRE	1	Kg y	25	Kg
--------------------------------	----	------------	---	------	----	----

LEVANTA	X	COLOCA	X	EMPUJA	X	TRACCIONA		DESPLAZA	X
---------	---	--------	---	--------	---	-----------	--	----------	---

¿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.

CONVEXIDAD LUMBAR DERECHA

IV. N° 4: Diagnóstico

M41.9 ESCOLIOSIS LUMBAR

V. N° 5: Recomendaciones

EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIÓ UNA DESVIACIÓN EN LA CURVATURA DE LA COLUMNA LUMBAR. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA.



Dra. Yerussa Paredes García Urrutia
 Médico Cirujano
 CMP 69925
 DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

INFORME RADIOGRÁFICO

PACIENTE: ARIAS MENDOZA SHEYLA LUCERO

EMPRESA: PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

EDAD: 25

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.
- Incidentalmente se aprecia cerclajes post quirúrgico a nivel de región central del tórax, a correlacionar con antecedentes.
- Hemidiafragmas normales.

DIAGNÓSTICO:

- (Z01.6) CAMPOS PULMONARES RADIOLOGICAMENTE DE ASPECTO CONSERVADO.

Lima, 11 de Enero del 2022



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

Firma y Sello del Médico

Paciente:	ARIAS MENDOZA SHEYLA LUCERO			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	25 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	11-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000079

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

BIOQUIMICA

GLUCOSA BASAL	93	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	146.6	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	176.3	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:	ARIAS MENDOZA SHEYLA LUCERO			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	25 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	11-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000079

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

HEMATOLOGIA

GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

O
Positivo
NORMAL

7.43 $\times 10^3/\mu\text{L}$

4.5 - 11

FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

58.9 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

5.7 %

0 - 3

BASOFILOS %

0.4 %

0 - 1

MONOCITOS %

8.1 %

3 - 6

LINFOCITOS %

26.9 %

24 - 44

SEGMENTADOS

4.38 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

0.42 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

0.0 - 0.7

BASOFILOS

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

(0 - 0.09)

MONOCITOS

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

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

2 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

4.45 $\times 10^6/\mu\text{L}$

4 - 4.9

HEMOGLOBINA

12.7 g/dL

12.0 - 16

HEMATOCRITO

38.8 %

36 - 46

VCM

87.2 μm^3

80.0 - 100

HCM

28.5 pg

26 - 34

CHCM

32.7 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

262 $\times 10^3/\mu\text{L}$

150.0 - 350

OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	ARIAS MENDOZA SHEYLA LUCERO		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	25 años
Fecha:	11-01-2022	Genero:	FEMENINO

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	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:	ARIAS MENDOZA SHEYLA LUCERO			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	25 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	11-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000079

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:	ARIAS MENDOZA SHEYLA LUCERO			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	25 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	11-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000079

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

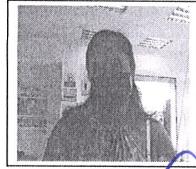
FIRMA



ARIAS MENDOZA SHEYLA LUCERO

PER 73755611

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



5

6

RUTA N

Preocupacional

DNI	73755611	FECHA	11-01-2022
EDAD	25	PERFIL	OPERATIVO 1-NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4412-000079	SEXO	FEMENINO
HORA DE INICIO EMO	07:58:36	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE		D.O.	
TECNOLOGÍA MÉDICA	Lic. Anton Jabo Janet Elizabeth Tecnólogo Médico		Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL	L.M.P. 10444 Yerussa Parejas García Urrutia MEDICO DE CRUZAN C.M.P. G0925		Examen Medico
PSICOLOGÍA		S.B.	BARSIT Examen Psicológico
OFTALMOLOGÍA		A.O.	Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA		J.L.	Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES		EC.	Radiografía de Tórax
ESPIROMETRÍA			ESPIROMETRÍA
LABORATORIO		JP	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	- 88	Talla	- 1.64	IMC	-	P. Abdominal	- 99.
P.A. Sistólica	- 100	P.A. Diastólica	- 70	F. Cardiaca	- 64	F. Respiratoria	- 18
Temperatura	- 36.3	Sat. O2	- 97				
Cintura	- 95	Cadera	- 112	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 103	P.T. Inspiración	- 109	P.T. Reposo	- 105		

CREADO POR: RUTH JARAID ENCISO CRUZ FECHA: 11-01-2022 HORA: 07:57:44

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
		Página: 1 de 1

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICAS

Yo, ARIAS MENDOZA SHEYLA LUCERO Identificado con D.N.I.
 N° PER 73755611 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 11-01-2022:

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 73755611
 Fecha: 11-01-2022

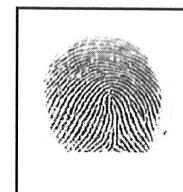


Huella Digital del Paciente
 DNI: PER 73755611
 Fecha: 11-01-2022

V01


Firma Electrónica del paciente

DNI: PER 73755611
 Fecha: 11-01-2022



Huella Electrónica del paciente
 DNI: PER 73755611
 Fecha: 11-01-2022





Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres: Doris MENDOZA SÁENZ LUCERODNI: 73255611FECHA: 11/01/2022

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 estuvo)	¿Qué ocupación, cargo o puesto tenía en la empresa?	FECHA	TIEMPO Años / Meses	EXPOSICIÓN		USO DE EPP ¿Usó equipo de protección personal?
							AÑO INICIO	AÑO SALIDA	
1	ASOC	Call center	Operadora	Operadora telefónica	Oct 2019	1 AÑO	POLVO RUIDO DISERGONÓMICO	QUÍMICOS	GUANTES / LENTES / MASCARILLA / TAPONES / OREJERAS
2	América Navi / Callcenter	Operadora	Operadora telefónica	Operadora de producción	Junio 2019	1 mes	POLVO RUIDO DISERGONÓMICO	BIOLÓGICOS	OTROS: GUANTES / LENTES / MASCARILLA / TAPONES / OREJERAS
3	Nestlé Perú	Producción	Confitería	Operaria de producción	Enero 2019	1 mes	POLVO RUIDO DISERGONÓMICO	BIOLÓGICOS	OTROS: GUANTES / LENTES / MASCARILLA / TAPONES / OREJERAS
4					Dic 2021	1 mes	POLVO RUIDO DISERGONÓMICO	BIOLÓGICOS	OTROS: GUANTES / LENTES / MASCARILLA / TAPONES / OREJERAS
5							POLVO RUIDO DISERGONÓMICO	BIOLÓGICOS	OTROS: GUANTES / LENTES / MASCARILLA / TAPONES / OREJERAS
6							POLVO RUIDO DISERGONÓMICO	BIOLÓGICOS	OTROS: GUANTES / LENTES / MASCARILLA / TAPONES / OREJERAS

Yessica Parada García Urubia
MEDICO CRÍTICO

Firma del Médico



Firma del Trabajador



 <p>Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751639</p>	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-001.02
	Titulo: 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 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. N° 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:

ARIAS MENDOZA SHEYLA LUCERO

Fecha de Consentimiento:

11-01-2022

DNI:

PER 73755611

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Dra. Lucy Munguía Valdivia
Coordinadora de Calidad - Auditora
CMP 45724 - RNA 04003
DOKTUS SAC

Firma y sello del médico

V01



Doktuz Tesisia Medical S.A.C. RUC: 20500751639	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, ARIAS MENDOZA SHEYLA LUCERO de 25 años de edad
trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado
con D.N.I./Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 73755611
domiciliado en ASOC DE VIVIENDA MZ E ÑLTE 08:

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: ARIAS MENDOZA SHEYLA LUCERO

DNI: PER 73755611

Fecha de Autorización: 11-01-2022

Firma del paciente 



Huella digital del paciente



Dra. Ludy Murguia Valdivia
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora
CMI 157-A-BNA 00091
DOKTUZ SAC

Firma y sello del médico
V01





DIRECCIÓN MÉDICA
Título:
CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO

Código y Versión:
DM-FR-006.02
Fecha de Emisión:
2017-MAY-16
Página:
1 de 1

CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO

Yo, ARIAS MENDOZA SHEYLA LUCERO, identificado (a) con DNI N° PER 73755611, 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: Tsalia 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: _____ Firma: _____

FECHA : ____ / ____ / ____
DIA MES AÑO

V01





DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-005.02
Título: DECLARACIÓN JURADA DE NO GESTANTE PARA REALIZACIÓN DE EXAMENES RADIOGRÁFICOS EN MUJERES	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: SHEYLA LUCERO ARIAS MENDOZA

Fecha de Declaración: 11-01-2022

DNI: PER 73755611

Firma del paciente



V01



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD PREVIA

"La información médica que proporcione es de carácter confidencial"

Nombre Completo: ARIAS MENDOZA SHEYLA LUCERO	Fecha: 11-01-2022
	DNI: PER 73755611

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"/>
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: *He sido operada a los 13 años por un diagnóstico de Cardiopatia - Sople al corazón.*

8 Marque si tuvo o tiene alguna enfermedad detallada en la siguiente relación	
si	no
<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de cabeza frecuentemente
<input checked="" type="checkbox"/>	Migraña
<input checked="" type="checkbox"/>	Fibromialgas
<input checked="" type="checkbox"/>	Lumbalgias a repetición
<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de columna
<input checked="" type="checkbox"/>	Hernia del núcleo pulposo
<input checked="" type="checkbox"/>	Ciática
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad de la columna
<input checked="" type="checkbox"/>	Epilepsia o convulsiones
<input checked="" type="checkbox"/>	Vértigo/mareos
<input checked="" type="checkbox"/>	Parálisis facial
<input checked="" type="checkbox"/>	Desórdenes del Sistema nervioso
<input checked="" type="checkbox"/>	Desmayos
<input checked="" type="checkbox"/>	Pérdida de conciencia
<input checked="" type="checkbox"/>	Depresión
<input checked="" type="checkbox"/>	Intento de suicidio
<input checked="" type="checkbox"/>	Tuberculosis Pulmonar
<input checked="" type="checkbox"/>	Asma bronquial
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfisema
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad pleural
<input checked="" type="checkbox"/>	Tos con sangrado (espuma en sangre)
<input checked="" type="checkbox"/>	Disminución de la audición (sordera)
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad del oído
<input checked="" type="checkbox"/>	Movilidad limitada de extremidades
si	no
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades renales
<input checked="" type="checkbox"/>	Accidente cerebro vascular (derrame)
<input checked="" type="checkbox"/>	Isquemia o infartos
<input checked="" type="checkbox"/>	Hipertensión arterial
<input checked="" type="checkbox"/>	Arritmias o enfermedades cardíacas
<input checked="" type="checkbox"/>	Alergia a medicamentos
<input checked="" type="checkbox"/>	Palpitaciones
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades oculares como glaucoma o catarata.
<input checked="" type="checkbox"/>	Visión monocular (con un sólo ojo)
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroides
<input checked="" type="checkbox"/>	Diabetes
<input checked="" type="checkbox"/>	Gota
<input checked="" type="checkbox"/>	Lupus
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades articulares (artritis, artrosis)
<input checked="" type="checkbox"/>	Reumatismo
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad de la piel
<input checked="" type="checkbox"/>	Hernia abdominal
<input checked="" type="checkbox"/>	Hernia inguinal
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades del hueso
<input checked="" type="checkbox"/>	Hemofilia
<input checked="" type="checkbox"/>	Desórdenes de la coagulación
<input checked="" type="checkbox"/>	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
	

V01

Yerussa Parvaz García Urrutia
MEDICO CIRUJANO

Firma y sello del Médico Evaluador

12 años



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA
DE MUESTRA EN LABORATORIO CLINICO

APELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO: Aníbal Nevado Spreco Leccero
DNI, PAS O CE: 73755611 EDAD: 25 años
TELÉFONOS: 993982707

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).

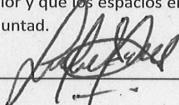
Acepto las indicaciones dadas por el personal encargado (Flebotomistas del Laboratorio Clínico) del procedimiento y acepto la total responsabilidad de los inconvenientes o consecuencias que surjan al no acatar dichas indicaciones y recomendaciones.

Informo que cumple con las condiciones pre analíticas necesarias para obtener un resultado confiable: 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: 73755611
Fecha: 11/01/2022

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: _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION DE DROGAS DE ABUSO
SECCIÓN 1. IDENTIFICACION Y CERTIFICACION DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA LA MUESTRA

K Yo, SACARIO ANGAS NIENDOZO, identificado con DNI N° K 73755601, y fecha de nacimiento 02-01-97, 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: _____ (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: PANOSO
 Dirección: Av. Elmer Faurett 3711 - Callao.

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: [Firma] Fecha: 11/01/2022

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*

N° 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 Vanesa Pineda N° de DNI 003319887
 Certifico que la muestra corresponde al donante identificado en la sección 1, la cual proporciono si problemas.

NOTA: _____

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

FECHA	MUESTRA ENTREGADA POR	MUESTRA RECIBIDA POR	PROPOSITO
	Firma: Nombre:	Firma: Nombre:	
	Firma: Nombre:	Firma: 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 PERÚ S.A.C