

Historia Clínica N°	PQ4412-000091			Fecha	Día	13	Mes	01	Año	2022	
Tipo de evaluación	Pre Ocupacional	X	Periódico		Retiro		Otros				
Lugar del examen	Departamento	LIMA		Provincia	LIMA		Distrito				
I. DATOS DE LA EMPRESA											
Razón Social		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C									
Actividad Económica		fabricación de productos de plásticos									
Lugar del Trabajo		Av. Elmer Faucett Nro. 3486									
Ubicación	Departamento	PROV. CONST. DEL CALLAO		Provincia	CALLAO		Distrito	CALLAO			
Puesto al que postula (solo pre ocupacional)				AYUDANTE DE PRODUCCION							
Puesto laboral actual				-							
II.- FILIACIÓN DEL TRABAJADOR											
Nombres y apellidos		ALVARO RAMIRO SILES SAAVEDRA									
Fecha de nacimiento		Día	20	Mes	09	Año	1997				
Edad	24	años									
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)						PER 76220164					
Domicilio fiscal											
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje		PSJ. COSTA BLANCA MZ ET LT 27 PUERTO NUEVO									
Número/Departamento/Interior			-			Urbanización			-		
Distrito	CALLAO		Provincia	CALLAO		Departamento	PROV. CONST. DEL CALLAO				
Residencia en lugar Trabajo		SI		NO	X	Tiempo de residencia en Lugar de trabajo				años	
ESSALUD	X	EPS	-	OTRO		SCTR		OTRO	-		
Correo electrónico			ALVARO.20SILES@GMAIL.COM			Teléfono			922925757		
Estado Civil			SOLTERO			Grado de instrucción			SECUNDARIA COMPLETA		
Nº total de hijos vivos			0			Nº de dependientes			0		
III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES											
EMPRESA	Área de trabajo		Ocupación		Fecha		Tiempo	Exposición ocupacional		EPP	
SAN MIGUEL INDUSTRIAS PET	TERMOFORMADO		AYUDANTE DE PRODUCCION		I	Jun 2021	X	posturas, caídas, disergonómicos, polvo, ruido, movimientos repetitivos, cargas		botas, ropa, guantes, tapones auditivos, casco, mascarilla	
					F	Nov 2021					
					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	-				
Quemaduras	-										
Cirugías	-			Intoxicaciones	-	RAM	-				
Descripción											
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		ENF. REUMATOIDE	Hermanos	Niega
Esposo(a)	Niega	Hijos vivos	N°	0	Hijos fallecidos	N° 0

VI . EVALUACIÓN MEDICA											
Anamnesis											
NO REFIERE											
Examen clínico	Talla (cm)	176	Peso (Kg)	72	IMC	23.24	Perímetro abdominal	87			
	Fr. Resp.	19	F. Card.	67	PA	120 / 80	PAmed	93.33			
	Otros	S O2 99 %	FUR: NO APLICA								
Ectoscopia	ABEG/ ABEH/ ABEN										
Estado mental	LOTEP										
EXAMEN FÍSICO											
Organo o Sistemas	Sin Hallazgos	Hallazgos									
Piel		TIBIA, HIDRATADA, ELASTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS NO LESIONES.									
Cabeza / Cabello	X										
Ojos y anexos		Ojos	OD	Normal	OI	Normal					
		Agudeza Visual Cerca	OD	20/20	OI	20/20	Con correctores	OD		OI	
		Agudeza Visual Lejos	OD	20/40	OI	20/50	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										
					  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				
TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL				
IX . HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO				
COLESTEROL EN LIMITE SUPERIOR HALLAZGOS ANORMALES EN LA ORINA: PROTEINURIA				
X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA				
NORMOACUSIA BILATERAL				
XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA				
XII . OTROS				
RIESGO CORONARIO: 3 % - BAJO				
XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL				
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	EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE NUTRICIÓN: IMC NORMAL			P D R Z13.2
9	PIE CAVUS BILATERAL			P D R Q66.7
10	TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL			P D R Z04.9
11	COLESTEROL EN LIMITE SUPERIOR			P D R E78.0
12	HALLAZGOS ANORMALES EN LA ORINA: PROTEINURIA			P D R R82.9
APTO	APTO CON RESTRICCIONES		NO APTO	
XIV . RECOMENDACIONES				
<ul style="list-style-type: none"> - SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL. - SE LE SUGIERE USO DE LENTES CORRECTORES Y EL CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA. - DEBE LLEVAR UNA DIETA SALUDABLE Y REALIZAR EJERCICIO FÍSICO DIARIO POR 30 MINUTOS PARA MANTENER SU PESO ACORDE A SU TALLA. - SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. - SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO. - SE LE SUGIERE DIETA BAJA EN GRASAS SATURADAS Y REPETIR EL EXAMEN EN 3 MESES. EVALUACIÓN Y MANEJO POR MEDICINA GENERAL. - DEBIDO A LOS HALLAZGOS EN SU EXAMEN DE ORINA. SE LE SUGIERE ACUDIR A MEDICINA GENERAL PARA UNA EVALUACIÓN MAS EXHAUSTIVA. 				
  Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra Médico Evaluador CNP 70087 DOKTUZ				
Nombre, Firma y Sello del Médico Ocupacional				

**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL
PREOCUPACIONAL**

APELLIDOS Y NOMBRES		SILES SAAVEDRA ALVARO RAMIRO		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD				
DNI (<input checked="" type="checkbox"/>)	C.E. (<input type="checkbox"/>)	PER 76220164		
EDAD	24 años			
GÉNERO	MASCULINO			
PUESTO AL QUE POSTULA (SOLO PRE OCUPACIONAL)		AYUDANTE DE PRODUCCION		
EMPRESA		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C	SEDE O PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

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

APTO		RESTRICCIONES
APTO CON RESTRICCIÓN		
NO APTO		MOTIVO DE OBSERVACIÓN, NO APTITUD O APTITUD NO DETERMINADA: IC OFTALMOLOGIA IC MEDICINA INTERNA
OBSERVADO	X	

FECHA DEL EXAMEN 13-01-2022




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

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO OCUPACIONAL

INFORME MÉDICO

APELLIDOS Y NOMBRES:	SILES SAAVEDRA ALVARO RAMIRO					
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C					
TIPO DE EVALUACION:	PREOCUPACIONAL					
PUESTO	AYUDANTE DE PRODUCCION			AREA DE TRABAJO	OPERACIONES	
FECHA DE EVALUACIÓN	13-01-2022			PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL	
FECHA DE EMISIÓN	13-01-2022					
DNI:	76220164	EDAD:	24 años	SEXO:	MASCULINO	HISTORIA CLÍNICA
						PQ4412-000091

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO							
Hemoglobina:	14.6 g/dL	Grupo y Factor:	O Positivo		Orina Completa: ANORMAL		
Glucosa:	89 mg/dL	Colesterol:	232.6 mg/dL		Triglicéridos	136.7 mg/dL	
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA		PSA:	NO APLICA	

TRIAJE				
Talla:	176 cm.	Peso:	72 kg.	IMC: 23.24 kg/m ²
Presión Arterial:	120/80 mmHg.	Frec. Respiratoria:	19 x minuto.	Frec. Cardiaca: 67 x minuto.

<u>CONCLUSIÓN</u>	
1.- NORMOACUSIA BILATERAL.	
2.- AMETROPIA LEVE NO CORREGIDA	
3.- EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE NUTRICIÓN: IMC NORMAL	
4.- PIE CAVUS BILATERAL	
5.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL	
6.- COLESTEROL EN LÍMITE SUPERIOR	
7.- HALLAZGOS ANORMALES EN LA ORINA: PROTEINURIA	

<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.- DEBE LLEVAR UNA DIETA SALUDABLE Y REALIZAR EJERCICIO FÍSICO DIARIO POR 30 MINUTOS PARA MANTENER SU PESO ACORDE A SU TALLA.	
4.- SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.	
5.- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.	
6.- SE LE SUGIERE DIETA BAJA EN GRASAS SATURADAS Y REPETIR EL EXAMEN EN 3 MESES. EVALUACIÓN Y MANEJO POR MEDICINA GENERAL.	
7.- DEBIDO A LOS HALLAZGOS EN SU EXAMEN DE ORINA. SE LE SUGIERE ACUDIR A MEDICINA GENERAL PARA UNA EVALUACIÓN MÁS EXHAUSTIVA.	



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra
Médico Evaluador
CMP 70087
DOKTUZ

Firma y Sello del Responsable de Revisión

EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES SILES SAAVEDRA ALVARO RAMIRO EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.
 EDAD 24 FECHA: 13-01-2022
 OCUPACIÓN AYUDANTE DE PRODUCCION LENTES: NO USA
 FECHA ULTIMO CAMBIO _____

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

ANTECEDENTES OCULARES PERSONALES: no refiere
 ANTECEDENTES FAMILIARES: no refiere
 MEDICAMENTOS: no refiere

EXAMEN OCULAR EXTERNO :

OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

AGUDEZA VISUAL	SIN LENTES		CON LENTES		AGUJERO ESTENOPEICO	
	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
VISIÓN DE CERCA	20/20	20/20				
VISIÓN DE LEJOS	20/40	20/50			20/30	20/30
BINOCULAR	20/30					

REFLEJOS PUPILARES

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

FONDO DE OJO

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

TONOMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

CAMPIMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

OTRAS EVALUACIONES:

NO APLICA

DIAGNÓSTICOS:

(H52.X) AMETROPIA LEVE NO CORREGIDA



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

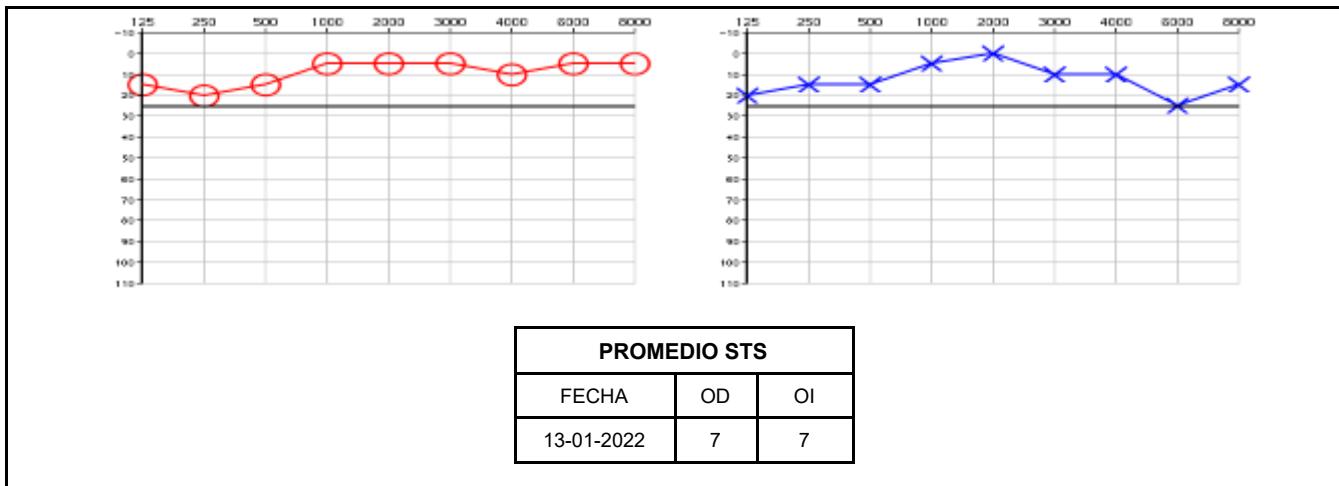
Nombre, Firma y Sello del Evaluador

Firma y Sello del Médico

FICHA AUDIOLÓGICA

Historia clínica	PQ4412-000091	Ficha audiológica				Audiometría	Marca: AMPLIVOX					
Fecha del Examen	13-01-2022	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: 13-01-2022				
Nombres y apellidos		ALVARO RAMIRO SILES SAAVEDRA										
Edad	24	Sexo	MASCULINO	Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C							
Ocupación	AYUDANTE DE PRODUCCION			Años de Trabajo	5A	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"/>						
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	SILES SAAVEDRA ALVARO RAMIRO	EDAD	24
LUGAR DE NACIMIENTO	Prov. Const. Del Callao Callao Callao	F. NACIMIENTO	20-09-1997
LUGAR DE RESIDENCIA	PSJ. COSTA BLANCA MZ ET LT 27	F. EVALUACIÓN;	13-01-2022
PUESTO DE TRABAJO	PUERTO NUEVO	GRADO DE INSTRUCCIÓN	SECUNDARIA COMPLETA
EMPRESA	AYUDANTE DE PRODUCCION		
ESTADO CIVIL	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
	SOLTERO		

II. - MOTIVO DE EVALUACIÓN: PREOCUPACIONAL

III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS:

PRESENTACIÓN	Adecuado	(X)	Inadecuado	()		
POSTURA	Erguida	(X)	Encorvada	()		
DISCURSO	Ritmo:	Lento	()	Rápido	()	Fluido
	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	118
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

CON CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN A NIVEL SUPERIOR. LOGRA ESTABLECER ADECUADAS RELACIONES INTERPERSONALES Y APARENTE TENER DOMINIO DE SUS EMOCIONES E IMPULSOS. A NIVEL LABORAL SE PUEDE ADAPTAR CON FACILIDAD AL NUEVO EQUIPO DE TRABAJO Y ORIENTADO A LA BÚSQUEDA DE RESULTADOS. NO EVIDENCIA INDICADORES HASTA LA FECHA.

1. Área Cognitiva: ESTABLE
 2. Area Emocional : ESTABLE
 3. Ansiedad: AUSENTE

VI.-RECOMENDACIONES

1. SE SUGIERE CONTROL ANUAL EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA.
2. CONTINUÉ CON EL PENSAMIENTO Y EL DESARROLLO DE UNA ACTITUD POSITIVA.

VII.- CONDICIÓN:

APTO




Lic. Isabel Gonzales Brair
 Psicóloga
 CPSP 6380
 DOKTUZ SAC

Firma y Sello del Responsable de la evaluación

FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: SILES SAAVEDRA ALVARO RAMIRO EDAD 24 SEXO MASCULINO
 EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C PUESTO AYUDANTE DE PRODUCCION FECHA 13-01-2022

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

Puebla de Adams	Negativo
-----------------	----------

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

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

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

EVALUACIÓN DE LA MARCHA		Sí	No
Realiza el contacto inicial con apoyo de talón.		X	
Movimiento armónico de rodilla, tobillo y pie		X	
La longitud del paso es simétrico.		X	
Presenta claudicación de uno de los miembros inferiores		X	
Integración de ambos hemicuerpos		X	
Tipo de pisada	Normal		

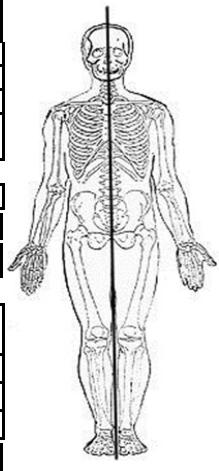
SIGNOS Y SÍNTOMAS	
GRADO 0	Ausencia de signos y síntomas.
GRADO 1	Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva.
GRADO 2	Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización.
GRADO 3	Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión.
GRADO 4	Grado 3 más limitación funcional evidente clínicamente.

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

RESULTADOS

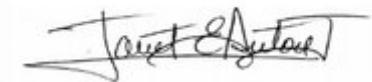
POSTURA	Óptima
---------	--------

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



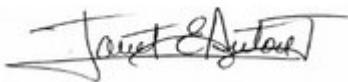
EXTREMIDADES

Q66.7	PIE CAVUS BILATERAL
Recomendaciones	SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.
OTROS	



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo
Terapia Física
CTMP 10444
DOKTUZ

Nombre y Firma del Evaluador



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo
Terapia Física
CTMP 10444
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

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

FICHA MUSCULO ESQUELETICA POR MÉDICO

N° DE HISTORIA CLINICA

PQ4412-000091

APELLIDOS Y NOMBRES

SILES SAAVEDRA ALVARO RAMIRO

DNI

PER 76220164

TIPO DE EXAMEN:

PREOCUPACIONAL

SEXO

MASCULINO

FECHA DEL EXAMEN

13-01-2022

I. N° 1: Riesgos

PUESTO OPERATIVO	OPERATIVO	0	ADMINISTRATIVO	100	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: SILES SAAVEDRA ALVARO RAMIRO

EMPRESA: PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

EDAD: 24

PUESTO: AYUDANTE DE PRODUCCION

SEXO: MASCULINO

INFORME

El estudio radiográfico de tórax realizado muestra:

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

DIAGNÓSTICO:

- (Z01.6) TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL

Lima, 13 de Enero del 2022



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

Firma y Sello del Médico

Paciente:	SILES SAAVEDRA ALVARO RAMIRO			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	24 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	13-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000091

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

BIOQUIMICA

GLUCOSA BASAL	89	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	232.6	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	136.7	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:	SILES SAAVEDRA ALVARO RAMIRO		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	24 años
Fecha:	13-01-2022	Historia Clínica:	PQ4412-000091

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

HEMATOLOGIA

GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

O
Positivo
NORMAL

7.1 $\times 10^3/\mu\text{L}$

4.5 - 11

FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

57.7 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

6.1 %

0 - 3

BASOFILOS %

0.6 %

0 - 1

MONOCITOS %

7.6 %

3 - 6

LINFOCITOS %

28 %

24 - 44

SEGMENTADOS

4.1 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

0.43 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

0.0 - 0.7

BASOFILOS

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

(0 - 0.09)

MONOCITOS

0.54 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

1.99 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

5.04 $\times 10^6/\mu\text{L}$

4.5 - 5.5

HEMOGLOBINA

14.6 g/dL

13.5 - 17.5

HEMATOCRITO

44.9 %

41 - 53

VCM

89.1 μm^3

80.0 - 100

HCM

29 pg

26 - 34

CHCM

32.5 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

205 $\times 10^3/\mu\text{L}$

150.0 - 350

OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	SILES SAAVEDRA ALVARO RAMIRO		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	24 años
Fecha:	13-01-2022	Genero:	MASCULINO

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

URIANALISIS

CUERPOS CETONICOS	Negativo	0	-	14
<u>EXAMEN COMPLETO DE ORINA</u>				
EXAMEN FISICO:				
COLOR	Amarillo			
ASPECTO	Ligeramente turbio			TRANSPARENTE
EXAMEN QUIMICO:				
DENSIDAD	1.02	1.005	-	1.030
pH	6	5	-	8
GLUCOSA	Negativo			NEGATIVO
PROTEINAS	500	0	-	15
PIGMENTOS BILIARES	Negativo			NEGATIVO
UROBILINOGENO	Negativo			NEGATIVO
NITRITOS	Negativo			NEGATIVO
SANGRE	25			NEGATIVO
SEDIMENTO URINARIO:				
CELULAS EPITELIALES	Escamosas Escasas			
LEUCOCITOS	2 por campo	0	-	5
HEMATIES	2 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:	SILES SAAVEDRA ALVARO RAMIRO			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	24 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	13-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000091

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



SILES SAAVEDRA ALVARO RAMIRO

PER 76220164

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



13

RUTA N

Preocupacional

DNI	76220164	FECHA	13-01-2022
EDAD	24	PERFIL	OPERATIVO 1-NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4412-000091	SEXO	MASCULINO
HORA DE INICIO EMO	07:30:48	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE		J.L.	
TECNOLOGÍA MÉDICA			Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL			Examen Medico
PSICOLOGÍA			BARSIT Examen Psicologico
OFTALMOLOGÍA			Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA			Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES			Radiografía de Tórax
ESPIROMETRÍA			ESPIROMETRÍA
LABORATORIO			COLESTEROL TOTAL, ORINA, EXAMEN COMPLETO, Glucosa Ayunas, GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH, HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO, TRIGLICÉRIDOS, COCAÍNA CUALITATIVA, EXAMEN (MARIHUANA) CUALITATIVO
EXAMENES PENDIENTE			Fecha Programada:
EXAMENES COMPLETADOS		Sello:	Iniciales: Fecha:

TRIAJE							
Peso	- 72	Talla	- 176	IMC	-	P. Abdominal	- 87
P.A. Sistólica	- 120	P.A. Diastólica	- 80	F. Cardiaca	- 67	F. Respiratoria	- 19
Temperatura	- 36.1	Sat. O2	- 99				
Cintura	- 82	Cadera	- 107	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 85	P.T. Inspiración	- 99	P.T. Reposo	- 96		

CREADO POR: VELA SANCHEZ GUADALUPE FECHA: 13-01-2022 HORA: 07:30:11

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, SILES SAAVEDRA ALVARO RAMIRO Identificado con D.N.I
Nº PER 76220164 acudo a la Clínica

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

Por ello, autorizo el uso de mi firma y huella digital electrónicas para que se incluyan exclusivamente en los siguientes documentos que se generen el día 13-01-2022:

1. Consentimiento Informado para Evaluación Médica Ocupacional

2. Autorización de Información de Resultados, Administración y Liberación de Información Médica Ocupacional

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

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

Firmo y dejo huella original para constatar lo mencionado.


Firma manuscrita del paciente

DNI: PER 76220164
Fecha: 13-01-2022



Huella Digital del Paciente
DNI: PER 76220164
Fecha: 13-01-2022


Firma Electrónica del paciente

DNI: PER 76220164
Fecha: 13-01-2022



Huella Electrónica del paciente
DNI: PER 76220164
Fecha: 13-01-2022

V01



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

CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO

Yo, SILES SAAVEDRA ALVARO RAMIRO, identificado (a) con DNI N° PER 76220164, 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: Eduar A

Firma 

FECHA : 13 / 01 / 22
DIA MES AÑO

V01



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

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

Yo, SILES SAAVEDRA ALVARO RAMIRO de 24 años de edad
trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado
con D.N.I./Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 76220164
domiciliado en PSJ. COSTA BLANCA MZ ET LT 27 PUERTO NUEVO :

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: SILES SAAVEDRA ALVARO RAMIRO
DNI: PER 76220164
Fecha de Autorización: 13-01-2022

Firma del paciente



Huella digital del paciente



Dra. Lucy Murguia Valdivia
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora
CMP 45724 - D.N.I. 04081
DOKTUZ SAC

Firma y sello del médico

V01



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

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

1. Los exámenes médicos ocupacionales son de acuerdo al perfil laboral que corresponde, con el fin de determinar mi estado de salud.
2. El examen de salud incluirá lo siguiente (los exámenes que se me realizarán pueden variar, y dependerá del perfil médico que mi empresa designe para mi puesto):
 - a. Filiación (Datos personales como dirección, teléfonos, edad, estado civil, entre otros)
 - b. Anamnesis clínica (Datos de antecedentes personales, familiares y de enfermedades unidos a los síntomas clínicos que haya presentado o presente en la actualidad, alergia a medicamentos, sexualidad, y hábitos personales).
 - c. Examen físico general, por sistemas y por aparatos
 - d. Pruebas complementarias (psicológico, laboratorio, imágenes, espirometría, audiometría, electrocardiograma, entre otros).
3. Para la realización de los exámenes se me indicó que:
 - a. La toma de muestra de sangre para los análisis de laboratorio podría producirme en la zona de venopunción un hematoma y/o leve dolor.
 - b. Para la evaluación física general, se me solicitará que me retire mi vestimenta y se me proporcionará una bata.
 - c. Para la toma de radiografía de tórax, se me solicitará que me retire mi vestimenta de la parte superior del cuerpo (tórax, brazos) y se me proporcionará una bata.
 - d. Debo responder con veracidad los cuestionarios que se me realicen durante las evaluaciones médicas y otras pruebas.
 - e. Que el realizar las pruebas psicológicas puede ser de manera escrita en papel o en un equipo electrónico, para lo cual doy mi aceptación y certifico que las respuestas se ajustan a la verdad.
4. La información contenida en la Ficha Médica será mantenida en estricta confidencialidad por Doktuz y permanecerá en los archivos médicos (Ley General de Salud Artículo 15º, Norma Técnica de Historia Clínica para los establecimientos de salud tanto privados como públicos del Sector Salud: N.T.S. N° 022-MINSA/DGSPV.02) por el período que las normas sobre salud ocupacional lo prescriban (Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo N° 29783 y su Reglamento DS 005-2012 TR).
5. Tengo el derecho a conocer toda la información obtenida sobre mi salud y el derecho a acceder a la documentación de la historia clínica.
6. Los resultados de mi Evaluación Médica serán manejados de acuerdo a la Ley General de Salud N° 26842 (Art 25º), al Principio de Confidencialidad de Información Médica y la Ley de Protección de Datos Personales – Ley 29733.
7. Puedo ejercer los derechos de acceso, la cancelación, la rectificación y la oposición que me brinda la Ley de Protección de Datos Personales – Ley 29733 a través del siguiente canal de atención que Doktuz pone a mi disposición: contacto@doktuz.com

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

Nombre en Letra Impresa:

SILES SAAVEDRA ALVARO RAMIRO

Fecha de Consentimiento:

13-01-2022

DNI:

PER 76220164

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Dra. Lucy Mururta Valdés
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora
CNP: 000000000001
DOKTUZ SAC

Firma y sello del médico

V01



+Doktuz

Sí piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres: Silvia Saavedra Alvaro Ramírez

DNI: 76220164

ANTECEDENTES LABORALES



FECHA: 13/01/2022

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)	OCUPACIÓN O CARGO ¿Qué ocupación, cargo o puesto tenías en la empresa?		TIEMPO Años / Meses	EXPOSICIÓN	USO DE EPP ¿Usó equipo de protección personal?
				FECHA				
1	San Miguel Industrias SRL	Ayudante de Producción	Laminado - Transformado	Ayudante		AÑO INICIO 01/06/21	AÑOS: 0	RUIDO DISERGONOMICO QUÍMICOS
						AÑO SALIDA 30/11/21	MESES: 6	TAPONES / OREJERAS
2	Pantopora Bimbo del Perú	Ayudante de Producción	Batidos	Ayudante		AÑO INICIO 10/07/2018	AÑOS: 2	POLVO RUIDO DISERGONOMICO BIOLÓGICOS
						AÑO SALIDA 30/04/2021	MESES: 0	LENTES MASCARILLA TAPONES / OREJERAS
3						AÑO INICIO	AÑOS: POLVO	OTROS: GUANTES
4						AÑO INICIO	AÑOS: RUIDO	LENTES MASCARILLA
5						AÑO SALIDA	MESES: QUÍMICOS	TAPONES / OREJERAS
6						AÑO INICIO	AÑOS: BIOLÓGICOS	OTROS: GUANTES
						AÑO SALIDA	MESES: TAPONES / OREJERAS	LENTES
						AÑO INICIO	AÑOS: POLVO	MASCARILLA
						AÑO SALIDA	MESES: DISERGONOMICO	RUIDO
						AÑO INICIO	AÑOS: DISERGONOMICO	LENTES
						AÑO SALIDA	MESES: QUÍMICOS	MASCARILLA
						AÑO INICIO	AÑOS: TAPONES / OREJERAS	OTROS: GUANTES
						AÑO SALIDA	MESES: BIOLÓGICOS	OTROS: OTROS
						AÑO INICIO	AÑOS: RUIDO	LENTES
						AÑO SALIDA	MESES: DISERGONOMICO	MASCARILLA
						AÑO INICIO	AÑOS: TAPONES / OREJERAS	RUIDO
						AÑO SALIDA	MESES: QUÍMICOS	LENTES
						AÑO INICIO	AÑOS: BIOLÓGICOS	MASCARILLA
						AÑO SALIDA	MESES: TAPONES / OREJERAS	OTROS: GUANTES
						AÑO INICIO	AÑOS: RUIDO	LENTES
						AÑO SALIDA	MESES: DISERGONOMICO	MASCARILLA
						AÑO INICIO	AÑOS: QUÍMICOS	OTROS: GUANTES
						AÑO SALIDA	MESES: BIOLÓGICOS	LENTES
						AÑO INICIO	AÑOS: POLVO	MASCARILLA
						AÑO SALIDA	MESES: DISERGONOMICO	RUIDO
						AÑO INICIO	AÑOS: TAPONES / OREJERAS	LENTES
						AÑO SALIDA	MESES: QUÍMICOS	MASCARILLA
						AÑO INICIO	AÑOS: BIOLÓGICOS	OTROS: OTROS
						AÑO SALIDA	MESES: TAPONES / OREJERAS	LENTES
						AÑO INICIO	AÑOS: RUIDO	MASCARILLA
						AÑO SALIDA	MESES: DISERGONOMICO	OTROS: GUANTES
						AÑO INICIO	AÑOS: QUÍMICOS	LENTES
						AÑO SALIDA	MESES: BIOLÓGICOS	MASCARILLA
						AÑO INICIO	AÑOS: TAPONES / OREJERAS	OTROS: GUANTES
						AÑO SALIDA	MESES: QUÍMICOS	LENTES
						AÑO INICIO	AÑOS: BIOLÓGICOS	MASCARILLA
						AÑO SALIDA	MESES: TAPONES / OREJERAS	OTROS: OTROS

Venessa Paredes Gatica Urrutia

MÉDICO TRABAJADOR

Firma del Médico



Firma del Trabajador





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

Nombre Completo: SILES SAAVEDRA ALVARO RAMIRO	Fecha: 13-01-2022
	DNI: PER 76220164

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:

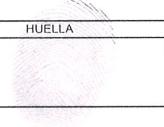
DESCRIBA		
1	Usted está tomando alguna medicación regularmente?	
2	Sufre Usted de alguna enfermedad?	
3	Tuvo alguna hospitalización por alguna enfermedad (no se considera por embarazo) en los pasados 10 años?	
4	Usted ha tenido algún tratamiento quirúrgico (cirugía)	
	4.1	Esta cirugía o tratamiento quirúrgico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

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"/>	Cistíca
<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 tiroide
<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 descriptas:

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
	

Yerussa Paredes García Urrutia
MEDICO CINCUANCO
C.M.P. N° 925

Firma y sello del Médico Evaluador

V01



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

APELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO: Siles Saavedra Alvaro Ramiro
DNI, PAS O CE: 76220164 EDAD: 29
TELÉFONOS: 922925757

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

SI NO NOMBRE (S) DEL MEDICAMENTO (S): _____
CERTIFICO QUE:

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

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

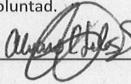
Acepto las indicaciones dadas por el personal encargado (Flebotomistas del Laboratorio Clínico) del procedimiento y acepto la total responsabilidad de los inconvenientes o consecuencias que surjan al no acatar dichas indicaciones y recomendaciones.

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

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

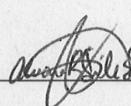
Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que sea tomado el examen. Una vez entendido, autorizo que se me realice el procedimiento de toma y análisis de muestras, por lo tanto, firmo en constancia el presente documento.

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


Firma del Paciente o Persona Responsable
Documento de Identidad: 76220164
Fecha: 13/01/2022

DESISTIMIENTO O REVOCACION

Yo, Alvaro Ramiro Siles Saavedra 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: 76220164
Fecha: 13/01/2022



13

 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, Alvaro Ramiro Siles SPAEDORP, identificado con DNI N° 76220164 y fecha de nacimiento 20/09/1972 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: PAMOLSA
Dirección: Dr. ELMER FAUSTET

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: Alvaro Ramiro Siles SPAEDORP Fecha: 13/01/2022

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

SECCIÓN 2. INFORMACION DE LA PRUEBA

MOTIVO DE LA PRUEBA

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

INDICAR DROGAS A ANALIZAR

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

RESPECTO AL KIT DE ANALISIS*

Nº Lote: _____

Fecha de vencimiento: _____

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

SECCIÓN 3. INFORMACION DEL MUESTREADOR – TESTIGO

Nombres y Apellidos Gret Paul Ayre Nº de DNI AC0062088
 Certifico que la muestra corresponde al donante identificado en la sección 1, la cual proporciono si problemas.
 NOTA: _____
 Firma _____

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

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

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

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

- POSITIVA NEGATIVA

Es positiva para los siguientes analitos: _____

Nota: En caso de ser positiva, sugerimos solicitar la prueba confirmatoria a partir de la contramuestra almacenada.

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

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

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

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