

Historia Clínica N°	PQ4412-000075			Fecha	Día	11	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		GABRIELA NECIOSUPE DE LA CRUZ									
Fecha de nacimiento		Día	23	Mes	10	Año	1995				
Edad	26	años									
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)				PER 48799092							
Domicilio fiscal											
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje		JR CALLAO 13									
Número/Departamento/Interior			-			Urbanización			-		
Distrito	CARMEN DE LA LEGUA-REYNOSO		Provincia	CALLAO		Departamento	PROV. CONST. DEL CALLAO				
Residencia en lugar Trabajo		SI		NO	X	Tiempo de residencia en Lugar de trabajo				años	
ESSALUD	-	EPS	-	OTRO	-	SCTR	-	OTRO	-		
Correo electrónico		GABRIELANECIOSUPE.46@GMAIL.COM				Teléfono		927222665			
Estado Civil		CASADO				Grado de instrucción		SECUNDARIA COMPLETA			
Nº total de hijos vivos		1				Nº de dependientes		1			
<b>III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES</b>											
EMPRESA	Área de trabajo	Ocupación			Fecha	Tiempo	Exposición ocupacional		EPP		
CINTAS ARBONA	MAQUINAS	REMETEDOR JUNIOR			I	Feb 2021	X	posturas, caídas, disergonomicos, cargas, movimientos repetitivos, polvo, ruido	botas, ropa, guantes, tapones auditivos, mascarilla		
					F	Ene 2022					
					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	X				Intoxicaciones	-	RAM	-			
CESAREA SEGMENTARIA - 2016 - HOSPITAL DE PUENTE PIEDRA											
Descripción											

Antecedentes Ginecológicos:							
Fecha última Regla	18/12/21	Gestaciones	1	Hijos vivos	1	Hijos muertos	0
Régimen Catamenial	IRREGULAR	Método anticoncénptivo		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			CANCER	Hermanos	Niega
Esposo(a)	Niega	Hijos vivos	N°	1	Hijos fallecidos	N°	0

VI . EVALUACIÓN MEDICA											
Anamnesis											
NO REFIERE											
Examen clínico	Talla (cm)	149	Peso (Kg)	54	IMC	24.32	Perímetro abdominal	77			
	Fr. Resp.	17	F. Card.	73	PA	100 / 60	PAmed	73.33			
	Otros	S O2 99 %	FUR: 18/12/21								
Ectoscopia	ABEG/ ABEH/ ABEN										
Estado mental	LOTEP										
<b>EXAMEN FÍSICO</b>											
<b>Organo o Sistemas</b>	<b>Sin Hallazgos</b>	<b>Hallazgos</b>									
Piel		TIBIA, HIDRATADA, ELASTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS NO LESIONES.									
Cabeza / Cabello	X										
Ojos y anexos		Ojos	OD	Normal	OI	Normal					
		Agudeza Visual Cerca	OD	20/20	OI	20/20	Con correctores	OD		OI	
		Agudeza Visual Lejos	OD	20/20	OI	20/20	Con correctores	OD		OI	
		Fondo de ojo	OD	NO REALIZADO	OI	NO REALIZADO	Visión de colores	OD	NORMAL	OI	NORMAL
		Visión de profundidad	NORMAL								
		Exámen ocular externo	OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION								
Oidos	X										
Nariz	X										
Boca	X										
Faringe	X										
Laringe	X										
Cuello	X										
Aparato Respiratorio	X										
Aparato Cardiovascular	X										
Aparato Genitourinario	X										
Aparato Locomotor	X										
Marcha	X										
Columna	X										
Abdomen	X										
Hernias	X										
Tacto Rectal		DIFERIDO									
Lenguaje	X										
Ganglios	X										
Varices	X										
Reflejos Osteotendinosos	X										
Miembros superiores	X										
Miembros inferiores	X										
Sistema linfático	X										
Sistema nervioso	X										
					  Dra. Yerussa Paredes García Urrutia Médico Cirujano CMP 69925 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>							
EXAMEN DE LABORATORIO DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES							
<b>X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA</b>							
NORMOACUSIA BILATERAL							
<b>XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA</b>							
<b>XII . OTROS</b>							
<b>XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL</b>						<b>CIE-10</b>	
1				P	D	R	
2				P	D	R	
3				P	D	R	
4				P	D	R	
5				P	D	R	
OTROS DIAGNÓSTICOS							
6	NORMOACUSIA BILATERAL			P	D	R	Z01.1
7	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	ASIMETRÍA A NIVEL DEL HOMBRO IZQUIERDO			P	D	R	Z01.9
10	TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL			P	D	R	Z01.9
11	EXAMEN DE LABORATORIO DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES			P	D	R	Z01.7
APTO	X	APTO CON RESTRICCIONES		NO APTO			
<b>XIV . RECOMENDACIONES</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.</li> <li>- 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 TRAUMATOLOGÍA DEBIDO A SOSPECHA DE ALTERACIÓN POSTURAL Y PREVENCIÓN DE LESIONES.</li> <li>- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.</li> <li>- SU EXAMEN DE LABORATORIO ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.</li> </ul>							
  <p>Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra Médico Evaluador CMP 70087 DOKTUZ</p>							
Nombre, Firma y Sello del Médico Ocupacional							

**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL  
PREOCUPACIONAL**

APELLIDOS Y NOMBRES		NECIOSUPE DE LA CRUZ GABRIELA		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD				
DNI ( <input checked="" type="checkbox"/> )	C.E. ( <input type="checkbox"/> )	PER 48799092		
EDAD	26 años			
GÉNERO	FEMENINO			
PUESTO AL QUE POSTULA (SOLO PRE OCUPACIONAL)		AYUDANTE DE PRODUCCION		
EMPRESA		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C	SEDE O PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

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

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

FECHA DEL EXAMEN 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:	NECIO SUPE DE LA CRUZ GABRIELA					
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:	48799092	EDAD:	26 años	SEXO:	FEMENINO	HISTORIA CLÍNICA
						PQ4412-000075

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO							
Hemoglobina:	13.1 g/dL	Grupo y Factor:	O Positivo		Orina Completa: NORMAL		
Glucosa:	92 mg/dL	Colesterol:	100 mg/dL		Triglicéridos	76.3 mg/dL	
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA		PSA:	NO APLICA	

TRIAJE					
Talla:	149 cm.	Peso:	54 kg.	IMC:	24.32 kg/m <sup>2</sup>
Presión Arterial:	100/60 mmHg.	Frec. Respiratoria:	17 x minuto.	Frec. Cardiaca:	73 x minuto.

<u>CONCLUSIÓN</u>					
1.- NORMOACUSIA BILATERAL.					
2.- EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE					
3.- EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE NUTRICIÓN: IMC NORMAL					
4.- ASIMETRÍA A NIVEL DEL HOMBRO IZQUIERDO					
5.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL					
6.- EXAMEN DE LABORATORIO DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES					

<u>RECOMENDACIONES</u>					
1.- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.					
2.- 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 TRAUMATOLOGÍA DEBIDO A SOSPECHA DE ALTERACIÓN POSTURAL Y PREVENCIÓN DE LESIONES.					
5.- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.					
6.- SU EXAMEN DE LABORATORIO ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.					



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra  
Médico Evaluador  
CMP 70087  
DOKTUZ

---

Firma y Sello del Responsable de Revisión

### EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES NECIO SUPE DE LA CRUZ GABRIELA EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.  
 EDAD 26 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	20/20	20/20				
BINOCULAR	20/20					

#### REFLEJOS PUPILARES

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

OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
VISIÓN DE PROFUNDIDAD	NORMAL

#### FONDO DE OJO

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

#### TONOMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

#### CAMPIMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

#### OTRAS EVALUACIONES:

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

#### DIAGNÓSTICOS:

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



---

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

---

Nombre, Firma y Sello del Evaluador

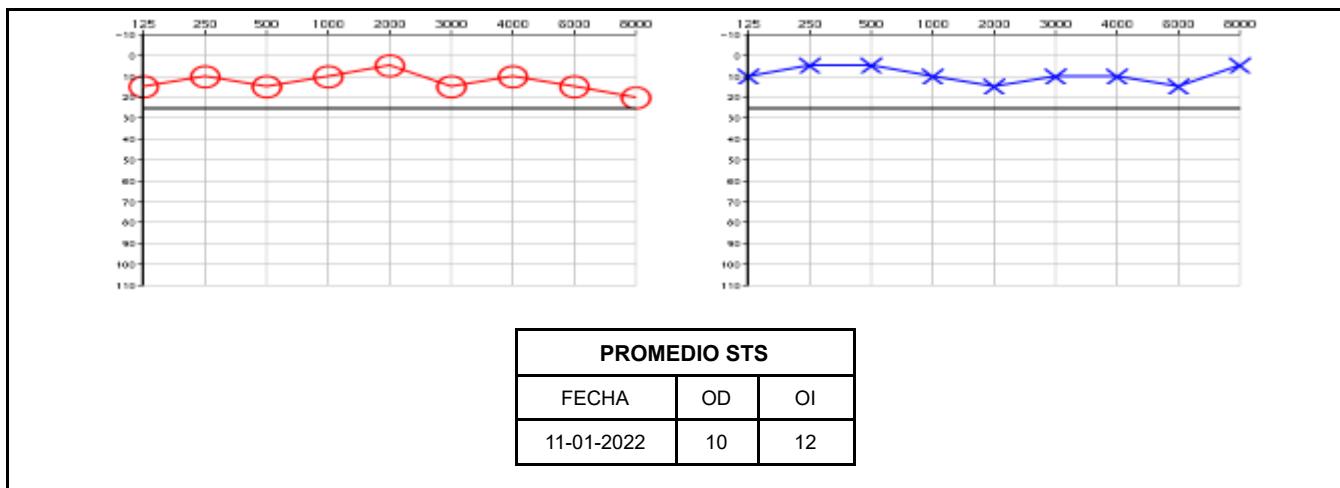
---

Firma y Sello del Médico

### FICHA AUDIOLÓGICA

Historia clínica		PQ4412-000075	Ficha audiológica				Audiometría	Marca: AMPLIVOX				
Fecha del Examen		11-01-2022	<b>EXAMEN</b>	Pre-ocupacional	<input checked="" type="checkbox"/>	Periodica			Modelo: 240			
				Retiro		Otro						
Nombres y apellidos		GABRIELA NECIOSUPE DE LA CRUZ						Nº Serie: 31635 Fecha de Calibración de Equipo: 0000-00-00 Fecha de Calibración Biológica: 11-01-2022				
Edad	26	Sexo	FEMENINO	Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C							
Ocupación	AYUDANTE DE PRODUCCION			Años de Trabajo	3 AÑOS	Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d			10 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				
Parotiditis			<input checked="" type="checkbox"/>					
Deportes Acuáticos			<input checked="" type="checkbox"/>					
Parálisis Facial			<input checked="" type="checkbox"/>					
<b>OTOSCOPIA:</b>		Oido Derecho: NORMAL CAE Permeable, Membrana timpánica íntegra Oido Izquierdo: NORMAL CAE Permeable, Membrana timpánica íntegra						



#### Conclusiones

OIDO DERECHO: Z01.1 NORMOACUSIA

OIDO IZQUIERDO: Z01.1 NORMOACUSIA

#### Recomendaciones

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



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

**Firma y Sello del Responsable de evaluación**



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

**Firma y Sello del Responsable de Revisión**

## INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

### I.- DATOS GENERALES

<b>PACIENTE</b>	NECIOSUPE DE LA CRUZ GABRIELA	<b>EDAD</b>	26
<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>	Prov. Const. Del Callao Callao Carmen De La Legua-reynoso	<b>F. NACIMIENTO</b>	23-10-1995
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>	JR CALLAO 13	<b>F. EVALUACIÓN;</b>	11-01-2022
<b>PUESTO DE TRABAJO</b>	AYUDANTE DE PRODUCCION	<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	SECUNDARIA COMPLETA
<b>EMPRESA</b>	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
<b>ESTADO CIVIL</b>	CASADO		

### II. - MOTIVO DE EVALUACIÓN: PREOCUPACIONAL

### III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS:

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

### IV.- RESULTADOS DE EVALUACION

1. Nivel Intelectual:	NORMAL PROMEDIO	CI	90
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 DEFINE COMO RESPONSABLE, CON BUENA DISPOSICIÓN PARA ENSEÑAR Y APRENDER, FOMENTA LA COLABORACIÓN EN SU GRUPO DE TRABAJO. NO EVIDENCIA INDICADORES HASTA LA FECHA.
2. Área Emocional : ESTABLE
3. Ansiedad: AUSENTE

### VI.-RECOMENDACIONES

1. SE SUGIERE CONTROL ANUAL EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA.
2. SIGA MEJORANDO SU DISPOSICIÓN PARA EL TRABAJO EN EQUIPO Y FORTALECER LAS RELACIONES INTERPERSONALES ENTRE SUS COMPAÑEROS.

### VII.- CONDICIÓN:

APTO



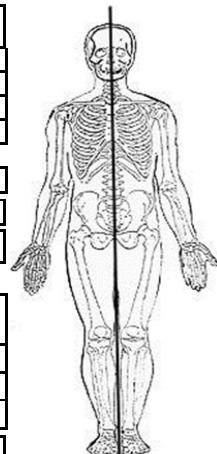

Lic. Isabel Gonzales Brair  
Psicóloga  
CPSP 6380  
DOKTUZ SAC

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

**FICHA MUSCULOESQUELÉTICA**

NOMBRE: NECIOSUPE DE LA CRUZ GABRIELA EDAD 26 SEXO FEMENINO  
 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	Retropulsión	Inclinación	Derecha	Rotación	No presenta		
Hombros	Antepulsados	Retropulsión	Elevación de	Hombro derecho	Escapulas	Normal		
Abdomen	Normal							
Curvaturas Fisiológicas	Cervical	Normal	Dorsal	Normal	Lumbar	Normal		
Pelvis	Normal	Rodillas	Normal					
Pie	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Cavo	No	Plano	No			
MOVILIDAD - DOLOR								
Columna vertebral	Flexión	Extensión	Lateralización Derecha	Lateralización Izquierda	Rotación derecha	Rotación izquierda	Limitación Funcional	Irradiación
Cervical	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no
Dorsal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no
Lumbar	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no
Puebla de Adams	Negativo							



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

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	SIGNOS Y SÍNTOMAS			
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					

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

RESULTADOS						
POSTURA	Óptima					
CIE 10	DIAGNÓSTICO PARA COLUMNA VERTEBRAL					
Z01.9	ASIMETRÍA A NIVEL DEL HOMBRO IZQUIERDO					
Recomendaciones						
SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA DEBIDO A SOSPECHA DE ALTERACIÓN POSTURAL Y PREVENCIÓN DE LESIONES.						
EXTREMIDADES						

Z04.9	EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL
Recomendaciones	SE LE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS REGULARES (30 MINUTOS DIARIOS Y 5 VECES POR SEMANA) Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. LE AYUDARÁN A PREVENIR MOLESTIAS OSTEOMUSCULARES.
OTROS	



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo  
Terapia Física  
CTMP 10444  
DOKTUZ

Nombre y Firma del Evaluador



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo  
Terapia Física  
CTMP 10444  
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

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

FICHA MUSCULO ESQUELETICA POR MÉDICO

Nº DE HISTORIA CLINICA

PQ4412-000075

APELLIDOS Y NOMBRES

NECIOSUPE DE LA CRUZ GABRIELA

DNI

PER 48799092

TIPO DE EXAMEN:

PREOCUPACIONAL

SEXO

FEMENINO

FECHA DEL EXAMEN

11-01-2022

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:** NECIOSUPE DE LA CRUZ GABRIELA

**EDAD:** 26

**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, 11 de Enero del 2022

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

---

Firma y Sello del Médico

Paciente:	NECOSUPE DE LA CRUZ GABRIELA			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	26 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	11-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000075

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

**BIOQUIMICA**

GLUCOSA BASAL	92	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	100	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	76.3	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:	NECIOSUPE DE LA CRUZ GABRIELA		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	26 años
Fecha:	11-01-2022	Historia Clínica:	PQ4412-000075

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

## HEMATOLOGIA

### GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

### HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

O

Positivo

NORMAL

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

4.5 - 11

### FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

59.3 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

2.5 %

0 - 3

BASOFILOS %

0.5 %

0 - 1

MONOCITOS %

7.3 %

3 - 6

LINFOCITOS %

30.4 %

24 - 44

SEGMENTADOS

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

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

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

0.0 - 0.7

BASOFILOS

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

(0 - 0.09)

MONOCITOS

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

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

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

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

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

4 - 4.9

HEMOGLOBINA

13.1 g/dL

12.0 - 16

HEMATOCRITO

35.7 %

36 - 46

VCM

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

80.0 - 100

HCM

36 pg

26 - 34

CHCM

36.7 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

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

150.0 - 350

### OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	NECIOSUPE DE LA CRUZ GABRIELA		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	26 años
Fecha:	11-01-2022	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	Transparente			TRANSPARENTE
EXAMEN QUIMICO:				
DENSIDAD	1.015	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	Negativo			NEGATIVO
SEDIMENTO URINARIO:				
CELULAS EPITELIALES	Escamosas Escasas			
LEUCOCITOS	1 por campo	0	-	5
HEMATIES	1 por campo	0	-	2
CILINDROS	No se observan			
CRISTALES	No se observan			
<b>OBSERVACIONES</b>				



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

---

FIRMA

---

Paciente:	NECIOSUPE DE LA CRUZ GABRIELA			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	26 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	11-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000075

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:	NECIOSUPE DE LA CRUZ GABRIELA			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	26 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	11-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000075

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

**FARMACOS Y TOXICOS**

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



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

---

**FIRMA**



NECOSUPE DE LA CRUZ GABRIELA

PER 48799092

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



14

(B)

RUTA N

Preocupacional

DNI	48799092	FECHA	11-01-2022
EDAD	26	PERFIL	OPERATIVO 1-NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4412-000075	SEXO	FEMENINO
HORA DE INICIO EMO	07:48:14	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE			
TECNOLOGÍA MÉDICA	Lic. Antón Jabo Janet Elizabeth Tecnólogo Médico C.I. 44.2.70464		Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL	Yerusa Parada García Urrutia MEDICO CRUZANO C.M.P. 69925		Examen Medico
PSICOLOGÍA			BARSIT Examen Psicologico
OFTALMOLOGÍA			Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA			Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES			Radiografía de Tórax
ESPIROMETRÍA			ESPIROMETRÍA
LABORATORIO			HCG CUALITATIVO (PRUEBA DE EMBARAZO), COLESTEROL TOTAL, ORINA, EXAMEN COMPLETO, Glucosa Ayunas, GRUPO SANGÜNEO Y FACTOR RH, HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO, TRIGLICÉRIDOS, COCAÍNA CUALITATIVA, EXAMEN (MARIHUANA) CUALITATIVO
EXAMENES PENDIENTE			Fecha Programada:
EXAMENES COMPLETADOS		Sello:	Fecha:

TRIAJE							
Peso	- 54	Talla	- 1.49	IMC	-	P. Abdominal	- 27
P.A. Sistólica	- 100	P.A. Diastólica	- 60	F. Cardiaca	- 73	F. Respiratoria	- 72
Temperatura	- 36.4	Sat. O2	- 99				
Cintura	- 78	Cadera	- 78	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 89	P.T. Inspiración	- 94	P.T. Reposo	- 91		

CREADO POR: RUTH JARAID ENCISO CRUZ FECHA: 11-01-2022 HORA: 07:44:13

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, NECOSUPE DE LA CRUZ GABRIELA Identificado con D.N.I.

Nº PER 48799092 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.

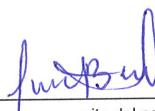
Por ello, autorizo el uso de mi firma y huella digital electrónicas para que se incluyan exclusivamente en los siguientes documentos que se generen el día 11-01-2022:

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 48799092

Fecha: 11-01-2022



Firma Electrónica del paciente

DNI: PER 48799092

Fecha: 11-01-2022



Huella Digital del Paciente

DNI: PER 48799092

Fecha: 11-01-2022



Huella Electrónica del paciente

DNI: PER 48799092

Fecha: 11-01-2022

V01



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

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

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

1. Los exámenes médicos ocupacionales son de acuerdo al perfil laboral que corresponde, con el fin de determinar mi estado de salud.
2. El examen de salud incluirá lo siguiente (los exámenes que se me realizarán pueden variar, y dependerá del perfil médico que mi empresa designe para mi puesto):
  - a. Filiación (Datos personales como dirección, teléfonos, edad, estado civil, entre otros)
  - b. Anamnesis clínica (Datos de antecedentes personales, familiares y de enfermedades unidos a los síntomas clínicos que haya presentado o presente en la actualidad, alergia a medicamentos, sexualidad, y hábitos personales).
  - c. Examen físico general, por sistemas y por aparatos
  - d. Pruebas complementarias (psicológico, laboratorio, imágenes, espirometría, audiometría, electrocardiograma, entre otros).
3. Para la realización de los exámenes se me indicó que:
  - a. La toma de muestra de sangre para los análisis de laboratorio podría producirme en la zona de venopunción un hematoma y/o leve dolor.
  - b. Para 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:

NECOSUPE DE LA CRUZ GABRIELA

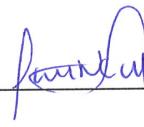
Fecha de Consentimiento:

11-01-2022

DNI:

PER 48799092

Firma del paciente




Huella digital del paciente

 Dra. Lucy Munguía Valdivia  
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora  
CNP 45725 - RNA 04081  
DOKTUZ SAC

Firma y sello del médico

V01



 <p>Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751629</p>	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, NECOSUPE DE LA CRUZ GABRIELA de 26 años de edad  
trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado  
con D.N.I./Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 48799092  
domiciliado en JR CALLAO 13:

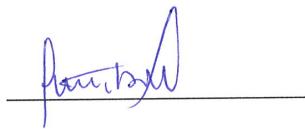
Declaro haber sido evaluado/a e informado/a respecto a la evaluación médica ocupacional a la cual me someteré, la cual puede incluir: examen clínico, exámenes de laboratorio, audiometría, electrocardiograma, espirometría, placas radiográficas, examen psicológico, examen odontológico, examen oftalmológico, 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: NECOSUPE DE LA CRUZ GABRIELA  
DNI: PER 48799092  
Fecha de Autorización: 11-01-2022

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Dra. Ludy Muñoz Valdivia  
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora  
CMP 45172 RINA 09081  
DOKTUS SAC

Firma y sello del médico

V01



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

### CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO

Yo, NECIOSUPE DE LA CRUZ GABRIELA, identificado (a) con DNI N° PER 48799092, 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:

Melanie Jindy

FECHA :

01 / 01 / 22

V01

Firma



 <p>Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20500751639</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, PARIONA ACERO WALTER ORLANDO Identificado con D.N.I.

Nº PER 75381936 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 75381936

Fecha: 11-01-2022



Firma Electrónica del paciente

DNI: PER 75381936

Fecha: 11-01-2022



Huella Digital del Paciente

DNI: PER 75381936

Fecha: 11-01-2022



Huella Electrónica del paciente

DNI: PER 75381936

Fecha: 11-01-2022

V01



 <p>Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20500751639</p>	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-005.02
	Título: <b>DECLARACIÓN JURADA DE NO GESTANTE PARA REALIZACIÓN DE EXAMENES RADIOGRÁFICOS EN MUJERES</b>	Fecha de Emisión: 2017-MAY-16
		Página: 1 de 1

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

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

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

Nombres y Apellidos: GABRIELA NECIOSUPE DE LA CRUZ  
 Fecha de Declaración: 11-01-2022  
 DNI: PER 48799092

Firma del paciente




HUELLA DEL PACIENTE

V01



# Doktuz

Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres:

Nicolaspe & la Oñiz Gabiel

DNI: 48799092

## ANTECEDENTES LABORALES



FECHA:

## ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Nº	EMPRESA (Nombre de la empresa que trabajó)	ACTIVIDAD DE LA EMPRESA (A qué se dedicaba la empresa)	ÁREA DE TRABAJO (En qué área estuve)	OCCUPACIÓN O CARGO ¿Qué ocupación, cargo o puesto tenías en la empresa?	FECHA	TIEMPO Años / Meses	EXPOSICIÓN	USO DE EPP ¿Usó equipo de protección personal?	
								AÑO INICIO	AÑO SALIDA
1	Maxport	textil control calidad	Control calidad	Operario	MR			POLVO RUIDO DISERGONOMICO	GUANTES LENTES MASCARILLA
2	Almavir	textil	Control calidad	Operario	2020 2021	3 mes 3 meses	QUÍMICOS BIOLÓGICOS	QUÍMICOS BIOLÓGICOS	GUANTES LENTES MASCARILLA
3	Cintas Adhesivas	textil	Personal de calidad	Repetitivo	2021 2022	1 1	QUÍMICOS BIOLÓGICOS	RUIDO DISERGONOMICO	GUANTES LENTES MASCARILLA
4				Personal de calidad	2022		QUÍMICOS BIOLÓGICOS	QUÍMICOS BIOLÓGICOS	GUANTES LENTES MASCARILLA
5							QUÍMICOS BIOLÓGICOS	QUÍMICOS BIOLÓGICOS	GUANTES LENTES MASCARILLA
6							OTROS:	OTROS:	OTROS:

Jesús Paredes Urutia  
MEDICO  
C.M.P. 5925

Firma del Médico



Firma del Trabajador



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

Nombre Completo:	NECIO SUPE DE LA CRUZ GABRIELA	Fecha:	11-01-2022
		DNI:	PER 48799092

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

Describa en caso de tener alguna respuesta positiva:

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

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

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

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

FIRMA DEL TRABAJADOR	HUELLA
	

V01

*Yerussa Paredes García Urrutia*  
**MEDICO CULIACAN**

Firma y sello del Médico Evaluador



14

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

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

Yo, Gabriela Neriospa  la Cruz, identificado con DNI N° X 48799092 y fecha de nacimiento 19/08/1992, Certifico haber sido informado y acepto el procedimiento para la toma de muestra de orina, así como también doy mi consentimiento para la investigación de drogas de abuso por parte del laboratorio SYNLAB PERÚ S.A.C. SYNLAB PERÚ S.A.C queda autorizado para:

- Entregar los resultados únicamente a mi persona
- Entregar los resultados a: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_
- 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: PandSC
- Dirección: Av Taceth .

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: 11/01/2022

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 Vanessa Pineda Nº de DNI 003319882

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

NOTA:

Firma Vanessa

### 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