

| Historia Clínica N°  | PQ4412-000106   |                                       |           | Fecha                  | Día          | 18                                       | Mes      | 01  | Año | 2022  |
|--|-----------------|---------------------------------------|-----------|------------------------|--------------|--|----------|---|-----|---|
| Tipo de evaluación   | Pre Ocupacional |                                       | X         | Periódico              |              | Retiro                                   |          | Otros   |     |   |
| Lugar del examen   | Departamento    | LIMA                                  |           | Provincia              | LIMA         |  | Distrito |   |     |   |
| <b>I. DATOS DE LA EMPRESA</b>                                  |                 |                                       |           |                        |              |  |          |   |     |   |
| Razón Social   |                 | PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C            |           |                        |              |  |          |   |     |   |
| Actividad Económica  |                 | fabricación de productos de plásticos |           |                        |              |  |          |   |     |   |
| Lugar del Trabajo  |                 | Av. Elmer Faucett Nro. 3486           |           |                        |              |  |          |   |     |   |
| Ubicación  | Departamento    | PROV. CONST. DEL CALLAO               |           | Provincia              | CALLAO       |  | Distrito | CALLAO  |     |   |
| Puesto al que postula (solo pre ocupacional)                   |                 |                                       |           | AYUDANTE DE PRODUCCION |              |  |          |   |     |   |
| Puesto laboral actual  |                 |                                       |           | -                      |              |  |          |   |     |   |
| <b>II.- FILIACIÓN DEL TRABAJADOR</b>                           |                 |                                       |           |                        |              |  |          |   |     |   |
| Nombres y apellidos  |                 | JESSICA YOSELIN VILCHEZ HUAMAN        |           |                        |              |  |          |   |     |   |
| Fecha de nacimiento  |                 | Día                                   | 09        | Mes                    | 05           | Año                                      | 1997     |        |     |   |
| Edad   | 24              | años                                  |           |                        |              |  |          |   |     |   |
| Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte) |                 |                                       |           |                        | PER 74372825 |  |          |   |     |   |
| Domicilio fiscal   |                 |                                       |           |                        |              |  |          |   |     |   |
| Avenida/Calle/Jirón/Pasaje                                     |                 | MA. I LOTE 7 BRISAS DEL NORTE         |           |                        |              |  |          |   |     |   |
| Número/Departamento/Interior                                   |                 |                                       | -         |                        |              | Urbanización                             |          |   | -   |   |
| Distrito   | PUENTE PIEDRA   |                                       | Provincia | LIMA                   |              | Departamento                             | LIMA     |   |     |   |
| Residencia en lugar Trabajo                                    |                 | SI                                    |           | NO                     | X            | Tiempo de residencia en Lugar de trabajo |          |   |     | años  |
| ESSALUD  | -               | EPS                                   | -         | OTRO                   | X            | SCTR                                     | X        | OTRO  | SIS |   |
| Correo electrónico   |                 | JESSI.VILHUAMAN@HOTMAIL.COM           |           |                        |              | Teléfono                                 |          | 967222977   |     |   |
| Estado Civil   |                 | SOLTERO                               |           |                        |              | Grado de instrucción                     |          | TECNICO INCOMPLETO  |     |   |
| Nº total de hijos vivos  |                 | 0                                     |           |                        |              | Nº de dependientes                       |          | 0   |     |   |
| <b>III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES</b>                         |                 |                                       |           |                        |              |  |          |   |     |   |
| EMPRESA  | Área de trabajo |                                       | Ocupación |                        | Fecha        |  | Tiempo   | Exposición ocupacional  |     | EPP   |
| PANASONIC PERUANA SA   | PRODUCCION      |                                       | OPERARIO  |                        | I            | Oct 2021                                 | X        | posturas, caídas, disergonómicos, ruido, movimientos repetitivos, polvo, cargas, químicos |     | botas, ropa, lentes, tapones auditivos, guantes, mascarilla |
|  |                 |                                       |           |                        | F            | Dic 2021                                 |          |   |     |   |
|  |                 |                                       |           |                        | I            |  |          |   |     |   |
|  |                 |                                       |           |                        | F            |  |          |   |     |   |
|  |                 |                                       |           |                        | I            |  |          |   |     |   |
|  |                 |                                       |           |                        | F            |  |          |   |     |   |
|  |                 |                                       |           |                        | I            |  |          |   |     |   |
|  |                 |                                       |           |                        | F            |  |          |   |     |   |
|  |                 |                                       |           |                        | I            |  |          |   |     |   |
|  |                 |                                       |           |                        | F            |  |          |   |     |   |
|  |                 |                                       |           |                        | I            |  |          |   |     |   |
|  |                 |                                       |           |                        | F            |  |          |   |     |   |
| <b>IV . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES</b>                |                 |                                       |           |                        |              |  |          |   |     |   |
| Alergias   | -               | Diabetes                              | -         | TBC                    | -            | Hepatitis :                              | -        |   |     |   |
| Asma   | -               | HTA                                   | -         | ITS                    | -            | Tifoidea                                 | -        |   |     |   |
| Bronquitis   | -               | Neoplasia                             | -         | Convulsiones           | -            | Otros                                    | -        |   |     |   |
| Quemaduras   | -               |                                       |           |                        |              |  |          |   |     |   |
| Cirugías   | -               |                                       |           | Intoxicaciones         | -            | RAM                                      | -        |   |     |   |
| Descripción  |                 |                                       |           |                        |              |  |          |   |     |   |
| Antecedentes Ginecológicos:                                    |                 |                                       |           |                        |              |  |          |   |     |   |

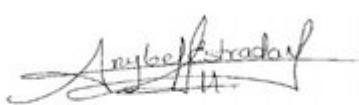
| Fecha última Regla | 10/01/22 | Gestaciones           | 0        | Hijos vivos | 0 | Hijos muertos | 0 |
|--------------------|----------|-----------------------|----------|-------------|---|---------------|---|
| Régimen Catamenial | 4/30     | Método anticonceptivo |          | NIEGA       |   |               |   |
| Hábitos nocivos    |          | Tipo                  | Cantidad | Frecuencia  |   |               |   |
| Alcohol            |          | NIEGA                 | NIEGA    | NIEGA       |   |               |   |
| 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° | 0 | Hijos fallecidos | N°       | 0     |

| VI . EVALUACIÓN MEDICA  |                      |   |   |              |   |              |                     |       |        |    |        |
|---|----------------------|---|---|--------------|---|--------------|---------------------|-------|--------|----|--------|
| Anamnesis   |                      |   |   |              |   |              |                     |       |        |    |        |
| NO REFIERE  |                      |   |   |              |   |              |                     |       |        |    |        |
| Examen clínico  | Talla (cm)           | 157   | Peso (Kg)                               | 58           | IMC   | 23.53        | Perímetro abdominal | 84    |        |    |        |
|   | Fr. Resp.            | 17  | F. Card.                                | 70           | PA  | 90 / 50      | PAmed               | 63.33 |        |    |        |
|   | Otros                | S O2 99 %   | FUR: 10/01/22                           |              |   |              |                     |       |        |    |        |
| Ectoscopia  | ABEG/ ABEH/ ABEN     |   |   |              |   |              |                     |       |        |    |        |
| Estado mental   | LOTEP                |   |   |              |   |              |                     |       |        |    |        |
| <b>EXAMEN FÍSICO</b>  |                      |   |   |              |   |              |                     |       |        |    |        |
| <b>Organo o Sistemas</b>  | <b>Sin Hallazgos</b> | <b>Hallazgos</b>  |   |              |   |              |                     |       |        |    |        |
| Piel  |                      | TIBIA, HIDRATADA, ELASTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS NO LESIONES. |   |              |   |              |                     |       |        |    |        |
| Cabeza / Cabello  | X                    |   |   |              |   |              |                     |       |        |    |        |
| Ojos y anexos   |                      | Ojos  | OD                                      | Normal       | OI  | Normal       |                     |       |        |    |        |
|   |                      | Agudeza Visual Cerca  | OD                                      | 20/20        | OI  | 20/20        | Con correctores     | OD    |        | OI |        |
|   |                      | Agudeza Visual Lejos  | OD                                      | 20/20        | 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                    |   |   |              |   |              |                     |       |        |    |        |
|  |                      |   |   |              | <br> Dra. Yerussa Paredes García Urrutia<br>Médico Cirujano<br>CMP 69925<br>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>   |  |                        |  |         |               |   |       |
| TRIGLICERIDOS EN LIMITE SUPERIOR   |  |                        |  |         |               |   |       |
| <b>X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA</b>   |  |                        |  |         |               |   |       |
| NORMOACUSIA BILATERAL  |  |                        |  |         |               |   |       |
| <b>XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA</b>   |  |                        |  |         |               |   |       |
|  |  |                        |  |         |               |   |       |
| <b>XII . OTROS</b>   |  |                        |  |         |               |   |       |
|  |  |                        |  |         |               |   |       |
| <b>XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL</b>  |  |                        |  |         | <b>CIE-10</b> |   |       |
| 1  |  |                        |  | P       | D             | R |       |
| 2  |  |                        |  | P       | D             | R |       |
| 3  |  |                        |  | P       | D             | R |       |
| 4  |  |                        |  | P       | D             | R |       |
| 5  |  |                        |  | P       | D             | R |       |
| OTROS DIAGNÓSTICOS   |  |                        |  |         |               |   |       |
| 6  | NORMOACUSIA BILATERAL  |                        |  | P       | D             | R | Z01.1 |
| 7  | EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE                              |                        |  | P       | D             | R | Z01.0 |
| 8  | EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE NUTRICIÓN: IMC NORMAL |                        |  | P       | D             | R | Z13.2 |
| 9  | DEFORMIDAD DE RODILLAS EN VARO                                       |                        |  | P       | D             | R | M21.1 |
| 10   | PIE CAVUS BILATERAL  |                        |  | P       | D             | R | Q66.7 |
| 11   | TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL  |                        |  | P       | D             | R | Z04.9 |
| 12   | TRIGLICERIDOS EN LIMITE SUPERIOR                                     |                        |  | P       | D             | R | E78.1 |
| 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>- DEBE LLEVAR UNA DIETA SALUDABLE Y REALIZAR EJERCICIO FÍSICO DIARIO POR 30 MINUTOS PARA MANTENER SU PESO ACORDE A SU TALLA.</li> <li>- SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.</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>- SE LE SUGIERE DIETA BAJA EN GRASAS SATURADAS Y ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR. REPITA EL EXAMEN EN 3 MESES. EVALUACIÓN Y MANEJO POR MEDICINA GENERAL.</li> </ul> |  |                        |  |         |               |   |       |
| <br> <p>Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra<br/>Médico Evaluador<br/>CMP 70087<br/>DOKTUS</p>   |  |                        |  |         |               |   |       |
| <b>Nombre, Firma y Sello del Médico Ocupacional</b>  |  |                        |  |         |               |   |       |

**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL  
PREOCUPACIONAL**

|   |                                   |                                |                    |                   |
|---|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------|-------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRES                             |                                   | VILCHEZ HUAMAN JESSICA YOSELIN |                    |                   |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD                          |                                   |                                |                    |                   |
| DNI ( <input checked="" type="checkbox"/> )     | C.E. ( <input type="checkbox"/> ) | PER 74372825                   |                    |                   |
| EDAD  | 24 años                           |                                |                    |                   |
| GÉNERO  | FEMENINO                          |                                |                    |                   |
| PUESTO AL QUE POSTULA<br>(SOLO PRE OCUPACIONAL) |                                   | AYUDANTE DE PRODUCCION         |                    |                   |
| EMPRESA   |                                   | PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C     | SEDE O<br>PROYECTO | OFICINA PRINCIPAL |

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

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

FECHA DEL EXAMEN 18-01-2022




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: | VILCHEZ HUAMAN JESSICA YOSELIN |                  |                   |
| EMPRESA              | PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C     |                  |                   |
| TIPO DE EVALUACION:  | PREOCUPACIONAL                 |                  |                   |
| PUESTO               | AYUDANTE DE PRODUCCION         | AREA DE TRABAJO  | OPERACIONES       |
| FECHA DE EVALUACIÓN  | 18-01-2022                     | PROYECTO         | OFICINA PRINCIPAL |
| FECHA DE EMISIÓN     | 18-01-2022                     |                  |                   |
| DNI:                 | 74372825                       | EDAD:            | 24 años           |
| SEXO:                | FEMENINO                       | HISTORIA CLÍNICA | PQ4412-000106     |

## **EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO**

|                     |           |                        |             |                        |           |
|---------------------|-----------|------------------------|-------------|------------------------|-----------|
| <b>Hemoglobina:</b> | 12.2 g/dL | <b>Grupo y Factor:</b> | O Positivo  | <b>Orina Completa:</b> | NORMAL    |
| <b>Glucosa:</b>     | 83 mg/dL  | <b>Colesterol:</b>     | 159.2 mg/dL | <b>Triglicéridos</b>   | 184 mg/dL |
| <b>Col. HDL:</b>    | NO APLICA | <b>Col. LDL:</b>       | NO APLICA   | <b>PSA:</b>            | NO APLICA |

TRIAJE

|                          |             |                            |              |                        |                         |
|--------------------------|-------------|----------------------------|--------------|------------------------|-------------------------|
| <b>Talla:</b>            | 157 cm.     | <b>Peso:</b>               | 58 kg.       | <b>IMC:</b>            | 23.53 kg/m <sup>2</sup> |
| <b>Presión Arterial:</b> | 90/50 mmHg. | <b>Frec. Respiratoria:</b> | 17 x minuto. | <b>Frec. Cardiaca:</b> | 70 x minuto.            |

## **CONCLUSIÓN**

- 1.- NORMOACUSIA BILATERAL.
  - 2.- EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION: EMETROPE
  - 3.- EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE NUTRICION: IMC NORMAL
  - 4.- DEFORMIDAD DE RODILLAS EN VARO
  - 5.- PIE CAVUS BILATERAL
  - 6.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL
  - 7.- TRIGLICERIDOS EN LIMITE SUPERIOR

## **RECOMENDACIONES**

- 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.- 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.- 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.- SE LE SUGIERE DIETA BAJA EN GRASAS SATURADAS Y ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR. REPITA EL EXAMEN EN 3 MESES. EVALUACIÓN Y MANEJO POR MEDICINA GENERAL.



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra  
Médico Evaluador  
CMP 70087  
DOKTUZ

---

Firma y Sello del Responsable de Revisión

### EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES VILCHEZ HUAMAN JESSICA YOSELIN EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.  
 EDAD 24 FECHA: 18-01-2022  
 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<br>(TEST DE ISHIHARA) | NORMAL     |
| RECONOCIMIENTO DE COLORES               | TODOS      |

| OJO DERECHO           | OJO IZQUIERDO |
|-----------------------|---------------|
| VISIÓN DE PROFUNDIDAD | NORMAL        |

#### FONDO DE OJO

|               |              |  |
|---------------|--------------|--|
| OJO DERECHO   | NO REALIZADO |  |
| OJO IZQUIERDO | NO REALIZADO |  |

#### TONOMETRÍA

|               |              |  |
|---------------|--------------|--|
| OJO DERECHO   | NO REALIZADO |  |
| OJO IZQUIERDO | NO REALIZADO |  |

#### CAMPIMETRÍA

|               |              |  |
|---------------|--------------|--|
| OJO DERECHO   | NO REALIZADO |  |
| OJO IZQUIERDO | NO REALIZADO |  |

#### OTRAS EVALUACIONES:

|           |
|-----------|
| NO APLICA |
|-----------|

#### DIAGNÓSTICOS:

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



---

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

---

Nombre, Firma y Sello del Evaluador

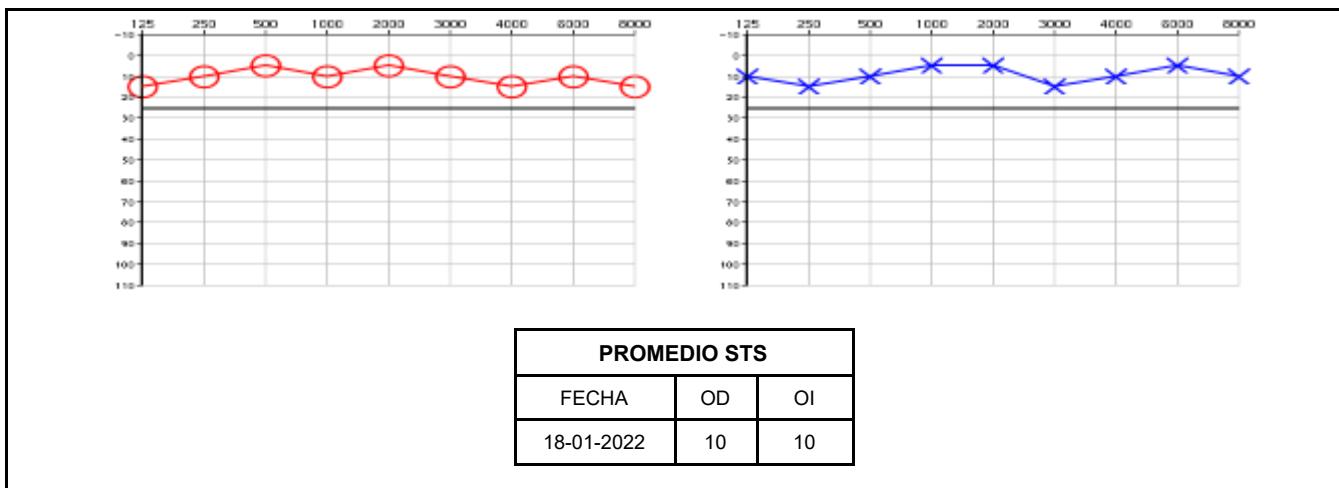
---

Firma y Sello del Médico

### FICHA AUDIOLÓGICA

|                              |                        |                                     |                   |                 |                                     |           |   |                   |   |                |  |                  |  |
|------------------------------|------------------------|-------------------------------------|-------------------|-----------------|-------------------------------------|-----------|---|-------------------|---|----------------|--|------------------|--|
| Historia clínica             |                        | PQ4412-000106                       | Ficha audiológica |                 |                                     |           |   | Audiometría       | Marca: AMPLIVOX   |                |  |                  |  |
| Fecha del Examen             |                        | 18-01-2022                          | EXAMEN            | Pre-ocupacional | <input checked="" type="checkbox"/> | Periodica |   |                   | Modelo: 240   |                |  |                  |  |
|                              |                        |                                     |                   | Retiro          |                                     | Otro      |   |                   | Nº Serie: 31635<br>Fecha de Calibración de Equipo: 0000-00-00<br>Fecha de Calibración Biológica: 18-01-2022 |                |  |                  |  |
| Nombres y apellidos          |                        | JESSICA YOSELIN VILCHEZ HUAMAN      |                   |                 |                                     |           |   |                   |   |                |  |                  |  |
| Edad                         | 24                     | Sexo                                | FEMENINO          | Empresa         | PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C          |           |   |                   |   |                |  |                  |  |
| Ocupación                    | AYUDANTE DE PRODUCCION |                                     |                   | Años de Trabajo | 4A                                  |           | 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"/> | A Veces   | Apreciación al ruido                            | Ruido muy intenso | <input checked="" type="checkbox"/>   | Ruido moderado |  | 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<br>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            | VILCHEZ HUAMAN JESSICA YOSELIN | EDAD                 | 24                 |
| LUGAR DE NACIMIENTO | Lima Lima Puente Piedra        | F. NACIMIENTO        | 09-05-1997         |
| LUGAR DE RESIDENCIA | MA. I LOTE 7 BRISAS DEL NORTE  | F. EVALUACIÓN;       | 18-01-2022         |
| PUESTO DE TRABAJO   | AYUDANTE DE PRODUCCION         | GRADO DE INSTRUCCIÓN | TECNICO INCOMPLETO |
| EMPRESA             | PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C     |                      |                    |
| ESTADO CIVIL        | SOLTERO                        |                      |                    |

### 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                       | 102                    |
| 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 MUESTRA COMO UNA COLABORADORA TRANQUILA, DISFRUTA DEL TRABAJO EN EQUIPO Y TRATA DE ADAPTARSE CON FACILIDAD A LOS POSIBLES CAMBIOS. 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. TRATE DE BRINDAR ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EFECTIVAS Y SEGUIR PROMOViendo EL TRABAJO EN EQUIPO.

### VII.- CONDICIÓN:

APTO



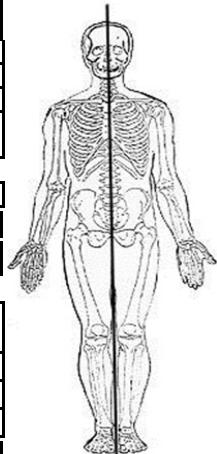
Lic. Isabel Gonzales Brair  
Psicóloga  
CPSP 6300  
DOKTUS SAC

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

## FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: VILCHEZ HUAMAN JESSICA YOSELIN EDAD 24 SEXO FEMENINO  
 EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C PUESTO AYUDANTE DE PRODUCCION FECHA 18-01-2022

|   |   |                                     |                        |   |                       |                    |                      |                              |                      |
|---|---|-------------------------------------|------------------------|---|-----------------------|--------------------|----------------------|------------------------------|----------------------|
| ACTIVIDAD LABORAL:                                      | De pie  |                                     |                        | PRESENTA DOLOR  | NO                    |                    |                      |                              |                      |
| <b>EVALUACIÓN ESTÁTICA</b>                              |   |                                     |                        |   |                       |                    |                      |                              |                      |
| <b>SEGMENTOS</b>  |   | <b>CARACTERÍSTICAS QUE PRESENTA</b> |                        |   |                       |                    |                      |                              |                      |
| Cabeza  | Antepulsión   | Antepulsión                         | Inclinación            | No presenta   | Rotación              | No presenta        |                      |                              |                      |
| Hombros   | Antepulsados  | Antepulsión                         | Elevación de           | Ninguno de los hombros  | Éscapulas             | Normal             |                      |                              |                      |
| Abdomen   | Normal  |                                     |                        |   |                       |                    |                      |                              |                      |
| Curvaturas Fisiológicas                                 | Cervical  | Normal                              | Dorsal                 | Normal  | Lumbar                | Normal             |                      |                              |                      |
| Pelvis  | Retroversión  | Rodillas                            |                        | Varo  |                       |                    |                      |                              |                      |
| Pie   | Normal <input type="checkbox"/>   | Cavo                                | Ambos                  | Plano   | No                    |                    |                      |                              |                      |
| <b>MOVILIDAD - DOLOR</b>                                |   |                                     |                        |   |                       |                    |                      |                              |                      |
| 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  |                                     |                        |   |                       |                    |                      |                              |                      |
| <b>EXPLORACIÓN</b>                                      |   |                                     |                        |   |                       |                    |                      |                              |                      |
| Test específicos  |   | +/-                                 |                        |   |                       |                    | <b>PALPACIÓN</b>     |                              |                      |
| LASSEGUE  | Derecho   | -                                   |                        |   |                       |                    | Columna vertebral    | Apófisis espinosas dolorosas | Contractura muscular |
|   | Izquierdo   | -                                   |                        |   |                       |                    | Cervical             | -                            | -                    |
| SCHOBER   |   | -                                   |                        |   |                       |                    | Dorsal               | -                            | -                    |
| Lumbar  |   | -                                   |                        |   |                       |                    | Lumbar               | -                            | -                    |
| <b>EVALUACIÓN DE LA MARCHA</b>                          |   | Sí                                  | No                     | <b>SIGNOS Y SÍNTOMAS</b>  |                       |                    |                      |                              |                      |
| Realiza el contacto inicial con apoyo de talón.         |   | X                                   |                        | GRADO 0 Ausencia de signos y síntomas.                              |                       |                    |                      |                              |                      |
| Movimiento armónico de rodilla, tobillo y pie           |   | X                                   |                        | GRADO 1 Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva. |                       |                    |                      |                              |                      |
| La longitud del paso es simétrico.                      |   | X                                   |                        | GRADO 2 Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización.        |                       |                    |                      |                              |                      |
| Presenta claudicación de uno de los miembros inferiores |   | X                                   |                        | GRADO 3 Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión.             |                       |                    |                      |                              |                      |
| Integración de ambos hemicuerpos                        |   | X                                   |                        | GRADO 4 Grado 3 más limitación funcional evidente clínicamente.     |                       |                    |                      |                              |                      |
| Tipo de pisada  |   | Normal                              |                        |   |                       |                    |                      |                              |                      |
| <b>EXIGENCIAS FÍSICAS</b>                               |   |                                     |                        |   |                       |                    |                      |                              |                      |
| 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                                       |   |                                     |                        |   |                       |                    |                      |                              |                      |
| <b>RESULTADOS</b>                                       |   |                                     |                        |   |                       |                    |                      |                              |                      |
| POSTURA   | Óptima  |                                     |                        |   |                       |                    |                      |                              |                      |
| <b>CIE 10</b>   | <b>DIAGNÓSTICO PARA COLUMNA VERTEBRAL</b>   |                                     |                        |   |                       |                    |                      |                              |                      |
| 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**

|                        |  |
|------------------------|--|
| M21.1                  | DEFORMIDAD DE RODILLAS EN VARO                                 |
| <b>Recomendaciones</b> | SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. |
| Q66.7                  | PIE CAVUS BILATERAL  |
| <b>Recomendaciones</b> | 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 postulares.

FICHA MUSCULO ESQUELETICA POR MÉDICO

N° DE HISTORIA CLINICA

PQ4412-000106

APELLIDOS Y NOMBRES

VILCHEZ HUAMAN JESSICA YOSELIN

DNI

PER 74372825

TIPO DE EXAMEN:

PREOCUPACIONAL

SEXO

FEMENINO

FECHA DEL EXAMEN

18-01-2022

I. N° 1: Riesgos

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

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

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

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

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

|                                    |    |             |  |
|------------------------------------|----|-------------|--|
| ¿USUARIO DE PANTALLA VISUAL (PVD)? | NO | Horas /días |  |
|------------------------------------|----|-------------|--|

|            |         |   |       |  |
|------------|---------|---|-------|--|
| DOMINANCIA | DIESTRO | X | ZURDO |  |
|------------|---------|---|-------|--|

## II. N° 2: Evaluación.

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

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

### EXPLORACION FÍSICA DE ARTICULACIONES

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

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

### COLUMNA VERTEBRAL

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

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

#### EJE LATERAL

| Eje lateral | Normal | Derecha | Izquierda |
|-------------|--------|---------|-----------|
| Dorsal      | X      |         |           |
| Lumbar      | X      |         |           |

## EXAMEN FÍSICO

## MOVILIDAD - DOLOR

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

## PALPACIÓN (Marque con una X)

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

## MANIOBRA RADICULO /DISCOPASTÍAS

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

## REFLEJOS

|           |      |        |      |        |
|-----------|------|--------|------|--------|
| ROTULIANO | Der. | normal | Izq. | normal |
| AQUILEO   | Der. | normal | Izq. | normal |

|                       |    |  |
|-----------------------|----|--|
| Mutilación de Miembro | NO |  |
|-----------------------|----|--|

## III. N° 3: Comentarios.

DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES

## IV. N° 4: Diagnóstico

Z04.9 EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL

## V. N° 5: Recomendaciones

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



Dra. Yerussa Paredes García Urrutia  
Médico Cirujano  
CMP 69925  
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

## INFORME RADIOGRÁFICO

**PACIENTE:** VILCHEZ HUAMAN JESSICA YOSELIN

**EDAD:** 24

**SEXO:** FEMENINO

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

**PUESTO:** AYUDANTE DE PRODUCCION

### INFORME

El estudio radiográfico de tórax realizado muestra:

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

### DIAGNÓSTICO:

- (Z01.6) TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL

Lima, 18 de Enero del 2022



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

---

Firma y Sello del Médico

|           |                                |                   |               |
|-----------|--------------------------------|-------------------|---------------|
| Paciente: | VILCHEZ HUAMAN JESSICA YOSELIN |                   |               |
| Médico:   | COLICHON ALEJANDRO             | Edad:             | 24 años       |
| Fecha:    | 18-01-2022                     | Historia Clínica: | PQ4412-000106 |

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

**BIOQUIMICA**

|                  |       |       |  |
|------------------|-------|-------|--|
| GLUCOSA BASAL    | 83    | mg/dL | 74 - 106   |
| COLESTEROL TOTAL | 159.2 | mg/dL | Normal: < 200 mg/dL<br>Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL<br>Nivel Alto: >= 240 mg/dL |
| TRIGLICERIDOS    | 184   | mg/dL | Normal < 150 mg/dL<br>Nivel Límite: 150 - 199 mg/dL<br>Nivel Alto: > 200 mg/dL   |

**OBSERVACIONES**



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

---

FIRMA

|           |                                |                   |               |
|-----------|--------------------------------|-------------------|---------------|
| Paciente: | VILCHEZ HUAMAN JESSICA YOSELIN |                   |               |
| Médico:   | COLICHON ALEJANDRO             | Edad:             | 24 años       |
| Fecha:    | 18-01-2022                     | Historia Clínica: | PQ4412-000106 |

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

## HEMATOLOGIA

### GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

### HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

O  
Positivo  
NORMAL

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

4.5 - 11

### FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

60.3 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

1.8 %

0 - 3

BASOFILOS %

0.3 %

0 - 1

MONOCITOS %

5.6 %

3 - 6

LINFOCITOS %

32 %

24 - 44

SEGMENTADOS

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

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

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

0.0 - 0.7

BASOFILOS

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

(0 - 0.09)

MONOCITOS

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

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

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

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

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

4 - 4.9

HEMOGLOBINA

12.2 g/dL

12.0 - 16

HEMATOCRITO

36.9 %

36 - 46

VCM

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

80.0 - 100

HCM

31 pg

26 - 34

CHCM

33.1 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

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

150.0 - 350

### OBSERVACIONES



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

FIRMA

|           |                                |         |          |
|-----------|--------------------------------|---------|----------|
| Paciente: | VILCHEZ HUAMAN JESSICA YOSELIN |         |          |
| Médico:   | COLICHON ALEJANDRO             | Edad:   | 24 años  |
| Fecha:    | 18-01-2022                     | Genero: | FEMENINO |

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

### URIANALISIS

|                                 |                               |               |
|---------------------------------|-------------------------------|---------------|
| CUERPOS CETONICOS               | Negativo                      | 0 - 14        |
| <b>EXAMEN COMPLETO DE ORINA</b> | <b>NORMAL</b>                 |               |
| EXAMEN FISICO:                  |                               |               |
| COLOR                           | Amarillo                      |               |
| ASPECTO                         | Ligeramente turbio            | TRANSPARENTE  |
| EXAMEN QUIMICO:                 |                               |               |
| DENSIDAD                        | 1.01                          | 1.005 - 1.030 |
| pH                              | 5                             | 5 - 8         |
| GLUCOSA                         | Negativo                      | NEGATIVO      |
| PROTEINAS                       | Negativo                      | 0 - 15        |
| PIGMENTOS BILIARES              | Negativo                      | NEGATIVO      |
| UROBILINOGENO                   | Negativo                      | NEGATIVO      |
| NITRITOS                        | Negativo                      | NEGATIVO      |
| SANGRE                          | 10                            | NEGATIVO      |
| SEDIMENTO URINARIO:             |                               |               |
| CELULAS EPITELIALES             | Escamosas Regular<br>Cantidad |               |
| LEUCOCITOS                      | 1 por campo                   | 0 - 5         |
| HEMATIES                        | 2 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: | VILCHEZ HUAMAN JESSICA YOSELIN |                   |         |                  |
| Médico:   | COLICHON ALEJANDRO             | Edad:             | 24 años | Genero: FEMENINO |
| Fecha:    | 18-01-2022                     | Historia Clínica: |         | PQ4412-000106    |

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

**INMUNOLOGIA**

HCG CUALITATIVO (PRUEBA DE  
EMBARAZO)

Menor de 0.6



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

---

FIRMA

|           |                                |                   |         |                  |
|-----------|--------------------------------|-------------------|---------|------------------|
| Paciente: | VILCHEZ HUAMAN JESSICA YOSELIN |                   |         |                  |
| Médico:   | COLICHON ALEJANDRO             | Edad:             | 24 años | Genero: FEMENINO |
| Fecha:    | 18-01-2022                     | Historia Clínica: |         | PQ4412-000106    |

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

#### FARMACOS Y TOXICOS

|                          |          |  |
|--------------------------|----------|--|
| COCAINA (ORINA SIMPLE)   | Negativo | REACTIVO > 300 ng/Ml<br>NO REACTIVO <300 ng/Ml |
| MARIHUANA (ORINA SIMPLE) | Negativo | REACTIVO > 50 ng/Ml<br>NO REACTIVO <50 ng/Ml   |



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

---

FIRMA

---



VILCHEZ HUAMAN JESSICA YOSELIN

PER 74372825

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



RUTA N

Preocupacional

|                     |                        |                |                      |
|---------------------|------------------------|----------------|----------------------|
| DNI                 | 74372825               | FECHA          | 18-01-2022           |
| EDAD                | 24                     | PERFIL         | OPERATIVO 1-NOV 2021 |
| Nº HISTORIA CLINICA | PQ4412-000106          | SEXO           | FEMENINO             |
| HORA DE INICIO EMO  | 07:07:41               | HORA DE SALIDA | -                    |
| PUESTO DE TRABAJO   | AYUDANTE DE PRODUCCION | PROYECTO       | OFICINA PRINCIPAL    |

| EXAMENES                 | FIRMA y SELLO  | INICIALES                | ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES   |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| TRIAJE                   |  | R.C                      |  |
| TECNOLOGÍA MÉDICA        | Lic. Anton Jabo Janet Elizabeth<br>Tecnólogo Médico<br>          |                          | Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo   |
| MEDICINA GENERAL         | Yerussa Parrales García Urrutia<br>MEDICO PERUANO<br>C.M.P. 0925 |                          | Examen Medico  |
| PSICOLOGÍA               |  | S.B                      | BARSIT<br>Examen Psicologico   |
| OFTALMOLOGÍA             |  | A.P                      | Examen Oftalmológico Ocupacional   |
| AUDIOMETRÍA              |  | D.G                      | Audiometria Aerea y Osea   |
| DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES |  | EC                       | Radiografía de Tórax   |
| ESPIROMETRÍA             |  |                          | ESPIROMETRÍA   |
| LABORATORIO              |  | G                        | HCG CUALITATIVO (PRUEBA DE EMBARAZO), COLESTEROL TOTAL, ORINA, EXAMEN COMPLETO, Glucosa Ayunas, GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH, HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO, TRIGLICÉRIDOS, COCAÍNA CUALITATIVA, EXAMEN (MARIHUANA) CUALITATIVO |
| EXAMENES PENDIENTE       |  |                          | Fecha Programada:  |
| EXAMENES COMPLETADOS     |  | Sello: Iniciales: Fecha: |  |

| TRIAJE          |      |                  |       |             |      |                 |      |
|-----------------|------|------------------|-------|-------------|------|-----------------|------|
| Peso            | - 58 | Talla            | - 157 | IMC         | -    | P. Abdominal    | - 84 |
| P.A. Sistólica  | - 90 | P.A. Diastólica  | - 50  | F. Cardiaca | - 70 | F. Respiratoria | - 17 |
| Temperatura     | - 36 | Sat. O2          | - 99  |             |      |                 |      |
| Cintura         | - 84 | Cadera           | - 102 | Indice C-C  | -    |                 |      |
| P.T. Espiración | - 90 | P.T. Inspiración | - 94  | P.T. Reposo | - 72 |                 |      |

CREADO POR: GIULIANA ARBULU FECHA: 18-01-2022 HORA: 07:05:17

V01



|   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
|  <p>Tesalia Medical S.A.C.<br/>RUC: 205000751639</p> | DIRECCIÓN MÉDICA   | Código y Versión:<br>DM-FR-001.02 |
|   | Título:<br>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL | Fecha de Emisión:<br>2017-MAY-16  |
|   |  | Página:<br>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. Nº 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: VILCHEZ HUAMAN JESSICA YOSELIN

Fecha de Consentimiento: 18-01-2022

DNI: PER 74372825

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Dra. Lucy Marguila Valdivia  
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora  
CNP 0723-0 RNC 40381  
DOKTUS SAC

Firma y sello del médico

V01



|   |   |                                   |
|---|---|-----------------------------------|
| <b>Doktuz</b><br>Tesisia Medical S.A.C.<br>RUC: 20500751639 | DIRECCIÓN MÉDICA  | Código y Versión:<br>DM-FR-003.02 |
|   | Título:<br>AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE RESULTADOS,<br>ADMINISTRACIÓN Y LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA<br>OCUPACIONAL | Fecha de Emisión:<br>2017-MAY-16  |
|   |   | Página:<br>1 de 1                 |

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

Yo, VILCHEZ HUAMAN JESSICA YOSELIN 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 74372825  
 domiciliado en MA. I LOTE 7 BRISAS DEL NORTE:

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: VILCHEZ HUAMAN JESSICA YOSELIN  
 DNI: PER 74372825  
 Fecha de Autorización: 18-01-2022

Firma del paciente




Huella digital del paciente

Firma y sello del médico

V01



Dra. Lucy Marquilla Velásquez  
 Coordinadora Medico-Ocupacional - Auditora  
 CMP A5724 - RNA 04081  
 DOKTUS SAC



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

### CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO

Yo, VILCHEZ HUAMAN JESSICA YOSELIN, identificado (a) con DNI N° PER 74372825, 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:

Eber Saute

Firma



FECHA:

18 / 01 / 22

DIÁ MES AÑO

V01



|  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
| <b>Doktuz</b><br>Tessalia Medical S.A.C.<br>RUC: 20500751659 | DIRECCIÓN MÉDICA  | Código y Versión:<br>DM-FR-005.02 |
|  | Título:<br><b>DECLARACIÓN JURADA DE NO GESTANTE PARA REALIZACIÓN<br/>DE EXAMENES RADIOGRÁFICOS EN MUJERES</b> | Fecha de Emisión:<br>2017-MAY-16  |
|  |   | Página:<br>1 de 1                 |

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

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

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

Nombres y Apellidos: JESSICA YOSELIN VILCHEZ HUAMAN

Fecha de Declaración: 18-01-2022

DNI: PER 74372825

Firma del paciente




HUELLA DEL PACIENTE

V01



|   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
|  <p><b>Doktuz</b><br/>Teresa Medical S.A.C.<br/>RUC: 20600751639</p> | DIRECCIÓN MÉDICA   | Código y Versión:<br>DM-FR-004.02 |
|   | Título:<br>AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICAS | Fecha de Emisión:<br>2017-MAY-16  |
|   |  | Página:<br>1 de 1                 |

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICAS

Yo, VILCHEZ HUAMAN JESSICA YOSELIN Identificado con D.N.I.

Nº PER 74372825 acudo a la Clínica

Doktuz (Razón Social: Teresa 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 18-01-2022:

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 74372825

Fecha: 18-01-2022



Firma Electrónica del paciente

DNI: PER 74372825

Fecha: 18-01-2022



Huella Digital del Paciente

DNI: PER 74372825

Fecha: 18-01-2022

V01



Huella Electrónica del paciente

DNI: PER 74372825

Fecha: 18-01-2022



# Doktuz

Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres: Vilchez Huaman Jessica Y.

DNI: 34342825

FECHA: 18-01-2022

## ANTECEDENTES LABORALES



### ANTECEDENTES OCUPACIONALES

| Nº | EMPRESA<br>(Nombre de la empresa que trabajó) | ACTIVIDAD DE LA EMPRESA<br>(A qué se dedicaba la empresa) | ÁREA DE TRABAJO<br>(En qué área estuvo) | OCCUPACIÓN O CARGO<br>¿Qué ocupación, cargo o puesto tenías en la empresa? | FECHA   | TIEMPO<br>Años / Meses            | EXPOSICIÓN                      | USO DE EPP<br>¿Usó equipo de protección personal? |
|----|---|---|---|--|---|-----------------------------------|---------------------------------|---|
| 1  | Panasonic Perú S. A.                          | Fabricación de pilas                                      | Producción                              | Operario   | AÑO INICIO: <u>2014</u><br>AÑO SALIDA: <u>2015</u><br>MES: <u>Octubre</u>   | AÑOS: <u>1</u><br>Meses: <u>3</u> | POLVO<br>RUIDO<br>DISERGONÓMICO | X GUANTES<br>X LENTES<br>X MASCARILLA             |
| 2  | Grupo Soan                                    | Servicio a galinjarma.                                    | producción                              | operario   | AÑO INICIO: <u>2014</u><br>AÑO SALIDA: <u>2015</u><br>MES: <u>Noviembre</u> | AÑOS: <u>1</u><br>Meses: <u>3</u> | BIOLÓGICOS                      | X OTROS:  |
| 3  | Casa de Chantilly                             | Ventas de tortas.   | Ventas                                  | Atención al cliente  | AÑO INICIO: <u>2015</u><br>AÑO SALIDA: <u>2015</u><br>MES: <u>Julio</u>     | AÑOS: <u>0</u><br>Meses: <u>5</u> | BIOLÓGICOS                      | X GUANTES<br>X LENTES<br>X MASCARILLA             |
| 4  | Importador y Exportador Dña Isabes            | Envío y envío por correo de artículos - Almacén           | -Producción -Almacén                    | -Operario -ayudante  | AÑO INICIO: <u>2014</u><br>AÑO SALIDA: <u>2015</u><br>MES: <u>Febrero</u>   | AÑOS: <u>1</u><br>Meses: <u>2</u> | POLVO<br>RUIDO<br>DISERGONÓMICO | X GUANTES<br>X LENTES<br>X MASCARILLA<br>X OTROS: |
| 5  | Inversiones doble RR.                         | Venta de ropa   | -Venta                                  | -Atención al cliente   | AÑO INICIO: <u>2014</u><br>AÑO SALIDA: <u>2015</u><br>MES: <u>Marzo</u>     | AÑOS: <u>1</u><br>Meses: <u>3</u> | RUIDO<br>DISERGONÓMICO          | X GUANTES<br>X MASCARILLA<br>X OTROS:             |
| 6  |   |   |   |  | AÑO INICIO: <u>2015</u><br>AÑO SALIDA: <u>2015</u><br>MES: <u>Agosto</u>    | AÑOS: <u>0</u><br>Meses: <u>8</u> | BIOLÓGICOS                      | X GUANTES<br>X LENTES<br>X MASCARILLA<br>X OTROS: |

Yerusa Parada Calle Jirijilla  
MEDICO BLANCO

Firma del Médico

J. J. J.  
Firma del Trabajador





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

|   |                   |
|---|-------------------|
| Nombre Completo: VILCHEZ HUAMAN JESSICA YOSELIN | Fecha: 18-01-2022 |
|   | DNI: PER 74372825 |

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  |
|    | Dolor de cabeza frecuentemente  |
|    | Migraña   |
|    | Fibromialgias   |
|    | Lumbalgias a repetición   |
|    | Dolor de columna  |
|    | Hernia del núcleo pulposo   |
|    | Ciática   |
|    | Enfermedad de la columna  |
|    | Epilepsia o convulsiones  |
|    | Vértigo/mareos  |
|    | Parálisis facial  |
|    | Desórdenes del Sistema nervioso   |
|    | Desmayos  |
|    | Pérdida de conciencia   |
|    | Depresión   |
|    | Intento de suicidio   |
|    | Tuberculosis Pulmonar   |
|    | Asma bronquial  |
|    | Enfisema  |
|    | Enfermedad pleural  |
|    | Tos con sangrado (espulo en sangre)   |
|    | Disminución de la audición (sordera)  |
|    | Enfermedad del oído   |
|    | Movilidad limitada de extremidades  |

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

---

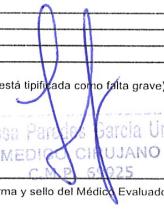


---

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

|   |   |
|---|---|
| FIRMA DEL TRABAJADOR  | HUELLA  |
|  |  |

V01

  
Yerusa Paricio García Ururúa  
MÉDICO CIRUJANO  
C.M.P. 61925

Firma y sello del Médico Evaluador



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA EN LABORATORIO CLINICO

APELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO: Vilchez H. Jessica Yoselin  
DNI, PAS O CE: 34372825 EDAD: 24  
TELÉFONOS: 967222977

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: 34372825  
Fecha: 18-01-2021

## DESISTIMIENTO O REVOCACION

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

  
Firma del Paciente o Persona Responsable

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

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




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

Yo, Jessica J. Vilchez Huaman, identificado con DNI N° 74372825 y fecha de nacimiento 09/05/1991, 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 quedo autorizado para:

- Entregar los resultados únicamente a mi persona  
 Entregar los resultados a: \_\_\_\_\_ 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: Parmisa  
 Dirección: Au focej.

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: Jess.

Fecha: 18/10/2022

PARA SER LLENADO POR EL PERSONAL DE SYNLAB PERÚ S.A.C  
 SECCIÓN 2. INFORMACION DE LA PRUEBA

**MOTIVO DE LA PRUEBA**

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

**INDICAR DROGAS A ANALIZAR**

- |  |                                   |                                     |  |   |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| <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 Evar Acanto Quyy Nº de DNI 04063898  
 Certifico que la muestra corresponde al donante identificado en la sección 1, la cual proporciono si problemas.

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

Firma Evar

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

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

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

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

POSITIVA

NEGATIVA

Es positiva para los siguientes analitos: \_\_\_\_\_

Nota: En caso de ser positiva, sugerimos solicitar la prueba confirmatoria a partir de la contramuestra almacenada.  
 Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

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

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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