

Historia Clínica N°	PQ4412-000082			Fecha	Día	11	Mes	01	Año	2022	
Tipo de evaluación	Pre Ocupacional		X	Periódico		Retiro		Otros			
Lugar del examen	Departamento	LIMA		Provincia	LIMA		Distrito				
I. DATOS DE LA EMPRESA											
Razón Social		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C									
Actividad Económica		fabricación de productos de plásticos									
Lugar del Trabajo		Av. Elmer Faucett Nro. 3486									
Ubicación	Departamento	PROV. CONST. DEL CALLAO		Provincia	CALLAO		Distrito	CALLAO			
Puesto al que postula (solo pre ocupacional)				AYUDANTE DE PRODUCCION							
Puesto laboral actual				-							
II.- FILIACIÓN DEL TRABAJADOR											
Nombres y apellidos		GEISON BRANDON GUEVARA MONTALVO									
Fecha de nacimiento		Día	27	Mes	04	Año	2000				
Edad	21	años									
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)						PER 72901430					
Domicilio fiscal											
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje		MZ P7 LT 22									
Número/Departamento/Interior			-			Urbanización			-		
Distrito	-		Provincia	LIMA		Departamento	LIMA				
Residencia en lugar Trabajo	SI		NO	X	Tiempo de residencia en Lugar de trabajo					años	
ESSALUD	-	EPS	-	OTRO	-	SCTR	-	OTRO	-		
Correo electrónico	JGUEVARAMONTALVO@HOTMAIL.COM					Teléfono		933210039			
Estado Civil	SOLTERO					Grado de instrucción		SECUNDARIA COMPLETA			
Nº total de hijos vivos	0					Nº de dependientes		0			
III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES											
EMPRESA	Área de trabajo		Ocupación			Fecha		Tiempo	Exposición ocupacional		EPP
AJINOMOTO	PRODUCCION		OPERARIO DE PRODUCCION			I	Feb 2021		disergonomicos, turnos, polvo, ruido, movimientos repetitivos, turnos nocturnos, caídas, posturas		guantes, tapones auditivos, orejeras, casco, mascarilla, ropa, lentes, botas
						F	Nov 2021				
						I					
						F					
						I					
						F					
						I					
						F					
						I					
						F					
						I					
						F					
IV . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES											
Alergias	-	Diabetes		-	TBC	-	Hepatitis :	-			
Asma	-	HTA		-	ITS	-	Tifoidea	-			
Bronquitis	-	Neoplasia		-	Convulsiones	-	Otros	-			
Quemaduras	-										
Cirugías					Intoxicaciones	-	RAM	-			
Descripción											
Hábitos nocivos	Tipo			Cantidad			Frecuencia				

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

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

V . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

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

VI . EVALUACIÓN MEDICA											
Anamnesis											
NO REFIERE											
Examen clínico	Talla (cm)	168	Peso (Kg)	69	IMC	24.45	Perímetro abdominal	85			
	Fr. Resp.	18	F. Card.	71	PA	110 / 70	PAmed	83.33			
	Otros	S O2 99 %	FUR: NO APLICA								
Ectoscopia	ABEG/ ABEH/ ABEN										
Estado mental	LOTEP										
EXAMEN FÍSICO											
Organo o Sistemas	Sin Hallazgos	Hallazgos									
Piel		TIBIA, HIDRATADA, ELASTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS NO LESIONES.									
Cabeza / Cabello	X										
Ojos y anexos		Ojos	OD	Normal	OI	Normal					
		Agudeza Visual Cerca	OD	20/20	OI	20/20	Con correctores	OD		OI	
		Agudeza Visual Lejos	OD	20/100	OI	20/100	Con correctores	OD		OI	
		Fondo de ojo	OD	NO REALIZADO	OI	NO REALIZADO	Visión de colores	OD	NORMAL	OI	NORMAL
		Visión de profundidad	NORMAL								
		Exámen ocular externo	OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION								
Oidos	X										
Nariz	X										
Boca	X										
Faringe	X										
Laringe	X										
Cuello	X										
Aparato Respiratorio	X										
Aparato Cardiovascular	X										
Aparato Genitourinario	X										
Aparato Locomotor	X										
Marcha	X										
Columna		CONVEXIDAD DORSAL IZQUIERDA									
Abdomen	X										
Hernias	X										
Tacto Rectal		DIFERIDO									
Lenguaje	X										
Ganglios	X										
Varices	X										
Reflejos Osteotendinosos	X										
Miembros superiores	X										
Miembros inferiores	X										
Sistema linfático	X										
Sistema nervioso	X										
					 Dra. Daviangeila Saireth Rausseo Portillo Médico Ocupacional CMP 093927 DOKTUZ						
Nombre, Firma del Trabajador					Nombre, Firma y Sello del Médico Evaluador						

VII . CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA							
APTO							
VIII . CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS							
TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL							
IX . HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO							
EXAMEN DE LABORATORIO DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES							
X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA							
NORMOACUSIA BILATERAL							
XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA							
XII . OTROS							
RIESGO CORONARIO: 2 % - BAJO							
XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL							
					CIE-10		
1				P	D	R	
2				P	D	R	
3				P	D	R	
4				P	D	R	
5				P	D	R	
OTROS DIAGNÓSTICOS							
6	NORMOACUSIA BILATERAL			P	D	R	Z01.1
7	AMETROPIA MODERADA NO CORREGIDA			P	D	R	H52.X
8	EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE NUTRICIÓN: IMC NORMAL			P	D	R	Z13.2
9	ESCOLIOSIS DORSAL IZQUIERDA			P	D	R	M41.9
10	PIE PLANO BILATERAL			P	D	R	M21.4
11	TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL			P	D	R	M41.9
12	EXAMEN DE LABORATORIO DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES			P	D	R	Z01.7
APTO	APTO CON RESTRICCIONES	X	NO APTO				
XIV . RECOMENDACIONES							
<ul style="list-style-type: none"> - SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL. - PACIENTE CORRIGE EN OD 20/20 - OI 20/25 VISION BINOCULAR 20/20. SE RECOMIENDA EL USO PERMANENTE DE LENTES CORRECTORES Y CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA - DEBE LLEVAR UNA DIETA SALUDABLE Y REALIZAR EJERCICIO FÍSICO DIARIO POR 30 MINUTOS PARA MANTENER SU PESO ACORDE A SU TALLA. - EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIÓ UNA DESVIACIÓN EN LA CURVATURA DE LA COLUMNA DORSAL. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA. - SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN - SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO. - SU EXAMEN DE LABORATORIO ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL AL MENOS UNA VEZ AL AÑO. 							
  Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra Médico Evaluador CMP 70087 DOKTUZ							
Nombre, Firma y Sello del Médico Ocupacional							

**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL
PREOCUPACIONAL**

APELLIDOS Y NOMBRES		GUEVARA MONTALVO GEISON BRANDON		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD				
DNI (<input checked="" type="checkbox"/>)	C.E. (<input type="checkbox"/>)	PER 72901430		
EDAD	21 años			
GÉNERO	MASCULINO			
PUESTO AL QUE POSTULA (SOLO PRE OCUPACIONAL)		AYUDANTE DE PRODUCCION		
EMPRESA		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C	SEDE O PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

CONCLUSIONES

GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH: A POSITIVO

ALTURA ESTRUCTURAL: NO APLICA

ALERGIA: NIEGA

APTO		RESTRICCIONES 1 SE RESTRINGEN LABORES SIN EL USO PERMANENTE DE LENTES CORRECTORES.
APTO CON RESTRICCIÓN	X	
NO APTO		MOTIVO DE OBSERVACIÓN, NO APTITUD O APTITUD NO DETERMINADA:
OBSERVADO		

FECHA DEL EXAMEN 11-01-2022




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

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO OCUPACIONAL

INFORME MÉDICO

APELLIDOS Y NOMBRES:	GUEVARA MONTALVO GEISON BRANDON					
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C					
TIPO DE EVALUACION:	PREOCUPACIONAL					
PUESTO	AYUDANTE DE PRODUCCION			AREA DE TRABAJO	OPERACIONES	
FECHA DE EVALUACIÓN	11-01-2022			PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL	
FECHA DE EMISIÓN	11-01-2022					
DNI:	72901430	EDAD:	21 años	SEXO:	MASCULINO	HISTORIA CLÍNICA
						PQ4412-000082

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO							
Hemoglobina:	15.1 g/dL	Grupo y Factor:	A Positivo		Orina Completa:		NORMAL
Glucosa:	91 mg/dL	Colesterol:	166.3 mg/dL		Triglicéridos	119.2 mg/dL	
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA		PSA:	NO APLICA	

TRIAJE				
Talla:	168 cm.	Peso:	69 kg.	IMC: 24.45 kg/m ²
Presión Arterial:	110/70 mmHg.	Frec. Respiratoria:	18 x minuto.	Frec. Cardiaca: 71 x minuto.

<u>CONCLUSIÓN</u>	
1.- NORMOACUSIA BILATERAL.	
2.- AMETROPIA MODERADA NO CORREGIDA	
3.- EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE NUTRICIÓN: IMC NORMAL	
4.- ESCOLIOSIS DORSAL IZQUIERDA	
5.- PIE PLANO BILATERAL	
6.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL	
7.- EXAMEN DE LABORATORIO DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES	

<u>RECOMENDACIONES</u>	
1.- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.	
2.- PACIENTE CORRIGE EN OD 20/20 - OI 20/25 VISION BINOCULAR 20/20. SE RECOMIENDA EL USO PERMANENTE DE LENTES CORRECTORES Y 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.- EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIÓ UNA DESVIACIÓN EN LA CURVATURA DE LA COLUMNA DORSAL. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA.	
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.- SU EXAMEN DE LABORATORIO ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.	



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra
Médico Evaluador
CMP 70087
DOKTUZ

Firma y Sello del Responsable de Revisión



Tesalia Medical S.A.C.

RUC: 20600751639



Tesalia Medical S.A.C.
RUC: 20500751639

Reevaluación

EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES GUEVARA MONTALVO GEISON BRANDON EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.
EDAD 21 FECHA: 11-01-2022
OCUPACIÓN AYUDANTE DE PRODUCCION LENTES: NO USA
FECHA ULTIMO CAMBIO _____

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

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

EXAMEN OCULAR EXTERNO :

OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

AGUDEZA VISUAL	SIN LENTES		CON LENTES		AGUJERO ESTENOPEICO	
	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
VISIÓN DE CERCA	20/20	20/20				
VISIÓN DE LEJOS	20/100	20/100	20/20	20/25	20/25	20/25
BINOCULAR	20/100					

REFLEJOS PUPILARES

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

FONDO DE OJO

OJO DERECHO	NO REALIZADO
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO

TONOMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO

CAMPIMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO

OTRAS EVALUACIONES:

NO APLICA

DIAGNÓSTICOS:

(H52.X) AMETROPIA MODERADA NO CORREGIDA

metropia moderada parcialmente corregida



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

Nombre, Firma y Sello del Evaluador

Firma y Sello del Médico

EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES GUEVARA MONTALVO GEISON BRANDON EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.
 EDAD 21 FECHA: 11-01-2022
 OCUPACIÓN AYUDANTE DE PRODUCCION LENTES: NO USA
 FECHA ULTIMO CAMBIO _____

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

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

EXAMEN OCULAR EXTERNO :

OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

AGUDEZA VISUAL	SIN LENTES		CON LENTES		AGUJERO ESTENOPEICO	
	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
VISIÓN DE CERCA	20/20	20/20				
VISIÓN DE LEJOS	20/100	20/100			20/25	20/25
BINOCULAR	20/100					

REFLEJOS PUPILARES

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

FONDO DE OJO

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

TONOMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

CAMPIMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

OTRAS EVALUACIONES:

NO APLICA

DIAGNÓSTICOS:

(H52.X) AMETROPIA MODERADA NO CORREGIDA



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

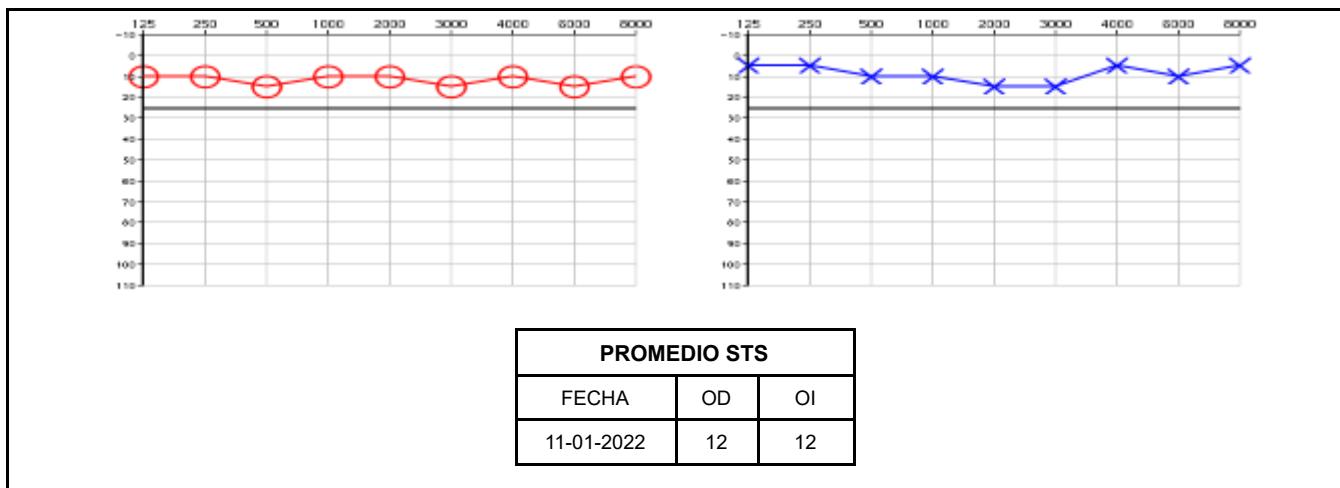
Nombre, Firma y Sello del Evaluador

Firma y Sello del Médico

FICHA AUDIOLÓGICA

Historia clínica		PQ4412-000082	Ficha audiológica				Audiometría	Marca: AMPLIVOX			
Fecha del Examen		11-01-2022	EXAMEN	Pre-ocupacional	<input checked="" type="checkbox"/>	Periodica			Modelo: 240		
				Retiro		Otro			Nº Serie: 31635 Fecha de Calibración de Equipo: 0000-00-00 Fecha de Calibración Biológica: 11-01-2022		
Nombres y apellidos		GEISON BRANDON GUEVARA MONTALVO									
Edad	21	Sexo	MASCULINO	Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C						
Ocupación	AYUDANTE DE PRODUCCION			Años de Trabajo	2 AÑOS	Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d			8 HORAS		
Uso de protectores auditivos	Tapones	<input checked="" type="checkbox"/>	Siempre	Orejeras		Apreciación al ruido	Ruido muy intenso	Ruido moderado	<input checked="" type="checkbox"/>	Ruido no molesto	

ANTECEDENTES Relacionados		SI	NO	SINTOMAS actuales			SI	NO
Exposición a ruido		<input checked="" type="checkbox"/>		Disminución de la audición				<input checked="" type="checkbox"/>
Consumo de tabaco			<input checked="" type="checkbox"/>	Acúfenos				<input checked="" type="checkbox"/>
Servicio militar			<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de oídos				<input checked="" type="checkbox"/>
Hobbies con exposicion a ruido		<input checked="" type="checkbox"/>		Zumbidos				<input checked="" type="checkbox"/>
Exposición laboral a químicos			<input checked="" type="checkbox"/>	Mareos				<input checked="" type="checkbox"/>
Infección de oídos			<input checked="" type="checkbox"/>	Infección de oído				<input checked="" type="checkbox"/>
Uso de ototóxicos			<input checked="" type="checkbox"/>	Exposición reciente a ruidos en las últimas 18 horas				<input checked="" type="checkbox"/>
Traumatismo encéfalo craneano, Meningitis			<input checked="" type="checkbox"/>	Otros			<input checked="" type="checkbox"/>	
Trauma acústico			<input checked="" type="checkbox"/>	PACIENTE REFIERE TRABAJA CON RUIDOS DE MAQUINAS DE PRODUCCION 2 AÑOS				
Parotiditis			<input checked="" type="checkbox"/>					
Deportes Acuáticos			<input checked="" type="checkbox"/>					
Parálisis Facial			<input checked="" type="checkbox"/>					
OTOSCOPIA:		Oido Derecho: NORMAL CAE Permeable, Membrana timpánica íntegra Oido Izquierdo: NORMAL CAE Permeable, Membrana timpánica íntegra						



Conclusiones

OIDO DERECHO: Z01.1 NORMOACUSIA

OIDO IZQUIERDO: Z01.1 NORMOACUSIA

Recomendaciones

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



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

Firma y Sello del Responsable de evaluación



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

Firma y Sello del Responsable de Revisión

INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

I.- DATOS GENERALES

PACIENTE	GUEVARA MONTALVO GEISON BRANDON	EDAD	21
LUGAR DE NACIMIENTO	Lima Lima	F. NACIMIENTO	27-04-2000
LUGAR DE RESIDENCIA	MZ P7 LT 22	F. EVALUACIÓN;	11-01-2022
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	GRADO DE INSTRUCCIÓN	SECUNDARIA COMPLETA
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	106
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 CONFIALBE, RESPONSABLE, PUNTUAL, DISCIPLINADO, ORGANIZADO EN SUS TAREAS Y COMPROMETIDO CON LOS OBJETIVOS DE LA EMPRESA. 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. CONTINUÉ CON EL PENSAMIENTO Y EL DESARROLLO DE UNA ACTITUD POSITIVA.

VII.- CONDICIÓN:

APTO



Lic. Isabel Gonzales Brair
Psicóloga
CPSP 6300
DOKTUZ SAC

Firma y Sello del Responsable de la evaluación

FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: GUEVARA MONTALVO GEISON

BRANDON

EDAD 21

SEXO MASCULINO

EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

PUESTO AYUDANTE DE PRODUCCION

FECHA 11-01-2022

ACTIVIDAD LABORAL:	De pie	PRESENTA DOLOR	NO
---------------------------	--------	-----------------------	----

EVALUACIÓN ESTÁTICA

SEGMENTOS		CARACTERÍSTICAS QUE PRESENTA					
Cabeza	Antepulsión	Antepulsión	Inclinación	Derecha	Rotación	No presenta	
Hombros	Antepulsados	Antepulsión	Elevación de	Hombro izquierdo	Escapulas	Normal	
Abdomen	Normal						
Curvaturas Fisiológicas	Cervical	Normal	Dorsal	Normal	Lumbar	Normal	
Pelvis	Normal	Rodillas	Normal				
Pie	Normal <input type="checkbox"/>	Cavo	No	Plano	Ambos		

MOVILIDAD - DOLOR

Columna vertebral	Flexión	Extensión	Lateralización Derecha	Lateralización Izquierda	Rotación derecha	Rotación izquierda	Limitación Funcional	Irradiación
Cervical	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no
Dorsal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no
Lumbar	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no

Pueba de Adams Convexidad dorsal izquierda

EXPLORACIÓN

Test específicos	+/-
LASSEGUE	Derecho
	Izquierdo
SCHOBER	-

PALPACIÓN

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

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

EVALUACIÓN DE LA MARCHA

Sí No

Realiza el contacto inicial con apoyo de talón.	X
Movimiento armónico de rodilla, tobillo y pie	X
La longitud del paso es simétrico.	X
Presenta claudicación de uno de los miembros inferiores	X
Integración de ambos hemicuerpos	X
Tipo de pisada	Normal

SIGNS Y SÍNTOMAS

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

EXIGENCIAS FÍSICAS

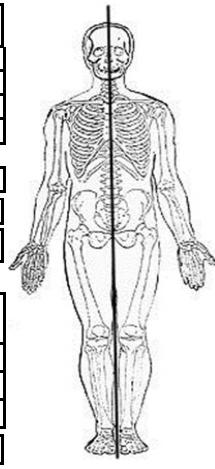
Condición Física (Test de Ruffier)	
Manejo manual de cargas	Es capaz de cargar hasta
Marcha sobre el terreno irregular	
Evaluación de destreza manual	
- Punteado	Errores: _____
- Palanca	Errores: _____
Rango Articulares	

RESULTADOS

POSTURA	Óptima
---------	--------

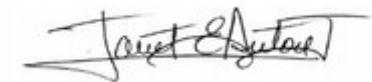
CIE 10 **DIAGNÓSTICO PARA COLUMNA VERTEBRAL**

M41.9	ESCOLIOSIS DORSAL IZQUIERDA
Recomendaciones	EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIÓ UNA DESVIACIÓN EN LA CURVATURA DE LA COLUMNA DORSAL. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA.



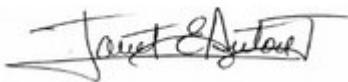
EXTREMIDADES

M21.4	PIE PLANO BILATERAL
Recomendaciones	SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
OTROS	



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo
Terapia Física
CTMP 10444
DOKTUZ

Nombre y Firma del Evaluador



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo
Terapia Física
CTMP 10444
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

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

FICHA MUSCULO ESQUELETICA POR MÉDICO

N° DE HISTORIA CLINICA

PQ4412-000082

APELLIDOS Y NOMBRES

GUEVARA MONTALVO GEISON BRANDON

DNI

PER 72901430

TIPO DE EXAMEN:

PREOCUPACIONAL

SEXO

MASCULINO

FECHA DEL EXAMEN

11-01-2022

I. N° 1: Riesgos

PUESTO OPERATIVO

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

Horas /días	12H/4D
-------------	--------

POSTURA

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

POSTURA FORZADA

NO		MOVIMIENTO REPETITIVO	NO
----	--	-----------------------	----

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

¿USUARIO DE PANTALLA VISUAL (PVD)?

NO

Horas /días

DOMINANCIA

DIESTRO	<input checked="" type="checkbox"/>
---------	-------------------------------------

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 Frinkelstein	Der	-	Hallux Valgus	Der	-
	Izq	-		Izq	-

COLUMNA VERTEBRAL

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

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

EJE LATERAL

Eje lateral	Normal	Derecha	Izquierda
Dorsal			X
Lumbar	X		

EXAMEN FÍSICO

MOVILIDAD - DOLOR

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

PALPACIÓN (Marque con una X)

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

MANIOBRA RADICULO /DISCOPASTÍAS

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

REFLEJOS

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

Mutilación de Miembro**NO**

III. N° 3: Comentarios.

CONVEXIDAD DORSAL IZQUIERDA

IV. N° 4: Diagnóstico

M41.9 ESCOLIOSIS DORSAL

V. N° 5: Recomendaciones

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




Dra. Daviangelia Saireth Rausseo Portillo
 Médico Ocupacional
 CMP 093927
 DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

INFORME RADIOGRÁFICO

PACIENTE: GUEVARA MONTALVO GEISON BRANDON

EDAD: 21

SEXO: MASCULINO

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, 11 de Enero del 2022

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

Firma y Sello del Médico

Paciente:	GUEVARA MONTALVO GEISON BRANDON			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	21 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	11-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000082

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

BIOQUIMICA

GLUCOSA BASAL	91	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	166.3	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	119.2	mg/dL	Normal < 150 mg/dL Nivel Límite: 150 - 199 mg/dL Nivel Alto: > 200 mg/dL

OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	GUEVARA MONTALVO GEISON BRANDON			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO		Edad:	21 años
Fecha:	11-01-2022		Genero:	MASCULINO
	Historia Clínica:		PQ4412-000082	

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

HEMATOLOGIA

GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

A
Positivo
NORMAL

5.86 $\times 10^3/\mu\text{L}$

4.5 - 11

FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

70.3 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

0.7 %

0 - 3

BASOFILOS %

0.2 %

0 - 1

MONOCITOS %

8.5 %

3 - 6

LINFOCITOS %

20.3 %

24 - 44

SEGMENTADOS

4.12 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

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

0.0 - 0.7

BASOFILOS

0.01 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

(0 - 0.09)

MONOCITOS

0.5 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

1.19 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

5.82 $\times 10^6/\mu\text{L}$

4.5 - 5.5

HEMOGLOBINA

15.1 g/dL

13.5 - 17.5

HEMATOCRITO

45.9 %

41 - 53

VCM

78.9 μm^3

80.0 - 100

HCM

25.9 pg

26 - 34

CHCM

32.9 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

272 $\times 10^3/\mu\text{L}$

150.0 - 350

OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	GUEVARA MONTALVO GEISON BRANDON			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	21 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	11-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000082

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

URIANALISIS

CUERPOS CETONICOS	Negativo	0	-	14
EXAMEN COMPLETO DE ORINA	NORMAL			
EXAMEN FISICO:				
COLOR	Amarillo			
ASPECTO	Transparente			TRANSPARENTE
EXAMEN QUIMICO:				
DENSIDAD	1.02	1.005	-	1.030
pH	6	5	-	8
GLUCOSA	Negativo			NEGATIVO
PROTEINAS	Negativo	0	-	15
PIGMENTOS BILIARES	Negativo			NEGATIVO
UROBILINOGENO	Negativo			NEGATIVO
NITRITOS	Negativo			NEGATIVO
SANGRE	Negativo			NEGATIVO
SEDIMENTO URINARIO:				
CELULAS EPITELIALES	Escamosas Escasas			
LEUCOCITOS	1 por campo	0	-	5
HEMATIES	1 por campo	0	-	2
CILINDROS	No se observan			
CRISTALES	No se observan			
OBSERVACIONES				



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

FIRMA

Paciente:	GUEVARA MONTALVO GEISON BRANDON			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	21 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	11-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000082

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

FARMACOS Y TOXICOS

COCAINA (ORINA SIMPLE)	Negativo	REACTIVO > 300 ng/MI NO REACTIVO <300 ng/MI
MARIHUANA (ORINA SIMPLE)	Negativo	REACTIVO > 50 ng/MI NO REACTIVO <50 ng/MI



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

FIRMA



GUEVARA MONTALVO GEISON
BRANDON

PER 72901430

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



4

RUTA N

Preocupacional

DNI	72901430	FECHA	11-01-2022
EDAD	21	PERFIL	OPERATIVO 1-NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4412-000082	SEXO	MASCULINO
HORA DE INICIO EMO	08:27:08	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE		D. Or	
TECNOLOGÍA MÉDICA	Lic. Anton Jabo Janet Elizabeth Tecnólogo Médico C.I.V.A. 16454		Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL		DR	Examen Medico
PSICOLOGÍA		S.S.	BARSIT Examen Psicologico
OFTALMOLOGÍA		A-D	Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA		J.L.	Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES		EC	Radiografia de Tórax
ESPIROMETRÍA			ESPIROMETRÍA
LABORATORIO		MS	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	- 89.	Talla	- 1.68	IMC	-	P. Abdominal	- 85.
P.A. Sistólica	- 110	P.A. Diastólica	- 70	F. Cardiaca	- 71	F. Respiratoria	- 18
Temperatura	- 35.9	Sat. O2	- 99				
Cintura	- 82	Cadera	- 98	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 85	P.T. Inspiración	- 94	P.T. Reposo	- 86		

CREADO POR: RUTH JARAID ENCISO CRUZ FECHA: 11-01-2022 HORA: 08:22:24

V01



 Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20500751639	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-006.02
	Título: CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO	Fecha de Emisión: 2017-MAY-16
		Página: 1 de 1

CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO

Yo, GUEVARA MONTALVO GEISON BRANDON, identificado (a) con DNI N° PER 72901430, 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:

Melena Juley

Firma

FECHA :

11 / 05 / 22

V01



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

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

Yo, GUEVARA MONTALVO GEISON BRANDON de 21 años de edad
trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado
con D.N.I/Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 72901430
domiciliado en MZ P7 LT 22:

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: GUEVARA MONTALVO GEISON BRANDON
DNI: PER 72901430
Fecha de Autorización: 11-01-2022

Firma del paciente






Huella digital del paciente



Dra. Ludy Murguia Valdivia
Coordinadora de Calidad - Auditora
CNP 45724 - RNA 09001
DOKTUZ SAC

Firma y sello del médico
V01





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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

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

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

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

Nombre en Letra Imprenta:

GUEVARA MONTALVO GEISON BRANDON

Fecha de Consentimiento:

11-01-2022

DNI:

PER 72901430

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Dra. Ludy Murguia Valdivia
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora
CIP: PER 075-2012-A002
DOKTUZ SAC

Firma y sello del médico

V01



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

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICAS

Yo, GUEVARA MONTALVO GEISON BRANDON Identificado con D.N.I.
Nº PER 72901430 acudo a la Clínica

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

Por ello, autorizo el uso de mi firma y huella digital electrónicas para que se incluyan exclusivamente en los siguientes documentos que se generen el día 11-01-2022:

1. Consentimiento Informado para Evaluación Médica Ocupacional
2. Autorización de Información de Resultados, Administración y Liberación de Información Médica Ocupacional

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

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

Firmo y dejo huella original para constatar lo mencionado.


Firma manuscrita del paciente

DNI: PER 72901430

Fecha: 11-01-2022



Huella Digital del Paciente

DNI: PER 72901430

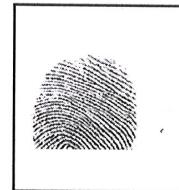
Fecha: 11-01-2022

V01


Firma Electrónica del paciente

DNI: PER 72901430

Fecha: 11-01-2022



Huella Electrónica del paciente

DNI: PER 72901430

Fecha: 11-01-2022



+Doktuz

Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres:

Mujavara Montalvo Wilson Brandon

DNI:

72901430

FECHA:

04-01-22

ANTECEDENTES LABORALES



Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres:

Mujavara Montalvo Wilson Brandon

DNI:

72901430

FECHA:

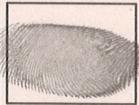
04-01-22

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Nº	EMPRESA (Nombre de la empresa que trabajó)	ACTIVIDAD DE LA EMPRESA (A qué se dedicaba la empresa)	ÁREA DE TRABAJO (En qué área estuve)	OCCUPACIÓN O CARGO ¿Qué ocupación, cargo o puesto tenías en la empresa?	FECHA	TIEMPO Años / Meses	EXPOSICIÓN	USO DE EPP ¿Usé equipo de protección personal?	
								GUANTES	LENTES
1	D Tinomoto do Brasil Paru	Operario de Envasado de Producción de Paletizado de Productos	Operario de Producción	Operario de Producción	22-02-21		RUIDO	X	X
2					15-11-21	9	DISERGONÓMICO	QUÍMICOS	OTROS:
3					AÑO INICIO	AÑOS:	POLVO	GUANTES	LENTE
4					AÑO SALIDA	MESES:	RUIDO	DISERGONÓMICO	MASCARILLA
5					AÑO SALIDA	MESES:	QUÍMICOS	TAPONES / OREJERAS	OTROS:
6					AÑO INICIO	AÑOS:	POLVO	BIOLÓGICOS	OTROS:
					AÑO SALIDA	MESES:	RUIDO	DISERGONÓMICO	MASCARILLA
					AÑO SALIDA	MESES:	QUÍMICOS	TAPONES / OREJERAS	OTROS:
					AÑO INICIO	AÑOS:	POLVO	BIOLÓGICOS	OTROS:
					AÑO SALIDA	MESES:	RUIDO	DISERGONÓMICO	MASCARILLA
					AÑO SALIDA	MESES:	QUÍMICOS	TAPONES / OREJERAS	OTROS:
					AÑO INICIO	AÑOS:	POLVO	BIOLÓGICOS	OTROS:
					AÑO SALIDA	MESES:	RUIDO	DISERGONÓMICO	MASCARILLA
					AÑO SALIDA	MESES:	QUÍMICOS	TAPONES / OREJERAS	OTROS:
					AÑO INICIO	AÑOS:	POLVO	BIOLÓGICOS	OTROS:
					AÑO SALIDA	MESES:	RUIDO	DISERGONÓMICO	MASCARILLA
					AÑO SALIDA	MESES:	QUÍMICOS	TAPONES / OREJERAS	OTROS:
					AÑO INICIO	AÑOS:	POLVO	BIOLÓGICOS	OTROS:
					AÑO SALIDA	MESES:	RUIDO	DISERGONÓMICO	MASCARILLA
					AÑO SALIDA	MESES:	QUÍMICOS	TAPONES / OREJERAS	OTROS:
					AÑO INICIO	AÑOS:	POLVO	BIOLÓGICOS	OTROS:
					AÑO SALIDA	MESES:	RUIDO	DISERGONÓMICO	MASCARILLA
					AÑO SALIDA	MESES:	QUÍMICOS	TAPONES / OREJERAS	OTROS:
					AÑO INICIO	AÑOS:	POLVO	BIOLÓGICOS	OTROS:
					AÑO SALIDA	MESES:	RUIDO	DISERGONÓMICO	MASCARILLA
					AÑO SALIDA	MESES:	QUÍMICOS	TAPONES / OREJERAS	OTROS:

J. M. S. QUESADA
Diego CRUJANO
04-01-22

Firma del Trabajador





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA EN LABORATORIO CLINICO

APELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO:

DNI, PAS O CE: 72901430

EDAD: 21 años

TELÉFONOS: 933 210039

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: 72901430
Fecha: 11-01-22

DESISTIMIENTO O REVOCACIÓN

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: _____



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

Nombre Completo: GUEVARA MONTALVO GEISON BRANDON	Fecha: 11-01-2022
	DNI: PER 72901430

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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Migrana	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fibromialgas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lumbalgias a repetición	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolor de columna	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hernia del núcleo pulposo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ciática	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Enfermedad de la columna	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Epilepsia o convulsiones	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vértigo/mareos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Parálisis facial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desordenes del Sistema nervioso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desmayos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pérdida de conciencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Depresión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Intento de suicidio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberculosis Pulmonar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aste bronquial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Enfisema	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Enfermedad pleural	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tos con sangrado (espuma en sangre)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Disminución de la audición (sordera)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Enfermedad del oído	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Movilidad limitada de extremidades	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

si	no
	Enfermedades renales
	Accidente cerebro vascular (derrame)
	Isquemia o infartos
	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


Dra. Maricela S. Quispe P.
MÉDICO CIRUJANO
CNP: 093923

Firma y sello del Médico Evaluador



L)

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

Yo, Juan Brandon Guzman Montalvo; identificado con DNI N° 72901430 y fecha de nacimiento 27-04-2000. Certifico haber sido informado y acepto el procedimiento para la toma de muestra de orina, así como también doy mi consentimiento para la investigación de drogas de abuso por parte del laboratorio SYNLAB PERÚ S.A.C. SYNLAB PERÚ S.A.C queda autorizado para:

- Entregar los resultados únicamente a mi persona
 Entregar los resultados a: Pamela (identificar a la persona designada con indicación de su DNI) DNI: _____
 Entregar una copia de los resultados a la Empresa para la cual trabajo o postulo si ésta fuera la solicitante del presente estudio:
 Nombre de la Empresa: Faace Dirección: _____

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

Firma: [Firma]

Fecha: 11-01-22

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 Hector Chuban de la Cruz Nº de DNI 47716860

Certifico que la muestra corresponde al donante identificado en la sección 1, la cual proporciono si problemas.

NOTA: _____

Firma [Firma]

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

FECHA	MUESTRA ENTREGADA POR	MUESTRA RECIBIDA POR	PROPOSITO
	Firma: _____	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 DE SYNLAB PERÚ S.A.C.