

Historia Clínica N°	PQ4411-000010			Fecha	Día	17	Mes	01	Año	2022
Tipo de evaluación	Pre Ocupacional		X	Periódico		Retiro		Otros		
Lugar del examen	Departamento		LIMA		Provincia	LIMA		Distrito		

## I. DATOS DE LA EMPRESA

Razón Social	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C																
Actividad Económica	fabricación de productos de plásticos																
Lugar del Trabajo	Av. Elmer Faucett Nro. 3486																
Ubicación	Departamento	PROV. CONST. DEL CALLAO			Provincia	CALLAO		Distrito	CALLAO								
Puesto al que postula (solo pre ocupacional)	AYUDANTE DE PRODUCCION																
Puesto laboral actual	-																

## II.- FILIACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombres y apellidos	IMAR PEÑA PINTADO								
Fecha de nacimiento	Día	11	Mes	11	Año	1986			
Edad	35	años							
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)	PER 44229986								
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	2				Nº de dependientes		2		

## III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

EMPRESA	Área de trabajo	Ocupación	Fecha	Tiempo	Exposición ocupacional	EPP
MOLITALIA	PRODUCCION	OPERARIO DE PRODUCCION	I	Ago 2020	polvo, ruido, posturas, caídas, turnos nocturnos, disergonomicos, movimientos repetitivos	guantes, tapones auditivos, orejeras, casco, mascarilla, ropa, lentes, botas
			F	Dic 2021		
			I			
			F			
			I			
			F			
			I			
			F			
			I			
			F			
			I			
			F			

## IV . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Alergias	-	Diabetes	-	TBC	-	Hepatitis :	-
Asma	-	HTA	-	ITS	-	Tifoidea	-
Bronquitis	-	Neoplasia	-	Convulsiones	-	Otros	X
Quemaduras	-						
Cirugías	-			Intoxicaciones	-	RAM	-
Descripción	1. COVID19 (2020/07) DX PRUEBA MOLECULAR. TRATAMIENTO DOMICILIARIO. DESCANSO MEDICO POR 14 DIAS. SIN COMPLICACIONES NI SECUELAS						
Hábitos nocivos	Tipo		Cantidad		Frecuencia		

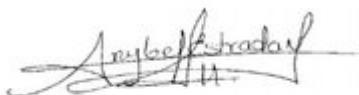
Alcohol	CERVEZA	1-2	POCO
Tabaco	NIEGA	NIEGA	NIEGA
Drogas	NIEGA	NIEGA	NIEGA
Medicamentos		NIEGA	

Absentismo: enfermedades y accidentes (asociado a trabajo o no)						
Enfermedad, Accidentes	Asociado al trabajo		Año	Dias de descanso		
	SI	NO				
NIEGA						
NIEGA						
NIEGA						
NIEGA						

V . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Padre	Niega	Madre			Niega	Hermanos	Niega
Esposo(a)	Niega	Hijos vivos	N°	2	Hijos fallecidos	N°	0

VI . EVALUACIÓN MEDICA											
Anamnesis											
NO REFIERE											
Examen clínico	Talla (cm)	170	Peso (Kg)	77	IMC	26.64	Perímetro abdominal	93			
	Fr. Resp.	18	F. Card.	52	PA	100 / 50	PAmed	66.67			
	Otros	S O2 97 %	FUR: NO APLICA								
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	20/20	OI	20/20	Con correctores	OD		OI	
		Fondo de ojo	OD	NO REALIZADO	OI	NO REALIZADO	Visión de colores	OD	NORMAL	OI	NORMAL
		Visión de profundidad	NORMAL								
		Exámen ocular externo	OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION								
Oidos	X										
Nariz	X										
Boca	X										
Faringe	X										
Laringe	X										
Cuello	X										
Aparato Respiratorio	X										
Aparato Cardiovascular	X										
Aparato Genitourinario	X										
Aparato Locomotor	X										
Marcha	X										
Columna	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. Daviangeila Saireth Rausseo Portillo Médico Ocupacional CMP 093927 DOKTUZ						
Nombre, Firma del Trabajador					Nombre, Firma y Sello del Médico Evaluador						

<b>VII . CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA</b>							
APTO							
<b>VIII . CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS</b>							
TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL							
<b>IX . HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO</b>							
HIPERLIPIDEMIA MIXTA EOSINOFILIA							
<b>X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA</b>							
NORMOACUSIA BILATERAL							
<b>XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA</b>							
<b>XII . OTROS</b>							
RIESGO CORONARIO: 4 % - BAJO							
<b>XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL</b>							
1				P	D	R	CIE-10
2				P	D	R	
3				P	D	R	
4				P	D	R	
5				P	D	R	
OTROS DIAGNÓSTICOS							
6	NORMOACUSIA BILATERAL			P	D	R	Z01.1
7	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE			P	D	R	Z01.0
8	SOBREPESO			P	D	R	E67.X
9	BRADICARDIA, NO ESPECIFICADA			P	D	R	R00.1
10	PIE CAVUS BILATERAL			P	D	R	Q66.7
11	TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL			P	D	R	Z04.9
12	HIPERLIPIDEMIA MIXTA			P	D	R	E78.2
13	EOSINOFILIA			P	D	R	D72.1
APTO	X	APTO CON RESTRICCIONES		NO APTO			
<b>XIV . RECOMENDACIONES</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.</li> <li>- SU AGUDEZA VISUAL ES OPTIMA. NO OLVIDE REALIZAR UN CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.</li> <li>- SE LE SUGIERE UNA DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, INCREMTE LA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS, NO OLVIDE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA. ACUDA A NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA PARA SU EVALUACIÓN.</li> <li>- SE LE ENCONTRÓ LA FRECUENCIA CARDIACA POR DEBAJO DEL PROMEDIO. SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL ANUAL POR CARDIOLOGÍA.</li> <li>- SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.</li> <li>- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.</li> <li>- ACUDE POR ESPECIALIDAD: SE RECOMIENDA DISMINUIR EL CONSUMO DE CARBOHIDRATOS Y AZUCARES SIMPLES. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CON CIPROFIBRATO 100 MG. EJERCICIO FISICO. CONTROL EN 2 MESES.</li> <li>- LA ELEVACIÓN DE EOSINOFILOS (EOSINOFILIA) SE PRESENTA EN CASOS DE ALERGIA O PARASITOSIS. SE LE SUGIERE CONSULTA POR MEDICINA GENERAL.</li> </ul>							
  <p>Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra Médico Evaluador CNP 70087 DOKTUZ</p>							
Nombre, Firma y Sello del Médico Ocupacional							

**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL  
PREOCUPACIONAL**

APELLIDOS Y NOMBRES		PEÑA PINTADO IMAR	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD			
DNI ( <input checked="" type="checkbox"/> )	C.E. ( <input type="checkbox"/> )	PER 44229986	
EDAD	35 años		
GÉNERO	MASCULINO		
PUESTO AL QUE POSTULA (SOLO PRE OCUPACIONAL)		AYUDANTE DE PRODUCCION	
EMPRESA		SEDE O PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

CONCLUSIONES  
 GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH: A 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:	PEÑA PINTADO IMAR					
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C					
TIPO DE EVALUACION:	PREOCUPACIONAL					
PUESTO	AYUDANTE DE PRODUCCION			AREA DE TRABAJO	OPERACIONES	
FECHA DE EVALUACIÓN	17-01-2022			PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL	
FECHA DE EMISIÓN	18-01-2022					
DNI:	44229986	EDAD:	35 años	SEXO:	MASCULINO	HISTORIA CLÍNICA
						PQ4411-000010

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO							
Hemoglobina:	17.2 g/dL	Grupo y Factor:	A Positivo		Orina Completa: NORMAL		
Glucosa:	85 mg/dL	Colesterol:	219.6 mg/dL		Triglicéridos	432 mg/dL	
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA		PSA:	NO APLICA	

TRIAJE				
Talla:	170 cm.	Peso:	77 kg.	IMC: 26.64 kg/m <sup>2</sup>
Presión Arterial:	100/50 mmHg.	Frec. Respiratoria:	18 x minuto.	Frec. Cardiaca: 52 x minuto.

<u>CONCLUSIÓN</u>	
1.- NORMOACUSIA BILATERAL.	
2.- EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE	
3.- SOBREPESO	
4.- BRADICARDIA, NO ESPECIFICADA	
5.- PIE CAVUS BILATERAL	
6.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL	
7.- HIPERLIPIDEMIA MIXTA	
8.- EOSINOFILIA	

<u>RECOMENDACIONES</u>	
1.- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.	
2.- SU AGUDEZA VISUAL ES OPTIMA. NO OLVIDE REALIZAR UN CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.	
3.- SE LE SUGIERE UNA DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, INCREMENTE LA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS, NO OLVIDE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA. ACUDA A NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLÓGIA PARA SU EVALUACIÓN.	
4.- SE LE ENCONTRÓ LA FRECUENCIA CARDIACA POR DEBAJO DEL PROMEDIO. SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL ANUAL POR CARDIOLOGÍA.	
5.- SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.	
6.- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.	
7.- ACUDE POR ESPECIALIDAD: SE RECOMIENDA DISMINUIR EL CONSUMO DE CARBOHIDRATOS Y AZUCARES SIMPLES. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON CIPROFIBRATO 100 MG. EJERCICIO FÍSICO. CONTROL EN 2 MESES.	
8.- LA ELEVACIÓN DE EOSINOFILOS (EOSINOFILIA) SE PRESENTA EN CASOS DEALERGIA O PARASITOSIS. SE LE SUGIERE CONSULTA POR MEDICINA GENERAL.	



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra  
Médico Evaluador  
CMP 70087  
DOKTUZ

---

Firma y Sello del Responsable de Revisión



Tesalia Medical S.A.C.

RUC: 20600751639

**HOJA DE INTERCONSULTA**

Paciente : PEÑA PINTADO IMAR	Sexo: F ( ) M (X)	Fecha 17-01-2022
Edad : 35'		
Empresa : PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
Puesto al que postula : AYUDANTE DE PRODUCCION		

Especialidad a la que se Consulta: ENDOCRINOLOGIA

Motivo de Consulta

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 35 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS CONOCIDOS, ASINTOMÁTICO, QUIEN CUENTA CON TRIGLICERIDOS 432 MG/DL Y COLESTEROL TOTAL 219.6 MG/DL ADICIONAL, IMC 26.64 KG/M2

SE SOLICITA EVALUACIÓN Y MANEJO POR SU ESPECIALIDAD.

Diagnóstico HIPERLIPIDEDEMIA MIXTA SOBREPESO	CIE : 10 E78.2 E67.X
--	----------------------------

Médico Evaluador:

Nombre Completo: ESTRADA VIZCARRA ANYBEL ROXANA

CMP: 70087 RNE:

Firma y Sello

Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra  
Médico Evaluador  
CMP 70087  
DOKTUS

**RESPUESTA A LA INTERCONSULTA**

Evaluación	Acude por dislipidemia mixta colesterol total 219 , triglicéridos 432	
Diagnóstico	- Dislipidemia mixta CIE : 10 E78.2	
Indicaciones Médicas y Conclusión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grepifibato 100 mg 1 tablet noche.</li> <li>- Reducir ejercicio - Disminuir consumo de azúcares simples</li> </ul>	
Restricciones Laborales	9 porciones de carbohidratos	
Fecha de Reevaluación	2 mes	
APTITUD:	APTO <input checked="" type="checkbox"/>	NO APTO <input type="checkbox"/>

Médico Especialista:

Nombre Completo: JULIA ALVACEDO VASQUEZ  
CMP: 58556 RNE: 35131

Firma y Sello

Dra. JULIA ALVACEDO VASQUEZ  
ENDOCRINOLOGIA  
CMP 58556 RNE 35131

Fecha y Hora de la Evaluación 19/01/22 10:20 am



Tesalia Medical S.A.C.

RUC: 20600751639



Tesalia Medical S.A.C.

RUC: 20600751639

### HOJA DE INTERCONSULTA

Paciente : PEÑA PINTADO IMAR  
Edad : 35 Sexo: F ( ) M (X) Fecha 17-01-2022  
Empresa : PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C  
Puesto al que postula : AYUDANTE DE PRODUCCION

Especialidad a la que se Consulta: MEDICINA INTERNA

Motivo de Consulta

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 35 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS CONOCIDOS, ASINTOMÁTICO, QUIEN CUENTA CON EOSINOFILOS 16.4% (1.640/ MM3)

SE SOLICITA EVALUACIÓN Y MANEJO POR SU ESPECIALIDAD.

Diagnóstico CIE : 10  
EOSINOFILIA D72.1

Médico Evaluador:

Nombre Completo:  
ESTRADA VIZCARRA ANYBEL ROXANA

CMP: 70087 RNE:

Firma y Sello

Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra  
Médico Evaluador  
CMP 70087  
DOKTUZ

### RESPUESTA A LA INTERCONSULTA

Evaluación  
- Paciente en momento no tiene presentes molestias, se le informó de no presentar resfriado ni tos ni dolor de garganta dentro de los últimos 10 días.

Diagnóstico : CIE : 10  
EOSINOFILIA

Indicaciones Médicas y Conclusión  
- Se recomienda valorar en Revisión Programada control de paciente.  
- Jodur.

Restricciones Laborales  
Paciente puede reincorporarse a su centro laboral.

Fecha de Reevaluación  
APTITUD: APTO  NO APTO

Médico Especialista:

Nombre Completo: Bruno Peralta Pintado RNE:  
CMP: 05875  
Firma y Sello   
Dr. Bruno Peralta  
Médico Clínico  
CMP: 05875

Fecha y Hora de la Evaluación

### EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES PEÑA PINTADO IMAR EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.  
 EDAD 35 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	20/20	20/20				
BINOCULAR	20/20					

#### REFLEJOS PUPILARES

OD: NORMAL	OI: NORMAL
VISIÓN DE COLORES (TEST DE ISHIHARA)	NORMAL
RECONOCIMIENTO DE COLORES	TODOS

OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
VISIÓN DE PROFUNDIDAD	NORMAL

#### FONDO DE OJO

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

#### TONOMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

#### CAMPIMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

#### OTRAS EVALUACIONES:

NO APLICA
-----------

#### DIAGNÓSTICOS:

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



---

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

---

Nombre, Firma y Sello del Evaluador

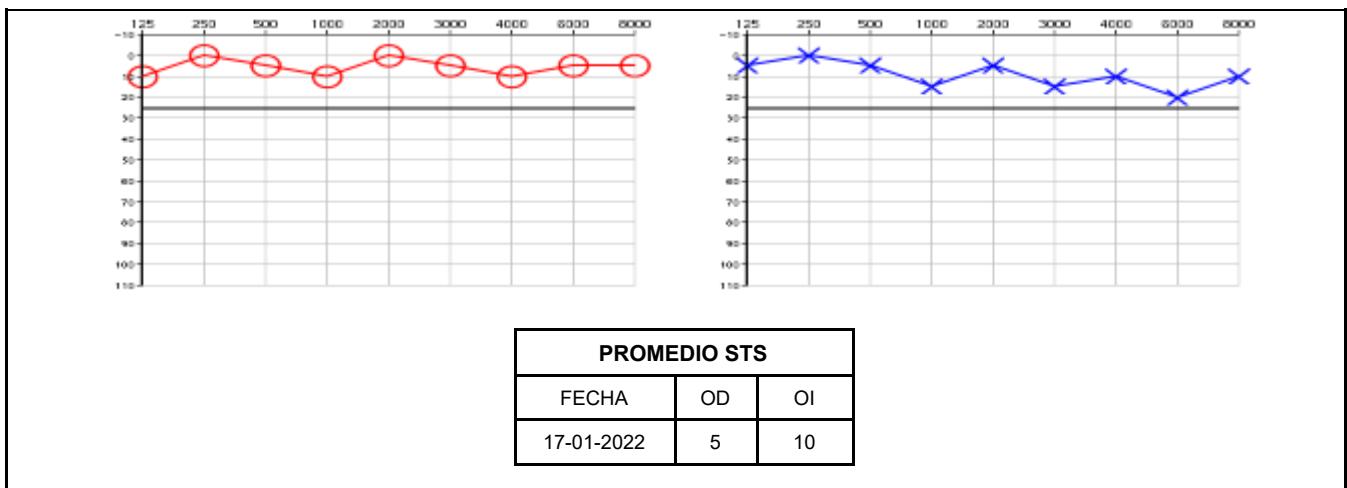
---

Firma y Sello del Médico

### FICHA AUDIOLÓGICA

Historia clínica	PQ4411-000010	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		IMAR PEÑA PINTADO									
Edad	35	Sexo	MASCULINO	Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C						
Ocupación	AYUDANTE DE PRODUCCION			Años de Trabajo	1A	Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d			8 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

<b>PACIENTE</b>	PEÑA PINTADO IMAR	<b>EDAD</b>	35
<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>		<b>F. NACIMIENTO</b>	11-11-1986
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>		<b>F. EVALUACIÓN;</b>	17-01-2022
<b>PUESTO DE TRABAJO</b>	AYUDANTE DE PRODUCCION	<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	
<b>EMPRESA</b>	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
<b>ESTADO CIVIL</b>			

### II. - MOTIVO DE EVALUACIÓN: PREOCUPACIONAL

### III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS:

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

### IV.- RESULTADOS DE EVALUACION

1. Nivel Intelectual:	NORMAL PROMEDIO	CI	110
2. Coordinación Visomotriz:	ADECUADO		
3. Nivel de Memoria:	CORTO PLAZO (ADECUADO) MEDIANO PLAZO (ADECUADO) LARGO PLAZO (ADECUADO)		
4. Personalidad:	CON TENDENCIA A LA INTROVERSIÓN		
5. Afectividad:	ESTABLE		
7. Manejo de Factores Psicosociales en el trabajo :	NO SOLICITADO		

### V.- CONCLUSIONES

1. **Área Cognitiva:** CON CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN A NIVEL NORMAL PROMEDIO. SE MUESTREA COMUNICATIVO, RESPONSABLE, CON CAPACIDAD PARA AFRONTAR ALGÚN PROBLEMA Y LOGRA ESTABLECER ADECUADAS RELACIONES CON SU EQUIPO DE TRABAJO. NO EVIDENCIA INDICADORES HASTA LA FECHA.
2. **Área Emocional :** ESTABLE
3. **Ansiedad:** AUSENTE

### VI.-RECOMENDACIONES

1. SE SUGIERE CONTROL ANUAL EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA.
2. SEGUIR MANEJANDO ADECUADAMENTE SU INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PODER INTEGRARSE CON FACILIDAD EN SU ÁREA LABORAL.

### VII.- CONDICIÓN:

APTO




Lic. Isabel Gonzales Brair  
Psicóloga  
CPSP 6300  
DOKTUS SAC

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

## FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: PEÑA PINTADO IMAR EDAD 35 SEXO MASCULINO  
 EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C PUESTO AYUDANTE DE PRODUCCION FECHA 17-01-2022

ACTIVIDAD LABORAL:	De pie			PRESENTA DOLOR	NO						
<b>EVALUACIÓN ESTÁTICA</b>											
<b>SEGMENTOS</b>											
Cabeza	Antepulsión	Retropulsión	Inclinación	No presenta	Rotación	No presenta					
Hombros	Antepulsados	Retropulsión	Elevación de	Ninguno de los hombros	Éscapulas	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		

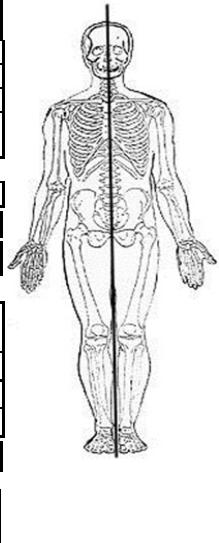
SIGNOS Y SÍNTOMAS	
GRADO 0	Ausencia de signos y síntomas.
GRADO 1	Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva.
GRADO 2	Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización.
GRADO 3	Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión.
GRADO 4	Grado 3 más limitación funcional evidente clínicamente.

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

PQ4411-000010

APELLIDOS Y NOMBRES

PEÑA PINTADO IMAR

DNI

PER 44229986

TIPO DE EXAMEN:

PREOCUPACIONAL

SEXO

MASCULINO

FECHA DEL EXAMEN

17-01-2022

I. N° 1: Riesgos

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

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

Horas /días	8H/6D
-------------	-------

POSTURA
---------

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

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

NO

MOVIMIENTO REPETITIVO
-----------------------

NO

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

¿USUARIO DE PANTALLA VISUAL (PVD)?	NO
------------------------------------	----

Horas /días
-------------

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

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

ZURDO
-------

## II. N° 2: Evaluación.

### CUESTIONARIO DE SINTOMAS (Comentar si tiene o no relación con el puesto de trabajo)

	Ha tenido problema (dolor, aumento de volumen, curvaturas,etc) en los últimos 12 meses a nivel de	Durante los últimos 12 meses ha estado incapacitado para su trabajo (en caso o fuera) por causa del problema	Ha tenido problemas en los últimos siete días
Nuca /Cuello	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)
Hombro derecho	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)
Hombro izquierdo	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)
Codo derecho	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)
Codo izquierdo	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)
Muñeca/Mano der.	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)
Muñeca/Mano izq.	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)
Ambos	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)
Columna dorsal	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)
Columna lumbar	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)
Cadera derecha	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)
Cadera izquierda	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)
Rodilla derecha	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)
Rodilla izquierda	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)
Tobillo/Pie derecho	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)
Tobillo/Pie izquierdo	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)	Si ( ) No (X)

### EXPLORACION FÍSICA DE ARTICULACIONES

Articulación		Abducción	Adducción	Flexión	Extensión	Rot. Ext.	Rot. Int.	Limitación Funcional	Irrad.	Alt. Masa Muscular
Hombro	Der.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
	Izq.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
Codo	Der.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
	Izq.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
Muñeca	Der.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
	Izq.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
Manos y dedos	Der.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
	Izq.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
Cadera	Der.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
	Izq.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
Rodilla	Der.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
	Izq.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
Tobillo	Der.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no
	Izq.	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no	no

Muñeca		+/-	Pie		+/-
Test de Phalen	Der	-	Cavo	Der	-
	Izq	-		Izq	-
Test de Tinel	Der	-	Plano	Der	-
	Izq	-		Izq	-
Signo de Finkelstein	Der	-	Hallux Valgus	Der	-
	Izq	-		Izq	-

### COLUMNA VERTEBRAL

#### EJE ANTERO POSTERIOR (Marque con una X y/o comente)

Curvas Fisiológicas (ant - post)	Normal	Aumentada	Disminuida
Cervical	X		
Dorsal	X		
Lumbar	X		

#### EJE LATERAL

Eje lateral	Normal	Derecha	Izquierda
Dorsal	X		
Lumbar	X		

## EXAMEN FÍSICO

## MOVILIDAD - DOLOR

Columna vertebral	Flexión	Extensión	Lateriza derecha	Laterizada izquierda	Rotación derecha	Rotación izquierda	Limitación Funcional	Irradiación
Cervical	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no
Dorsal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no
Lumbar	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no

PALPACIÓN (Marque con una X)

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

MANIOBRA RADICULO /DISCOPASTÍAS

Test específicos		+/-		+/-
LASSEGUE	Der.	-	Izq.	-
BRAGARD	Der.	-	Izq.	-
SCHOBER		-		

REFLEJOS

ROTULIANO	Der.	normal	Izq.	normal
AQUILEO	Der.	normal	Izq.	normal

**Mutilación de Miembro****NO**

## III. N° 3: Comentarios.

DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES

## IV. N° 4: Diagnóstico

Z04.9 EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL

## V. N° 5: Recomendaciones

SE LE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS REGULARES (30 MINUTOS DIARIOS Y 5 VECES POR SEMANA) Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. LE AYUDARÁN A PREVENIR MOLESTIAS OSTEOMUSCULARES.




Dra. Daviangelia Saireth Rausseo Portillo  
Médico Ocupacional  
CMP 093927  
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

## INFORME RADIOGRÁFICO

**PACIENTE:** PEÑA PINTADO IMAR

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

**EDAD:** 35

**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, 17 de Enero del 2022



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

---

Firma y Sello del Médico

Paciente:	PEÑA PINTADO IMAR			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	35 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	17-01-2022	Historia Clínica:		PQ4411-000010

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

**BIOQUIMICA**

GLUCOSA BASAL	85	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	219.6	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	432	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:	PEÑA PINTADO IMAR		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	35 años
Fecha:	17-01-2022	Genero:	MASCULINO

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

## HEMATOLOGIA

### GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

### HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

A  
Positivo  
ANORMAL

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

4.5 - 11

### FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

50.1 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

16.4 %

0 - 3

BASOFILOS %

0.5 %

0 - 1

MONOCITOS %

6.6 %

3 - 6

LINFOCITOS %

26.4 %

24 - 44

SEGMENTADOS

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

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

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

0.0 - 0.7

BASOFILOS

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

(0 - 0.09)

MONOCITOS

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

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

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

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

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

4.5 - 5.5

HEMOGLOBINA

17.2 g/dL

13.5 - 17.5

HEMATOCRITO

50.8 %

41 - 53

VCM

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

80.0 - 100

HCM

30.2 pg

26 - 34

CHCM

33.9 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

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

150.0 - 350

### OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	PEÑA PINTADO IMAR		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	35 años
Fecha:	17-01-2022	Genero:	MASCULINO

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

### URIANALISIS

CUERPOS CETONICOS	Negativo	0 - 14
<b>EXAMEN COMPLETO DE ORINA</b>	NORMAL	
EXAMEN FISICO:		
COLOR	Amarillo	
ASPECTO	Transparente	TRANSPARENTE
EXAMEN QUIMICO:		
DENSIDAD	1.005	1.005 - 1.030
pH	7	5 - 8
GLUCOSA	Negativo	NEGATIVO
PROTEINAS	Negativo	0 - 15
PIGMENTOS BILIARES	Negativo	NEGATIVO
UROBILINOGENO	Negativo	NEGATIVO
NITRITOS	Negativo	NEGATIVO
SANGRE	Negativo	NEGATIVO
SEDIMENTO URINARIO:		
CELULAS EPITELIALES	Escamosas Escasas	
LEUCOCITOS	1 por campo	0 - 5
HEMATIES	1 por campo	0 - 2
CILINDROS	No se observan	
CRISTALES	No se observan	
<b>OBSERVACIONES</b>		

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

**FIRMA**

Paciente:	PEÑA PINTADO IMAR		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	35 años
Fecha:	17-01-2022	Genero:	MASCULINO

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



7



## PEÑA PINTADO IMAR

PER 44229986

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



RUTA N

## Preocupacional

DNI	44229986	FECHA	17-01-2022
EDAD	35	PERFIL	OPERATIVO 1-NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4411-000010	SEXO	MASCULINO
HORA DE INICIO EMO	07:12:13	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE		R.C	
TECNOLOGÍA MÉDICA	 Leyton Huic Janet Elizabeth Tecnólogo Médico E.T.M.P. 10444		Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL	 Dra. Damaris S. Rousseau MEDICO CIRUJANO C.M.P. 093993	DR	Examen Medico
PSICOLOGÍA	 J.G & T.O.	SB	BARSIT Examen Psicológico
OFTALMOLOGÍA		A-O	Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA		D.G.	Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES		EC.	Radiografía de Tórax
ESPIROMETRÍA			ESPIROMETRÍA
LABORATORIO		ES	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	- 77	Talla	- 170	IMC	-	P. Abdominal	- 93
P.A. Sistólica	- 100	P.A. Diastólica	- 50	F. Cardiaca	- 52	F. Respiratoria	- 18
Temperatura	- 36	Sat. O2	- 97				
Cintura	- 91	Cadera	- 102	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 96	P.T. Inspiración	- 101	P.T. Reposo	- 99		

CREADO POR: VELA SANCHEZ GUADALUPE FECHA: 17-01-2022 HORA: 07:11:40

V01



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

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Dejo constancia que acudo de forma voluntaria al Centro Médico Doktuz (Tesalia Medical S.A.C.), acreditado en servicios de salud ocupacional, y que he sido informado(a) sobre el tipo de Evaluación Médica Ocupacional a realizarme para el puesto de **AYUDANTE DE 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 evaluación física general, se me solicitará que me retire mi vestimenta y se me proporcionará una bata.
  - c. Para la toma de radiografía de tórax, se me solicitará que me retire mi vestimenta de la parte superior del cuerpo (tórax, brazos) y se me proporcionará una bata.
  - d. Debo responder con veracidad los cuestionarios que se me realicen durante las evaluaciones médicas y otras pruebas.
  - e. Que el realizar las pruebas psicológicas puede ser de manera escrita en papel o en un equipo electrónico, para lo cual doy mi aceptación y certifico que las respuestas se ajustan a la verdad.
4. La información contenida en la Ficha Médica será mantenida en estricta confidencialidad por Doktuz y permanecerá en los archivos médicos (Ley General de Salud Artículo 15º, Norma Técnica de Historia Clínica para los establecimientos de salud tanto privados como públicos del Sector Salud: N.T.S. N° 022-MINSA/DGSPV.02) por el periodo que las normas sobre salud ocupacional lo prescriban (Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo N°29783 y su Reglamento DS 005-2012 TR).
5. Tengo el derecho a conocer toda la información obtenida sobre mi salud y el derecho a acceder a la documentación de la historia clínica.
6. Los resultados de mi Evaluación Médica serán manejados de acuerdo a la Ley General de Salud N° 26842 (Art 25º), al Principio de Confidencialidad de Información Médica y la Ley de Protección de Datos Personales – Ley 29733.
7. Puedo ejercer los derechos de acceso, la cancelación, la rectificación y la oposición que me brinda la Ley de Protección de Datos Personales – Ley 29733 a través del siguiente canal de atención que Doktuz pone a mi disposición: contacto@doktuz.com

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

Nombre en Letra Impresa: \_\_\_\_\_ PEÑA PINTADO IMAR \_\_\_\_\_

Fecha de Consentimiento: \_\_\_\_\_ 17-01-2022 \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ PER 44229986 \_\_\_\_\_

Firma del paciente




Huella digital del paciente

 Dr. Ludy Magaña Valdivia  
Coordinadora de Evaluación - Auditora  
CNP 45724 - RMA 00001  
DOKTUS SAC

Firma y sello del médico  
V01



 <b>Tessalia Medical S.A.C.</b> RUC: 20600751639	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-003.02
	Titulo: <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, PEÑA PINTADO IMAR de 35 años de edad  
trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado  
con D.N.I./Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 44229986  
domiciliado en \_\_\_\_\_:

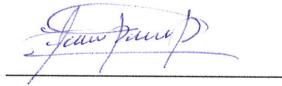
Declaro haber sido evaluado/a e informado/a respecto a la evaluación médica ocupacional a la cual me someteré, la cual puede incluir: examen clínico, exámenes de laboratorio, audiometría, electrocardiograma, espirometría, placas radiográficas, examen psicológico, examen odontológico, examen oftalmológico, entre otros (los exámenes que se me realizarán pueden variar, y dependerán 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: PEÑA PINTADO IMAR  
DNI: PER 44229986  
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: 20600731639</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, PEÑA PINTADO IMAR, identificado (a) con DNI N° PER 44229986, 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:

Firma

FECHA : 17 / OCT / 22

DIA MES AÑO

V01



 Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20500751639	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>  Título: <b>AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICAS</b>	Código y Versión: <b>DM-FR-004.02</b>  Fecha de Emisión: <b>2017-MAY-16</b>  Página: <b>1 de 1</b>
---	--	---

### AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICAS

Yo, PEÑA PINTADO IMAR Identificado con D.N.I.

Nº PER 44229986 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 44229986

Fecha: 17-01-2022



Huella Digital del Paciente

DNI: PER 44229986

Fecha: 17-01-2022

V01

Firma Electrónica del paciente

DNI: PER 44229986

Fecha: 17-01-2022



Huella Electrónica del paciente

DNI: PER 44229986

Fecha: 17-01-2022





Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres: Pérez Pintado Inma

DNI: 44229986

FECHA: 17-01-22

### ANTECEDENTES LABORALES



### 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)	OCCUPACIÓN O CARGO ¿Qué ocupación, cargo o puesto tenías en la empresa?		TIEMPO Años / Meses	EXPOSICIÓN	USO DE EPP ¿Usó equipo de protección personal?
				AÑO INICIO	AÑOS:			
1	SUPESA	Almacen	Almacen	2014	1	RUIDO	X GUANTES	X
			Almacenario	AÑO SALIDA	MESES:	DISERGONOMICO	X MASCARILLA	
				2015		QUIMICOS	TAPONES/OREJERAS	X
2	Seguritas Sac.	Vigilancia	puebleto	Seguridad		BIOLÓGICOS	OTROS:	
				AÑO INICIO	AÑOS:	POLVO	X GUANTES	
				2015	3	RUIDO	X LENTES	X
				AÑO SALIDA	MESES:	DISERGONOMICO	MASCARILLA	
3	Adecco	Reponedor	Almacenes	2018	2	QUIMICOS	TAPONES/OREJERAS	X
				AÑO INICIO	AÑOS:	POLVO	GUANTES	
				2018	2	RUIDO	X LENTES	
				AÑO SALIDA	MESES:	DISERGONOMICO	MASCARILLA	X
4	Holitalia	Producción	Planta	2020	1	QUIMICOS	TAPONES/OREJERAS	X
				AÑO INICIO	AÑOS:	POLVO	OTROS:	
				2021	6	DISERGONOMICO	GUANTES	
				AÑO SALIDA	MESES:	BIOLÓGICOS	OTROS:	
5				2020	1	QUIMICOS	MASCARILLA	X
				AÑO INICIO	AÑOS:	POLVO	OTROS:	
				2021	6	DISERGONOMICO	TAPONES/OREJERAS	X
6				AÑO INICIO	AÑOS:	BIOLÓGICOS	OTROS:	
				2021	6	QUIMICOS	GUANTES	
				AÑO SALIDA	MESES:	DISERGONOMICO	LENTES	
						MASCARILLA	RUIDO	
						TAPONES/OREJERAS	DISERGONOMICO	
						BIOLÓGICOS	OTROS:	

Firma del Médico

Dr. Domingo S. Jiménez  
MÉDICO CIRUJANO  
CNP: 093923

Firma del Trabajador





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

Nombre Completo: PEÑA PINTADO IMAR	Fecha: 17-01-2022
	DNI: PER 44229986

Con el objetivo de conocer sus antecedentes médicos más pueden afectar su seguridad y salud en el trabajo, le solicitamos leer detenidamente y responder las siguientes preguntas:

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

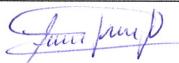
Describa en caso de tener alguna respuesta positiva:

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

si	no
X	Dolor de cabeza frecuentemente
X	Migraña
X	Fibromialgias
X	Lumbalgias a repetición
X	Dolor de columna
X	Hernia del núcleo pulposo
X	Ciática
X	Enfermedad de la columna
X	Epilepsia o convulsiones
X	Vértigo/mareos
X	Parálisis facial
X	Desordenes del Sistema nervioso
X	Desmayos
X	Pérdida de conciencia
X	Depresión
X	Intento de suicidio
X	Tuberculosis Pulmonar
X	Asma bronquial
X	Enfisema
X	Enfermedad pleural
X	Tos con sangrado (espuma en sangre)
X	Disminución de la audición (sordera)
X	Enfermedad del oído
X	Movilidad limitada de extremidades

si	no
X	Enfermedades renales
X	Accidente cerebro vascular (derrame)
X	Isquemia o infarto
X	Hipertensión arterial
X	Arritmias o enfermedades cardíacas
X	Alergia a medicamentos
X	Palpitaciones
X	Enfermedades oculares como glaucoma o catarata.
X	Visión monocular (con un sólo ojo)
X	Enfermedad de la tiroideas
X	Diabetes
X	Gota
X	Lupus
X	Enfermedades articulares (artritis, artrosis)
X	Reumatismo
X	Enfermedad de la piel
X	Hernia abdominal
X	Hernia Inguinal
X	Enfermedades del hueso
X	Hemofilia
X	Desórdenes de la coagulación
X	Otras enfermedades o condiciones no descritas:

Toda información que he proporcionado es verdadera, no habiendo omitido ningún dato de forma involuntaria. (Proporcionar falsa está tipificada como falta grave).

FIRMA DEL TRABAJADOR	HUELLA
	

  
**Dra. Dayangela S. Rausch P.**  
**MÉDICO CIRUJANO**  
 C.M.P. 092222  
 Firma y sello del Médico Evaluador

V01



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA EN LABORATORIO CLINICO

APELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO: Peña Pintado Imar  
DNI, PAS O CE: 44229986 EDAD: 35  
TELÉFONOS: 980053301

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).

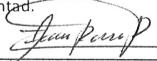
Acepto las indicaciones dadas por el personal encargado (Flebotomistas del Laboratorio Clínico) del procedimiento y acepto la total responsabilidad de los inconvenientes o consecuencias que surjan al no acatar dichas indicaciones y recomendaciones.

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: 44229986  
Fecha: 17/01/22

## DESISTIMIENTO O REVOCACION

Yo, \_\_\_\_\_ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Persona Responsable

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_





MIEMBRO DEL GRUPO **SYNLAB**

*T*

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

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

Yo, JMARRPEÑA PINTADO, identificado con DNI N° 44229986 y fecha de nacimiento 11/11/86, 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: PANOLSA  
Dirección: ELMER FAUCET

Asimismo, hago de su conocimiento que en los últimos 30 días, he consumido los fármacos que a continuación indico y la razón de su utilización:

Firma: Gianp. Fecha: 17/01/12

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

### SECCIÓN 2. INFORMACION DE LA PRUEBA

#### MOTIVO DE LA PRUEBA

- |                                     |                                  |   |                                    |                               |
|-------------------------------------|----------------------------------|---|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pre-empleo | <input type="checkbox"/> Al Azar | <input type="checkbox"/> Retorno al trabajo | <input type="checkbox"/> Con Causa | <input type="checkbox"/> 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 Eddy Acosta Burgos Nº de DNI 44060206  
 Certifico que la muestra corresponde al donante identificado en la sección 1, la cual proporciono si problemas.  
 NOTA: \_\_\_\_\_  
 Firma [Signature]

### 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 \_\_\_\_\_