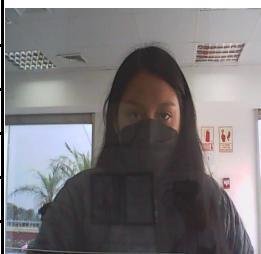


Historia Clínica N°	PQ4412-000101			Fecha	Día	17	Mes	01	Año	2022		
Tipo de evaluación	Pre Ocupacional		X	Periódico		Retiro		Otros				
Lugar del examen	Departamento	LIMA		Provincia	LIMA		Distrito					
<b>I. DATOS DE LA EMPRESA</b>												
Razón Social		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C										
Actividad 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				-								
<b>II.- FILIACIÓN DEL TRABAJADOR</b>												
Nombres y apellidos		YAQUELINE NAYELI CHOCANGA LOPEZ										
Fecha de nacimiento		Día	18	Mes	05	Año	2002					
Edad	19	años										
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)				PER 75004611								
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				
<b>III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES</b>												
EMPRESA	Área de trabajo		Ocupación		Fecha		Tiempo	Exposición ocupacional		EPP		
R & G SEGURIDAD E HIGIENE INDUSTRIAL SAC	PRODUCCION		JEFA DE MESA DE EMPAQUE DE TOCAS		I	Jun 2020	X	caídas, posturas, disergonómicos, movimientos repetitivos, polvo, ruido, cargas		botas, tapones auditivos, mascarilla, guantes, otros:cofia		
					F	Ago 2021						
			I									
			F									
			I									
			F									
			I									
			F									
			I									
			F									
			I									
			F									
			I									
			F									
<b>IV . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES</b>												
Alergias	-	Diabetes	-	TBC	-	Hepatitis :	-					
Asma	-	HTA	-	ITS	-	Tifoidea	-					
Bronquitis	-	Neoplasia	-	Convulsiones	-	Otros	-					
Quemaduras												
Cirugías	-			Intoxicaciones	-	RAM	-					
Descripción												
Antecedentes Ginecológicos:												

Fecha última Regla	05/01/22	Gestaciones	0	Hijos vivos	0	Hijos muertos	0
Régimen Catamenial	5/30	Método anticonceptivo	AMPOLLA MENSUAL				
Hábitos nocivos	Type	Cantidad	Frecuencia				
Alcohol	PISCO	SOCIAL	POCO				
Tabaco	NIEGA	NIEGA	NIEGA				
Drogas	NIEGA	NIEGA	NIEGA				
Medicamentos	AMPOLLA MENSUAL (MÉTOCO ANTICONCEPTIVO)						

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)	162	Peso (Kg)	71	IMC	27.05	Perímetro abdominal	94			
	Fr. Resp.	18	F. Card.	83	PA	100 / 60	PAmed	73.33			
	Otros	S O2 97 %	FUR: 05/01/22								
Ectoscopia	ABEG/ ABEH/ ABEN										
Estado mental	LOTEP										
<b>EXAMEN FÍSICO</b>											
<b>Organo o Sistemas</b>	<b>Sin Hallazgos</b>	<b>Hallazgos</b>									
Piel		TIBIA, HIDRATADA, ELASTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS 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	20/25	OI	20/25	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	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										
					 <b>Dra. Yerussa Paredes García Urrutia</b> <b>Médico Cirujano</b> <b>CMP 69925</b> <b>DOKTUZ</b>						
Nombre, Firma del Trabajador					Nombre, Firma y Sello del Médico Evaluador						

<b>VII . CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA</b>							
APTO							
<b>VIII . CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS</b>							
TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL							
<b>IX . HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO</b>							
EXAMEN DE LABORATORIO DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES							
<b>X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA</b>							
NORMOACUSIA BILATERAL							
<b>XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA</b>							
<b>XII . OTROS</b>							
<b>XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL</b>						<b>CIE-10</b>	
1				P	D	R	
2				P	D	R	
3				P	D	R	
4				P	D	R	
5				P	D	R	
OTROS DIAGNÓSTICOS							
6	NORMOACUSIA BILATERAL			P	D	R	Z01.1
7	AMETROPIA LEVE NO CORREGIDA			P	D	R	H52.X
8	SOBREPESO			P	D	R	E67.X
9	EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL			P	D	R	Z04.9
10	TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL			P	D	R	Z04.9
11	EXAMEN DE LABORATORIO DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES			P	D	R	Z01.7
APTO	X	APTO CON RESTRICCIONES		NO APTO			
<b>XIV . RECOMENDACIONES</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.</li> <li>- SE LE SUGIERE USO DE LENTES CORRECTORES Y EL CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.</li> <li>- SE LE SUGIERE UNA DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, INCREMTE LA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS, NO OLVIDE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA. ACUDA A NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA PARA SU EVALUACIÓN.</li> <li>- SE LE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS REGULARES (30 MINUTOS DIARIOS Y 5 VECES POR SEMANA) Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. LE AYUDARÁN A PREVENIR MOLESTIAS OSTEOMUSCULARES.</li> <li>- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.</li> <li>- SU EXAMEN DE LABORATORIO ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.</li> </ul>							
  <b>Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra</b> Médico Evaluador CMP 70087 DOKTUZ							
<b>Nombre, Firma y Sello del Médico Ocupacional</b>							

**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL  
PREOCUPACIONAL**

APELLIDOS Y NOMBRES		CHOCANGA LOPEZ YAQUELINE NAYELI		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD				
DNI ( <input checked="" type="checkbox"/> )	C.E. ( <input type="checkbox"/> )	PER 75004611		
EDAD	19 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 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:	CHOCANGA LOPEZ YAQUELINE NAYELI					
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	17-01-2022					
DNI:	75004611	EDAD:	19 años	SEXO:	FEMENINO	HISTORIA CLÍNICA
						PQ4412-000101

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO							
Hemoglobina:	12.9 g/dL	Grupo y Factor:	O Positivo		Orina Completa: NORMAL		
Glucosa:	81 mg/dL	Colesterol:	148.2 mg/dL		Triglicéridos	61.1 mg/dL	
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA		PSA:	NO APLICA	

TRIAJE					
Talla:	162 cm.	Peso:	71 kg.	IMC:	27.05 kg/m <sup>2</sup>
Presión Arterial:	100/60 mmHg.	Frec. Respiratoria:	18 x minuto.	Frec. Cardiaca:	83 x minuto.

<u>CONCLUSIÓN</u>					
1.- NORMOACUSIA BILATERAL.					
2.- AMETROPIA LEVE NO CORREGIDA					
3.- SOBREPESO					
4.- EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL					
5.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL					
6.- EXAMEN DE LABORATORIO DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES					

<u>RECOMENDACIONES</u>					
1.- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.					
2.- SE LE SUGIERE USO DE LENTES CORRECTORES Y EL CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.					
3.- SE LE SUGIERE UNA DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, INCREMENTE LA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS, NO OLVIDE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA. ACUDA A NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLÓGIA PARA SU EVALUACIÓN.					
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.- SU EXAMEN DE LABORATORIO ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.					



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra  
Médico Evaluador  
CMP 70087  
DOKTUZ

---

Firma y Sello del Responsable de Revisión

### EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES CHOCANGA LOPEZ YAQUELINE NAYELI EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.  
 EDAD 19 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	20/25	20/25				
BINOCULAR	20/25					

#### 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:

(H52.X) AMETROPIA LEVE NO CORREGIDA



---

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

---

Nombre, Firma y Sello del Evaluador

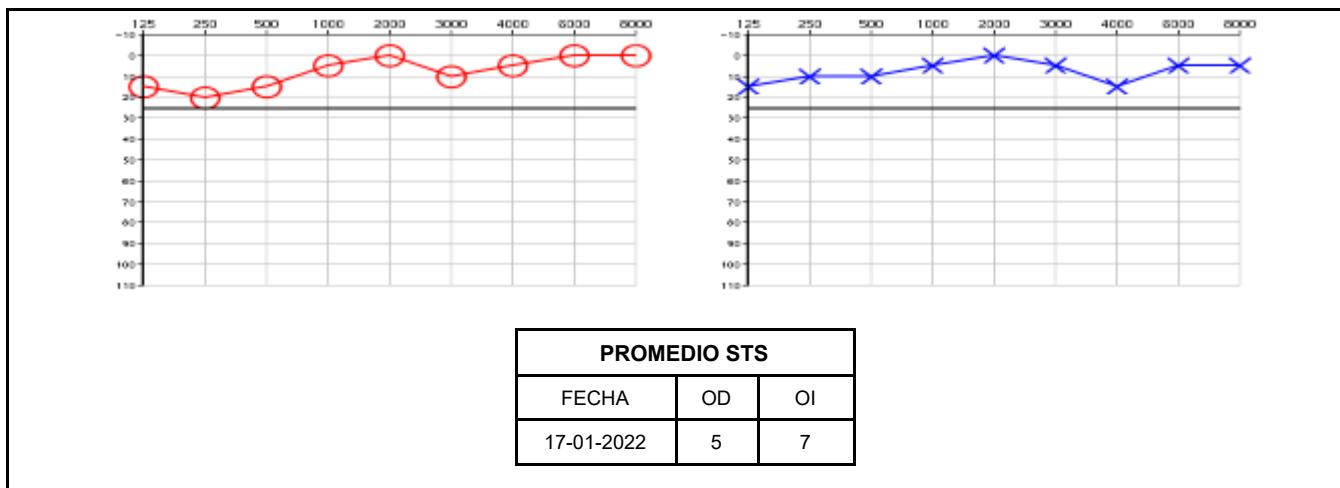
---

Firma y Sello del Médico

### FICHA AUDIOLÓGICA

Historia clínica	PQ4412-000101	Ficha audiológica				Audiometría	Marca: AMPLIVOX					
Fecha del Examen	17-01-2022	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: 17-01-2022				
Nombres y apellidos		YAQUELINE NAYELI CHOCANGA LOPEZ										
Edad	19	Sexo	FEMENINO	Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C							
Ocupación	AYUDANTE DE PRODUCCION			Años de Trabajo	1A	Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d				12 HORAS		
Uso de protectores auditivos	Tapones	<input checked="" type="checkbox"/>	Siempre	Orejeras	<input checked="" type="checkbox"/>	Siempre	Apreciación al ruido	Ruido muy intenso		Ruido moderado	<input checked="" type="checkbox"/>	Ruido no molesto

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



#### Conclusiones

OIDO DERECHO: Z01.1 NORMOACUSIA

OIDO IZQUIERDO: Z01.1 NORMOACUSIA

#### Recomendaciones

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



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

**Firma y Sello del Responsable de evaluación**



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

**Firma y Sello del Responsable de Revisión**

## INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

### I.- DATOS GENERALES

PACIENTE	CHOCANGA LOPEZ YAQUELINE NAYELI	EDAD	19
LUGAR DE NACIMIENTO		F. NACIMIENTO	18-05-2002
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:	SUPERIOR	CI	112
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 SUPERIOR. SE DEFINE COMO UNA COLABORADORA AUDAZ, ENÉRGICA AL LIDERAR EQUIPOS. SE MUESTRA DETALLISTA EN SUS FUNCIONES Y DISFRUTA DEL APRENDIZAJE CONTINUO. 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 FORTALECER LAS RELACIONES INTERPERSONALES ENTRE 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: CHOCANGA LOPEZ YAQUELINE

EDAD 19

SEXO FEMENINO

NAYELI

EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

PUESTO AYUDANTE DE PRODUCCION

FECHA 17-01-2022

ACTIVIDAD LABORAL:	Sedestación/De pie/Inclinaciones/Rotaciones			PRESENTA DOLOR	NO						
<b>EVALUACIÓN ESTÁTICA</b>											
<b>SEGMENTOS</b>											
Cabeza	Antepulsión	Retropulsión	Inclinación	No presenta	Rotación	No presenta					
Hombros	Antepulsados	Retropulsión	Elevación de	Ninguno de los hombros	Éscapulas	Normal					
Abdomen	Normal										
Curvaturas Fisiológicas	Cervical	Normal	Dorsal	Normal	Lumbar	Normal					
<b>Pelvis</b>	<b>Retroversión</b>	<b>Rodillas</b>	<b>Normal</b>								
<b>Pie</b>	<b>Normal X</b>	<b>Cavo</b>	<b>No</b>	<b>Plano</b>	<b>No</b>						

### 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	0	NO	NO	NO
Hombro Izq.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Codo Der.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Codo Izq.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Muñeca Der.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Muñeca Izq.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Cadera Der.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Cadera Izq.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Rodilla Der.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Rodilla Izq.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Tobillo Der.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Tobillo Izq.	0	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

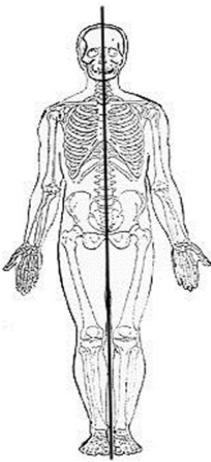
Condición Física (Test de Ruffier)	
Manejo manual de cargas	Es capaz de cargar hasta
Marcha sobre el terreno irregular	
Evaluación de destreza manual	
- Punteado	Errores:
- Palanca	Errores:
Rango Articulares	

### 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

PQ4412-000101

APELLIDOS Y NOMBRES

CHOCANGA LOPEZ YAQUELINE NAYELI

DNI

PER 75004611

TIPO DE EXAMEN:

PREOCUPACIONAL

SEXO

FEMENINO

FECHA DEL EXAMEN

17-01-2022

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.

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. Yerussa Paredes García Urrutia  
Médico Cirujano  
CMP 69925  
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

## INFORME RADIOGRÁFICO

**PACIENTE:** CHOCANGA LOPEZ YAQUELINE NAYELI

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

**EDAD:** 19

**PUESTO:** AYUDANTE DE PRODUCCION

**SEXO:** FEMENINO

### INFORME

El estudio radiográfico de tórax realizado muestra:

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

### DIAGNÓSTICO:

- (Z01.6) TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL

Lima, 17 de Enero del 2022

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

---

Firma y Sello del Médico

Paciente:	CHOCANGA LOPEZ YAQUELINE NAYELI			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	19 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	17-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000101

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

**BIOQUIMICA**

GLUCOSA BASAL	81	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	148.2	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	61.1	mg/dL	Normal < 150 mg/dL Nivel Límite: 150 - 199 mg/dL Nivel Alto: > 200 mg/dL

**OBSERVACIONES**



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

---

FIRMA

Paciente:	CHOCANGA LOPEZ YAQUELINE NAYELI		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	19 años
Fecha:	17-01-2022	Historia Clínica:	PQ4412-000101

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

## HEMATOLOGIA

### GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

### HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

O  
Positivo  
NORMAL

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

4.5 - 11

### FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

61 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

4.8 %

0 - 3

BASOFILOS %

0.8 %

0 - 1

MONOCITOS %

7.7 %

3 - 6

LINFOCITOS %

25.7 %

24 - 44

SEGMENTADOS

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

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

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

0.0 - 0.7

BASOFILOS

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

(0 - 0.09)

MONOCITOS

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

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

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

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

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

4 - 4.9

HEMOGLOBINA

12.9 g/dL

12.0 - 16

HEMATOCRITO

38.7 %

36 - 46

VCM

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

80.0 - 100

HCM

29.4 pg

26 - 34

CHCM

33.3 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

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

150.0 - 350

### OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	CHOCANGA LOPEZ YAQUELINE NAYELI		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	19 años
Fecha:	17-01-2022	Genero:	FEMENINO

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

### URIANALISIS

CUERPOS CETONICOS	Negativo	0	-	14
<b>EXAMEN COMPLETO DE ORINA</b>	<b>NORMAL</b>			
EXAMEN FISICO:				
COLOR	Amarillo			
ASPECTO	Turbio			TRANSPARENTE
EXAMEN QUIMICO:				
DENSIDAD	1.015	1.005	-	1.030
pH	6	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 Abundantes			
LEUCOCITOS	3 por campo	0	-	5
HEMATIES	1 por campo	0	-	2
CILINDROS	No se observan			
CRISTALES	No se observan			
<b>OBSERVACIONES</b>				



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

---

FIRMA

---

Paciente:	CHOCANGA LOPEZ YAQUELINE NAYELI			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	19 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	17-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000101

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:	CHOCANGA LOPEZ YAQUELINE NAYELI			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	19 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	17-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000101

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**





Tesalia Medical S.A.C.  
RUC: 20500751639

RUTA N

CHOCANGA LOPEZ YAQUELINE

NAYELI

PER 75004611

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



9

**Preocupacional**

DNI	75004611	FECHA	17-01-2022
EDAD	19	PERFIL	OPERATIVO 1-NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4412-000101	SEXO	FEMENINO
HORA DE INICIO EMO	07:47:36	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE		R.E.	
TECNOLOGÍA MÉDICA	Lic. Anton Jabo Janet Elizabeth Tecnólogo Médico 		Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL	Yessica P. P. García Urrutia MÉDICO TRUJANO C.M.P. 59925 		Examen Medico
PSICOLOGÍA			BARSIT Examen Psicologico
OFTALMOLOGÍA			Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA			Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES			Radiografía de Tórax
ESPIROMETRÍA			<u>ESPIROMETRÍA</u>
LABORATORIO			HCG CUALITATIVO (PRUEBA DE EMBARAZO), COLESTEROL TOTAL, ORINA, EXAMEN COMPLETO, Glucosa Ayunas, GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH, HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO, TRIGLICÉRIDOS, COCAINA CUALITATIVA, EXAMEN (MARIHUANA) CUALITATIVO
EXAMENES PENDIENTE			Fecha Programada:
EXAMENES COMPLETADOS		Sello: Iniciales: Fecha:	

TRIAJE						
Peso	- 71	Talla	- 162	IMC	-	P. Abdominal - 74
P.A. Sistólica	- 160	P.A. Diastólica	- 60	F. Cardiaca	- 83	F. Respiratoria - 18
Temperatura	- 36	Sat. O2	- 97			
Cintura	- 91	Cadera	- 109	Indice C-C	-	
P.T. Espiración	- 96	P.T. Inspiración	- 100	P.T. Reposo	- 98	

CREADO POR: VELA SANCHEZ GUADALUPE FECHA: 17-01-2022 HORA: 07:46:27

V01



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

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

Yo, CHOCANGA LOPEZ YAQUELINE NAYELI de 19 años de edad  
 trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C. Identificado  
 con D.N.I./Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 75004611  
 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: CHOCANGA LOPEZ YAQUELINE NAYELI  
 DNI: PER 75004611  
 Fecha de Autorización: 17-01-2022

Firma del paciente




Huella digital del paciente

Firma y sello del médico

V01





 <p>Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751638</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 Imprenta: CHOCANGA LOPEZ YAQUELINE NAYELI

Fecha de Consentimiento: 17-01-2022

DNI: PER 75004611

Firma del paciente




Huella digital del paciente

Firma y sello del médico



V01



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

### CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO

Yo, CHOCANGA LOPEZ YAQUELINE NAYELI, identificado (a) con DNI N° PER 75004611, el día del mes de: del año: , declaro en forma libre y voluntaria que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósitos de las pruebas que me realizarán por lo tanto autorizo expresamente al Centro Médico de la empresa con razón social: Tesalia Medical S.A.C. y con nombre comercial: Doktuz, para que efectué las pruebas necesarias para detectar en mi muestra de orina la presencia de Drogas de abuso.

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



HUELLA

  
FIRMA  
LEY N° 26842 Art. 4

#### DATOS DEL PROFESIONAL TESTIGO:

NOMBRE: Eder Sánchez

FECHA: 17 / 09 / 20  
DÍA MES AÑO

V01

Firma



 <p>Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751639</p>	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-005.02
	Título: <b>DECLARACIÓN JURADA DE NO GESTANTE PARA REALIZACIÓN DE EXAMENES RADIOGRÁFICOS EN MUJERES</b>	Fecha de Emisión: 2017-MAY-16
		Página: 1 de 1

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

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

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

Nombres y Apellidos: YAQUELINE NAYELI CHOCANGA LOPEZ  
 Fecha de Declaración: 17-01-2022  
 DNI: PER 75004611

Firma del paciente 



HUELLA DEL PACIENTE

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, CHOCANGA LOPEZ YAQUELINE NAYELI Identificado con D.N.I  
Nº PER 75004611 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 75004611

Fecha: 17-01-2022



Huella Digital del Paciente

DNI: PER 75004611

Fecha: 17-01-2022

V01



Firma Electrónica del paciente

DNI: PER 75004611

Fecha: 17-01-2022



Huella Electrónica del paciente

DNI: PER 75004611

Fecha: 17-01-2022



**Doktuz**

Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres: Chacanga López Yggueline Nayeli DNI: 75004611

**ANTECEDENTES LABORALES**



FECHA: 17-01-22

**ANTECEDENTES OCUPACIONALES**

Nº	EMPRESA (Nombre de la empresa que trabajó)	ACTIVIDAD DE LA EMPRESA (A qué se dedicaba la empresa)	ÁREA DE TRABAJO (En qué área estuve)	OCCUPACIÓN O CARGO ¿Qué ocupación, cargo o puesto tenías en la empresa?	FECHA	TIEMPO Años / Meses	EXPOSICIÓN	USO DE EPP ¿Usó equipo de protección personal?	
								POLVO	LENTESES
1	R & G Seguridad e higiene industrial S.A.C	Empaque de producción	Empaque de Tacos	Jefa de mesa del empaque de Tacos	Junio-20	1	RUIDO DISERGONOMICO	X MASCARILLA	X
2	AGROWORLD S.A.C	Cortar mango.	Área de mango.	solo trabajador	Agosto-21	2	BIOLOGICOS	OTROS: GUANTES	X
3					Año inicio	AÑOS:	POLVO	X LENTESES	X
4					Año salida	MESES:	RUIDO DISERGONOMICO	X MASCARILLA	X
5					AÑO INICIO	AÑOS:	BIOLÓGICOS	OTROS: GUANTES	X
6					AÑO SALIDA	MESES:	QUÍMICOS	TAPONES/OREJERAS	X
					AÑO SALIDA	MESES:	OTROS: RUIDO DISERGONOMICO	MASCARILLA	X
					AÑO SALIDA	MESES:	QUÍMICOS	TAPONES/OREJERAS	X
					AÑO SALIDA	MESES:	OTROS: BIOLÓGICOS	GUANTES	X
					AÑO SALIDA	MESES:	OTROS: RUIDO DISERGONOMICO	LENTESES	X
					AÑO SALIDA	MESES:	OTROS: QUÍMICOS	MASCARILLA	X
					AÑO SALIDA	MESES:	OTROS: BIOLÓGICOS	TAPONES/OREJERAS	X
					AÑO SALIDA	MESES:	OTROS: POLVO	GUANTES	X
					AÑO SALIDA	MESES:	OTROS: RUIDO	LENTESES	X
					AÑO SALIDA	MESES:	OTROS: DISERGONOMICO	MASCARILLA	X
					AÑO SALIDA	MESES:	OTROS: QUÍMICOS	TAPONES/OREJERAS	X
					AÑO SALIDA	MESES:	OTROS: BIOLÓGICOS	OTROS:	X
					AÑO SALIDA	MESES:	OTROS: RUIDO	LENTESES	X
					AÑO SALIDA	MESES:	OTROS: DISERGONOMICO	MASCARILLA	X
					AÑO SALIDA	MESES:	OTROS: QUÍMICOS	TAPONES/OREJERAS	X
					AÑO SALIDA	MESES:	OTROS: BIOLÓGICOS	OTROS:	X
					AÑO SALIDA	MESES:	OTROS: POLVO	GUANTES	X
					AÑO SALIDA	MESES:	OTROS: RUIDO	LENTESES	X
					AÑO SALIDA	MESES:	OTROS: DISERGONOMICO	MASCARILLA	X
					AÑO SALIDA	MESES:	OTROS: QUÍMICOS	TAPONES/OREJERAS	X
					AÑO SALIDA	MESES:	OTROS: BIOLÓGICOS	OTROS:	X

Véronica Parra García Urriola  
MEDICO PRACTICANTE  
C.M.P. 59925

Firma del Médico

Firma del Trabajador





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

Fecha:	17-01-2022
DNI:	PER 75004611

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"/>	
2	Sufre Usted de alguna enfermedad?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	
3	Tuvo alguna hospitalización por alguna enfermedad (no se considera por embarazo) en los pasados 10 años?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	
4	Usted ha tenido algún tratamiento quirúrgico (cirugía)	SI <input checked="" type="checkbox"/>	
4.1	Esta cirugía o tratamiento quirúrgico ha afectado su estado de salud hasta la actualidad	SI <input checked="" 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"/>	
6	Usted ha presentado algún tipo de lesión producto de un accidente?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	
7	Alguna vez usted ha pasado una evaluación de invalidez por alguna enfermedad o accidente?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	

Describa en caso de tener alguna respuesta positiva:

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

si	no
<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de cabeza frecuentemente
<input checked="" type="checkbox"/>	Migraña
<input checked="" type="checkbox"/>	Fibromialgias
<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"/>	Desordenes 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 solo 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 alta grave).

FIRMA DEL TRABAJADOR	HUELLA
	

Yerussa Pareja García Urrutia  
MEDICO CIRUJANO  
C.M.N 69915

Firma y sello del Médico Evaluador

V01



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA EN LABORATORIO CLINICO

APELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO: chocanga Lopez Jacqueline Nayeli  
DNI, PAS O CE: 7500 4611 EDAD: 19  
TELÉFONOS: 933 326 311

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

NOMBRE (S) DEL MEDICAMENTO (S): \_\_\_\_\_

CERTIFICO QUE:

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Paciente o Persona Responsable  
Documento de Identidad: 7500 4611  
Fecha: 17 - 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: \_\_\_\_\_





MIEMBRO DEL GRUPO SYNLAB

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

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

Yo, Yagueline Nayeli Chocanga López, identificado con DNI N° 75004611 y fecha de nacimiento 18-05-2002, 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: PAMOLSA

Dirección: 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: Lily Espinoza

Fecha: 17/10/2022

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 Fonka Chiles de la Torre N° de DNI 47718860  
Certifico que la muestra corresponde al donante identificado en la sección 1, la cual proporciono si problemas.

NOTA: \_\_\_\_\_

Firma Fonka

FECHA	MUESTRA ENTREGADA POR	MUESTRA RECIBIDA POR	PROPOSITO
	Firma: Nombre:	Firma: Nombre:	
	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			
Nombre y Apellido _____	DNI N° _____	Firma _____	Fecha _____

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