

Historia Clínica N°	PQ4412-000093			Fecha	Día	13	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		ANA CONSUELO CURMAYARI MALDONADO								
Fecha de nacimiento		Día	26	Mes	07	Año	1998			
Edad	23	años								
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)				PER 73314218						
Domicilio fiscal										
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje		MZ 2K H2 TECHO PROPIO 4 ETAPA EL MIRADOR PACHACUTEC								
Número/Departamento/Interior			-			Urbanización			-	
Distrito	VENTANILLA		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		ANACURMAYARI9810@GMAIL.COM				Teléfono		900700260		
Estado Civil		SOLTERO				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
BABINOTTI	PRODUCCION		OPERARIO		I	Mar 2021	X	posturas, caídas, disergonómicos, movimientos repetitivos, polvo, ruido, cargas		ropa, mascarilla, tapones auditivos, guantes, lentes
					F	Jul 2021				
					I					
					F					
					I					
					F					
					I					
					F					
					I					
					F					
					I					
					F					
<b>IV . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES</b>										
Alergias	-	Diabetes	-	TBC	-	Hepatitis :	-			
Asma	-	HTA	-	ITS	-	Tifoidea	-			
Bronquitis	-	Neoplasia	-	Convulsiones	-	Otros	-			
Quemaduras	-									
Cirugías	-			Intoxicaciones	-	RAM	-			
Descripción	Dolor de Cabeza: ESPORADICO, CEDE A ANALGESICOS TAB.;									
Antecedentes Ginecológicos:										



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°	1	Hijos fallecidos	N°	0

VI . EVALUACIÓN MEDICA									
Anamnesis									
NO REFIERE									
Examen clínico	Talla (cm)	148	Peso (Kg)	55	IMC	25.11	Perímetro abdominal	84	
	Fr. Resp.	18	F. Card.	73	PA	110 / 80	PAmed	90	
	Otros	S O2 99 %	FUR: 15/12/21						
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, HIPERQUERATOSIS SUBUNGUEAL CON DESCAMACIÓN EN UNAS DE LOS PRIMEROS DEDOS DE PIES.							
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	20/200	OI	20/200	Con correctores	OD		OI
	Fondo de ojo	OD	NO REALIZADO	OI	NO REALIZADO	Visión de colores	OD	NORMAL	OI
	Visión de profundidad				NORMAL				
	Exámen ocular externo				OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION				
Oidos		TAPON DE CERUMEN PARCIAL OIDO IZQUIERDO							
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								
					 <b>Dra. Yerussa Paredes García Urrutia</b> 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>							
HALLAZGOS ANORMALES EN LA ORINA: NITRITOS POSITIVO							
<b>X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA</b>							
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL MODERADA DE OIDO DERECHO HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL LEVE DE OIDO IZQUIERDO							
<b>XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA</b>							
<b>XII . OTROS</b>							
<b>XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL</b>							
1				P	D	R	CIE-10
2				P	D	R	
3				P	D	R	
4				P	D	R	
5				P	D	R	
OTROS DIAGNÓSTICOS							
6	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL MODERADA DE OIDO DERECHO			P	D	R	H90.4
7	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL LEVE DE OIDO IZQUIERDO			P	D	R	H90.4
8	AMETROPÍA SEVERA NO CORREGIDA			P	D	R	H52.X
9	SOBREPESO			P	D	R	E67.X
10	TIÑA DE LAS UÑAS DE LOS PIES			P	D	R	B35.1
11	TAPÓN DE CERUMEN OIDO IZQUIERDO			P	D	R	H61.2
12	EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL			P	D	R	Z04.9
13	TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL			P	D	R	Z04.9
14	HALLAZGOS ANORMALES EN LA ORINA: NITRITOS POSITIVO			P	D	R	R82.9
APTO	APTO CON RESTRICCIONES		NO APTO	X			
<b>XIV . RECOMENDACIONES</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- SE LE SUGIERE USO ESTRICTO DE PROTECTOR AUDITIVO EN CASO DE RUIDO IGUAL O MAYOR A 85 DB DURANTE LA JORNADA LABORAL DE 8 HORAS. EVITE CONDUCTAS DE RIESGO EXTRALABORAL (USO DE AUDIFONOS). ACUDA A OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA.</li> <li>- SE LE SUGIERE USO ESTRICTO DE PROTECTOR AUDITIVO EN CASO DE RUIDO IGUAL O MAYOR A 85 DB DURANTE LA JORNADA LABORAL DE 8 HORAS. EVITE CONDUCTAS DE RIESGO EXTRALABORAL (USO DE AUDIFONOS). ACUDA A OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA ESTUDIO DE HIPOACUSIA.</li> <li>- SE LE SUGIERE EL USO DE LENTES CORRECTORES Y EL CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.</li> <li>- SE LE SUGIERE UNA DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, INCREMENTE LA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS, NO OLVIDE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA. ACUDA A NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA PARA SU EVALUACIÓN.</li> <li>- EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIÓ ALTERACIÓN EN LAS UÑAS DEL PIE. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR DERMATOLOGÍA.</li> <li>- EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA TAPÓN DE CERUMEN POR LO QUE SE SUGIERE SER EVALUADO POR OTORRINOLARINGOLOGÍA.</li> <li>- 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.</li> <li>- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.</li> <li>- DEBIDO A LOS HALLAZGOS EN SU EXAMEN DE ORINA. SE LE SUGIERE ACUDIR A MEDICINA GENERAL PARA UNA EVALUACIÓN MAS EXHAUSTIVA.</li> </ul>							



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra  
Médico Evaluador  
CNP 70087  
DOKTUZ

Nombre, Firma y Sello del Médico Ocupacional

**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL  
PREOCUPACIONAL**

APELLIDOS Y NOMBRES		CURMAYARI MALDONADO ANA CONSUELO		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD				
DNI ( <input checked="" type="checkbox"/> )	C.E. ( <input type="checkbox"/> )	PER 73314218		
EDAD	23 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: A POSITIVO  
 ALTURA ESTRUCTURAL: NO APLICA  
 ALERGIA: NIEGA

APTO		RESTRICCIONES
APTO CON RESTRICCIÓN		
NO APTO	X	MOTIVO DE OBSERVACIÓN, NO APTITUD O APTITUD NO DETERMINADA: NO APTO DE ACUERDO A LA POLITICA DE LA EMPRESA
OBSERVADO		

FECHA DEL EXAMEN 13-01-2022




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

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO OCUPACIONAL

## INFORME MÉDICO

APELLIDOS Y NOMBRES:	CURMAYARI MALDONADO ANA CONSUELO					
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C					
TIPO DE EVALUACION:	PREOCUPACIONAL					
PUESTO	AYUDANTE DE PRODUCCION			AREA DE TRABAJO	OPERACIONES	
FECHA DE EVALUACIÓN	13-01-2022			PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL	
FECHA DE EMISIÓN	13-01-2022					
DNI:	73314218	EDAD:	23 años	SEXO:	FEMENINO	HISTORIA CLÍNICA
						PQ4412-000093

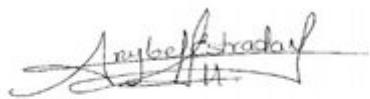
EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO							
Hemoglobina:	12.8 g/dL	Grupo y Factor:	A Positivo		Orina Completa: ANORMAL		
Glucosa:	90 mg/dL	Colesterol:	154.4 mg/dL		Triglicéridos	95.5 mg/dL	
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA		PSA:	NO APLICA	

TRIAJE				
Talla:	148 cm.	Peso:	55 kg.	IMC: 25.11 kg/m <sup>2</sup>
Presión Arterial:	110/80 mmHg.	Frec. Respiratoria:	18 x minuto.	Frec. Cardiaca: 73 x minuto.

<u>CONCLUSIÓN</u>	
1.- HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL MODERADA OIDO DERECHO.	
2.- HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL LEVE OIDO IZQUIERDO.	
3.- AMETROPÍA SEVERA NO CORREGIDA	
4.- SOBREPESO	
5.- TIÑA DE LAS UÑAS DE LOS PIES	
6.- TAPÓN DE CERUMEN OIDO IZQUIERDO	
7.- EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL	
8.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL	
9.- HALLAZGOS ANORMALES EN LA ORINA: NITRITOS POSITIVO	

<u>RECOMENDACIONES</u>	
1.- SE LE SUGIERE USO ESTRICTO DE PROTECTOR AUDITIVO EN CASO DE RUIDO IGUAL O MAYOR A 85 DB DURANTE LA JORNADA LABORAL DE 8 HORAS. EVITE CONDUCTAS DE RIESGO EXTRALABORAL (USO DE AUDIFONOS). ACUDA A OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA.	
2.- SE LE SUGIERE USO ESTRICTO DE PROTECTOR AUDITIVO EN CASO DE RUIDO IGUAL O MAYOR A 85 DB DURANTE LA JORNADA LABORAL DE 8 HORAS. EVITE CONDUCTAS DE RIESGO EXTRALABORAL (USO DE AUDIFONOS). ACUDA A OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA ESTUDIO DE HIPOACUSIA.	
3.- SE LE SUGIERE EL USO DE LENTES CORRECTORES Y EL CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.	
4.- SE LE SUGIERE UNA DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, INCREMENTE LA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS, NO OLVIDE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA. ACUDA A NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA PARA SU EVALUACIÓN.	
5.- EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIÓ ALTERACIÓN EN LAS UÑAS DEL PIE. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR DERMATOLOGÍA.	
6.- EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA TAPÓN DE CERUMEN POR LO QUE SE SUGIERE SER EVALUADO POR OTORRINOLARINGOLOGÍA.	
7.- 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.	
8.- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.	

9.- DEBIDO A LOS HALLAZGOS EN SU EXAMEN DE ORINA. SE LE SUGIERE ACUDIR A MEDICINA GENERAL PARA UNA EVALUACION MAS EXHAUSTIVA.



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra  
Médico Evaluador  
CMP 70087  
DOKTUZ

**Firma y Sello del Responsable de Revisión**

### EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES CURMAYARI MALDONADO ANA CONSUELO EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C  
 EDAD 23 FECHA: 13-01-2022  
 OCUPACIÓN AYUDANTE DE PRODUCCION LENTES: LEJOS  
 FECHA ULTIMO CAMBIO hace 2 años

#### ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

ANTECEDENTES OCULARES PERSONALES: no refiere  
 ANTECEDENTES FAMILIARES: no refiere  
 MEDICAMENTOS: no refiere  
 OBSERVACIONES: no trajo sus lentes correctores

#### 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	20/200	20/200			20/30	20/30
BINOCULAR	20/100					

#### REFLEJOS PUPILARES

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

#### 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 SEVERA NO CORREGIDA



---

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

---

Nombre, Firma y Sello del Evaluador

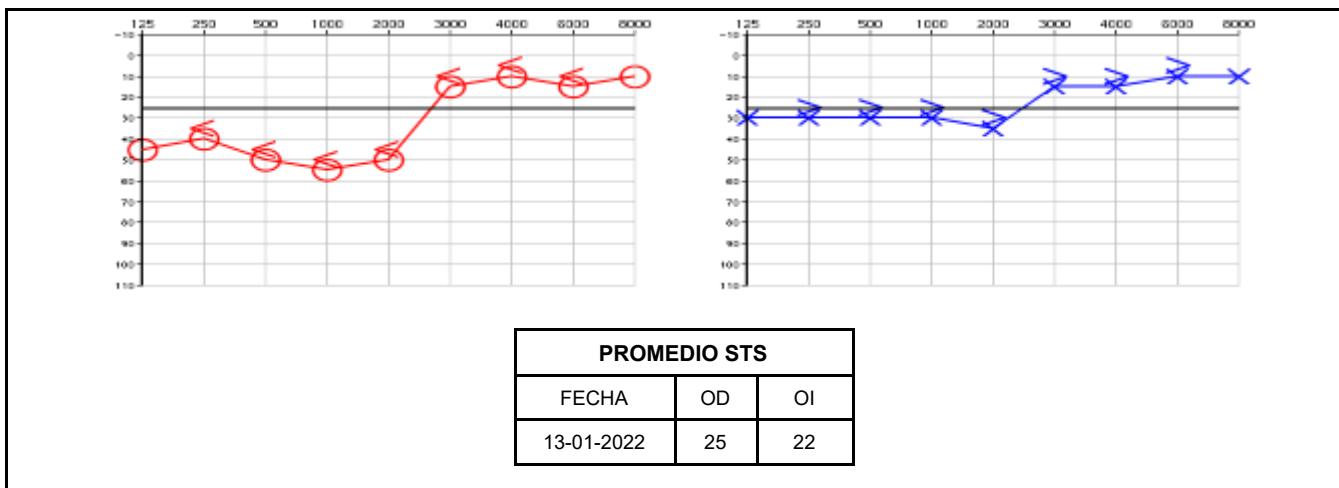
---

Firma y Sello del Médico

### FICHA AUDIOLÓGICA

Historia clínica		PQ4412-00093	Ficha audiológica				Audiometría	Marca: AMPLIVOX					
Fecha del Examen		13-01-2022	EXAMEN	Pre-ocupacional	X	Periodica			Modelo: 240				
				Retiro		Otro			Nº Serie: 31635 Fecha de Calibración de Equipo: 0000-00-00 Fecha de Calibración Biológica: 13-01-2022				
Nombres y apellidos		ANA CONSUELO CURMAYARI MALDONADO											
Edad	23	Sexo	FEMENINO	Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C								
Ocupación	AYUDANTE DE PRODUCCION			Años de Trabajo	4M	Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d				12 HORAS			
Uso de protectores auditivos	Tapones	X	Siempre	Orejeras	X	Siempre	Apreciación al ruido	Ruido muy intenso	X	Ruido moderado		Ruido no molesto	

ANTECEDENTES Relacionados		SI	NO	SINTOMAS actuales			SI	NO
Exposición a ruido		X		Disminución de la audición				X
Consumo de tabaco			X	Acúfenos				X
Servicio militar			X	Dolor de oídos				X
Hobbies con exposicion a ruido		X		Zumbidos				X
Exposición laboral a químicos			X	Mareos				X
Infección de oídos			X	Infección de oído				X
Uso de ototóxicos			X	Exposición reciente a ruidos en las últimas 18 horas				X
Traumatismo encéfalo craneano, Meningitis			X	Otros				X
Trauma acústico			X					
Parotiditis			X					
Deportes Acuáticos			X					
Parálisis Facial			X					
<b>OTOSCOPIA:</b>		Oido Derecho: NORMAL CAE Permeable, Membrana timpánica íntegra Oido Izquierdo: ALTERADO PRESENCIA DE CERUMEN 70%						



#### Conclusiones

OIDO DERECHO: H90.4 HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL MODERADA

OIDO IZQUIERDO: H90.4 HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL LEVE

#### Recomendaciones

SE LE SUGIERE USO ESTRICTO DE PROTECTOR AUDITIVO EN CASO DE RUIDO IGUAL O MAYOR A 85 DB DURANTE LA JORNADA LABORAL DE 8 HORAS. EVITE CONDUCTAS DE RIESGO EXTRALABORAL (USO DE AUDIFONOS). ACUDA A OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA.

SE LE SUGIERE USO ESTRICTO DE PROTECTOR AUDITIVO EN CASO DE RUIDO IGUAL O MAYOR A 85 DB DURANTE LA JORNADA LABORAL DE 8 HORAS. EVITE CONDUCTAS DE RIESGO EXTRALABORAL (USO DE AUDIFONOS). ACUDA A OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA ESTUDIO DE HIPOACUSIA.



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	CURMAYARI MALDONADO ANA CONSUELO	EDAD	23
LUGAR DE NACIMIENTO	Prov. Constitución Del Callao Callao Ventanilla	F. NACIMIENTO	26-07-1998
LUGAR DE RESIDENCIA	MZ 2K H2 TECHO PROPIO 4 ETAPA EL MIRADOR PACHACUTEC	F. EVALUACIÓN;	13-01-2022
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCIÓN	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 ( )
ORIENTACIÓN	Articulación:	con dificultad	( )	sin dificultad	(X)	
	Tiempo:	Orientado	(X)	Desorientado	( )	
	Espacio:	Orientado	(X)	Desorientado	( )	
	Persona:	Orientado	(X)	Desorientado	( )	

### IV.- RESULTADOS DE EVALUACION

1. Nivel Intelectual:	NORMAL PROMEDIO BAJO	CI	102
2. Coordinación Visomotriz:	ADECUADO		
3. Nivel de Memoria:	CORTO PLAZO (ADECUADO)	MEDIANO PLAZO (ADECUADO)	LARGO PLAZO (ADECUADO)
4. Personalidad:	CON TENDENCIA A LA INTROVERSIÓN		
5. Afectividad:	ESTABLE		
7. Manejo de Factores Psicosociales en el trabajo :	NO SOLICITADO		

### V.- CONCLUSIONES

1. Área Cognitiva: CON CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN A NIVEL NORMAL PROMEDIO. SE MUESTRA RESPONSABLE Y SOCIABLE. A NIVEL LABORAL FOMENTA LA COMUNICACIÓN Y BUSCA COLABORAR CON SUS COMPAÑEROS PARA CUMPLIR LAS METAS. 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 POTENCIANDO SUS HABILIDADES COGNITIVAS Y TRATE DE ENTRENARSE EN EL ANÁLISIS DE SUS PENSAMIENTOS.

### VII.- CONDICIÓN:

APTO




Lic. Isabel Gonzales Brair  
Psicóloga  
CPSP 6380  
DOKTUZ SAC

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

## FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: CURMAYARI MALDONADO ANA

EDAD 23

SEXO FEMENINO

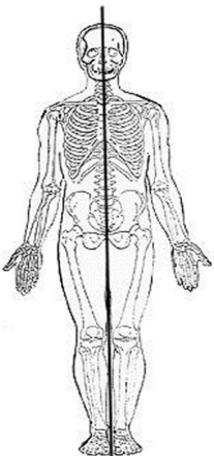
CONSUENO

EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

PUESTO AYUDANTE DE PRODUCCION

FECHA 13-01-2022

ACTIVIDAD LABORAL:	De pie			PRESENTA DOLOR	NO			
<b>EVALUACIÓN ESTÁTICA</b>								
<b>SEGMENTOS</b>		<b>CARACTERÍSTICAS QUE PRESENTA</b>						
Cabeza	Antepulsión	Retropulsión	Inclinación	No presenta	Rotación	No presenta		
Hombros	Antepulsados	Retropulsión	Elevación de	Ninguno de los hombros	Éscapulas	Normal		
Abdomen	Normal							
Curvaturas Fisiológicas	Cervical	Normal	Dorsal	Normal	Lumbar	Normal		
<b>Pelvis</b>	<b>Anteversión</b>	<b>Rodillas</b>	<b>Normal</b>					
<b>Pie</b>	<b>Normal X</b>	<b>Cavo</b>	<b>No</b>	<b>Plano</b>	<b>No</b>			
<b>MOVILIDAD - DOLOR</b>								
Columna vertebral	Flexión	Extensión	Lateralización Derecha	Lateralización Izquierda	Rotación derecha	Rotación izquierda	Limitación Funcional	Irradiación
Cervical	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no
Dorsal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no
Lumbar	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no
Pueba de Adams	Negativo							
<b>EXPLORACIÓN</b>								
Test específicos		+/-						
LASSEGUE	Derecho	-						
	Izquierdo	-						
SCHOBER	-							
<b>PALPACIÓN</b>								
Columna vertebral	Apófisis espinosas dolorosas			Contractura muscular				
Cervical	-			-				
Dorsal	-			-				
Lumbar	-			-				
<b>EVALUACIÓN DE LA MARCHA</b>							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	
<b>SIGNOS Y SÍNTOMAS</b>								
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.								
<b>EXIGENCIAS FÍSICAS</b>								
Condición Física (Test de Ruffier)								
Manejo manual de cargas							Es capaz de cargar hasta	
Marcha sobre el terreno irregular								
Evaluación de destreza manual								
- Punteado	Errores:			Aciertos:		Tiempo en el Acierto:		
- Palanca	Errores:			Tiempo de Error:		Tiempo de Prueba:		
Rango Articulares								
<b>RESULTADOS</b>								
POSTURA Óptima								
<b>CIE 10</b>		<b>DIAGNÓSTICO PARA COLUMNA VERTEBRAL</b>						
Z04.9		EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL						
Recomendaciones		SE LE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS REGULARES (30 MINUTOS DIARIOS Y 5 VECES POR SEMANA) Y						



EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. LE AYUDARÁN A PREVENIR MOLESTIAS OSTEOMUSCULARES.

**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	PQ4412-000093			DNI	PER 73314218
APELLIDOS Y NOMBRES	CURMAYARI MALDONADO ANA CONSUELO			SEXO	FEMENINO
TIPO DE EXAMEN:	PREOCUPACIONAL				
FECHA DEL EXAMEN	13-01-2022				

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:** CURMAYARI MALDONADO ANA CONSUELO

**EDAD:** 23

**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, 13 de Enero del 2022

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

---

Firma y Sello del Médico

Paciente:	CURMAYARI MALDONADO ANA CONSUELO			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	23 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	13-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000093

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

**BIOQUIMICA**

GLUCOSA BASAL	90	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	154.4	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	95.5	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:	CURMAYARI MALDONADO ANA CONSUELO			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	23 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	13-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000093

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

## HEMATOLOGIA

### GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

### HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

A  
Positivo  
NORMAL

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

4.5 - 11

### FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

64.1 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

3.6 %

0 - 3

BASOFILOS %

0.1 %

0 - 1

MONOCITOS %

5.9 %

3 - 6

LINFOCITOS %

26.3 %

24 - 44

SEGMENTADOS

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

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

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

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

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

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

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

4 - 4.9

HEMOGLOBINA

12.8 g/dL

12.0 - 16

HEMATOCRITO

36 %

36 - 46

VCM

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

80.0 - 100

HCM

32.5 pg

26 - 34

CHCM

35.6 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

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

150.0 - 350

### OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	CURMAYARI MALDONADO ANA CONSUELO			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	23 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	13-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000093

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

### URIANALISIS

CUERPOS CETONICOS	Negativo	0	-	14
<b>EXAMEN COMPLETO DE ORINA</b>				
EXAMEN FISICO:				
COLOR	Amarillo			
ASPECTO	Ligeramente turbio			TRANSPARENTE
EXAMEN QUIMICO:				
DENSIDAD	1.02	1.005	-	1.030
pH	5	5	-	8
GLUCOSA	Negativo			NEGATIVO
PROTEINAS	Negativo	0	-	15
PIGMENTOS BILIARES	Negativo			NEGATIVO
UROBILINOGENO	Negativo			NEGATIVO
NITRITOS	Positivo			NEGATIVO
SANGRE	Negativo			NEGATIVO
SEDIMENTO URINARIO:				
CELULAS EPITELIALES	Escamosas Abundantes			
LEUCOCITOS	2 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:	CURMAYARI MALDONADO ANA CONSUELO			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	23 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	13-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000093

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:	CURMAYARI MALDONADO ANA CONSUELO			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	23 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	13-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000093

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



CURMAYARI MALDONADO ANA  
CONSUELO

PER 73314218

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



8

RUTA N

**Preocupacional**

DNI	73314218	FECHA	13-01-2022
EDAD	23	PERFIL	OPERATIVO 1-NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4412-000093	SEXO	FEMENINO
HORA DE INICIO EMO	08:15:13	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE		CIP	
TECNOLOGÍA MÉDICA			Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL		JP	Examen Medico
PSICOLOGÍA		S.B	BARSIT Examen Psicologico
OFTALMOLOGÍA		O.F.M.	Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA		A.O.	Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES		M.A.	Radiografía de Tórax
ESPIROMETRÍA			ESPIROMETRÍA
LABORATORIO		CA	HCG CUALITATIVO (PRUEBA DE EMBARAZO), COLESTEROL TOTAL, ORINA, EXAMEN COMPLETO, Glucosa Ayunas, GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH, HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO, TRIGLICÉRIDOS, COCAINA CUALITATIVA, EXAMEN (MARIHUANA) CUALITATIVO
EXAMENES PENDIENTE			Fecha Programada:
EXAMENES COMPLETADOS		Sello: Iniciales:	Fecha:

TRIAJE							
Peso	- 55	Talla	- 168	IMC	-	P. Abdominal	- 84
P.A. Sistólica	- 110	P.A. Diastólica	- 80	F. Cardiaca	- 23	F. Respiratoria	- 88
Temperatura	- 36.4	Sat. O2	- 99	Indice C-C	-		
Cintura	- 91	Cadera	- 94	P.T. Reposo	- 92		
P.T. Espiración	- 91	P.T. Inspiración	- 95				

CREADO POR: VELA SANCHEZ GUADALUPE FECHA: 13-01-2022 HORA: 08:13:29

V01



 <p>Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600731639</p>	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-001.02
	Título: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	Fecha de Emisión: 2017-MAY-16 Página: 1 de 1

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

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

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

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

Nombre en Letra Impresa:

CURMAYARI MALDONADO ANA CONSUELO

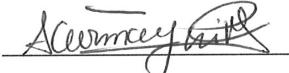
Fecha de Consentimiento:

13-01-2022

DNI:

PER 73314218

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Firma y sello del médico

V01



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

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

Yo, CURMAYARI MALDONADO ANA CONSUELO de 23 años de edad  
 trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado  
 con D.N.I/Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 73314218  
 domiciliado en \_\_\_\_\_:

Declaro haber sido evaluado/a e informado/a respecto a la evaluación médica ocupacional a la cual me someteré, la cual puede incluir: examen clínico, exámenes de laboratorio, audiometría, electrocardiograma, espirometría, placas radiográficas, examen psicológico, examen odontológico, examen oftalmológico, entre otros (los exámenes que se me realizarán pueden variar, y 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: CURMAYARI MALDONADO ANA CONSUELO  
 DNI: PER 73314218  
 Fecha de Autorización: 13-01-2022

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Dra. Lucy Marquilla Valdivia  
Coordinadora de Oficina - Auditora  
CMP 45724 - RNA 04053  
DOKTUS SAC

Firma y sello del médico  
V01



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

### CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO

Yo, CURMAYARI MALDONADO ANA CONSUELO, identificado (a) con DNI N° PER 73314218, 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

Acuerdo fechado  
FIRMA  
LEY N° 26842 Art. 4

#### DATOS DEL PROFESIONAL TESTIGO:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

FECHA : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
DIA MES AÑO

V01



 Tessalia Medical S.A.C. RUC: 20500751639	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: Tessalia Medical S.A.C. y con nombre comercial: Doktuz, me realice el examen radiológico correspondiente.

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

Nombres y Apellidos:	<u>ANA CONSUELO CURMAYARI MALDONADO</u>
Fecha de Declaración:	<u>13-01-2022</u>
DNI:	<u>PER 73314218</u>

Firma del paciente Ana Consuelo Curmayari



HUELLA DEL PACIENTE

V01



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

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

Yo, CURMAYARI MALDONADO ANA CONSUELO Identificado con D.N.I.

Nº PER 73314218 acudo a la Clínica

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

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

1. Consentimiento Informado para Evaluación Médica Ocupacional

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

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

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

Firmo y dejo huella original para constatar lo mencionado.



Firma manuscrita del paciente

DNI: PER 73314218

Fecha: 13-01-2022



Huella Digital del Paciente

DNI: PER 73314218

Fecha: 13-01-2022

V01



Firma Electrónica del paciente

DNI: PER 73314218

Fecha: 13-01-2022



Huella Electrónica del paciente

DNI: PER 73314218

Fecha: 13-01-2022





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

Nombre Completo: CURMAYARI MOLDONADO ANA CONSUELO	Fecha: 13-01-2022
	DNI: PER 73314218

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)	SI	NO	
	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?	SI	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

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

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 tiroides
✗		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



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA EN LABORATORIO CLINICO

APELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO: Cosmugan Haldonado Ana consuelo  
DNI, PAS O CE: 43314218 EDAD: 23 años  
TELÉFONOS: 900 200260

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 corriente).

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: 43314218  
Fecha: 13-01-2022

## DESISTIMIENTO O REVOCACION

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Persona Responsable

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

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





Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres:

Wimmynei Roldonodet

DNI: 9

## ANTECEDENTES LABORALES

13.01.22  
FECHA:

Firma del Trabajador

## 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 tenía en la empresa?	FECHA	TIEMPO Años / Meses	EXPOSICIÓN		USO DE EPP ¿Usó equipo de protección personal?
							AÑO INICIO	AÑO SALIDA	
1	Dolmatti	embalando	filamento	Obrero	Agosto 2020	0	POLVO	GUANTES	X
					Séptiembre	1	RUIDO	LENTE	X
							DISERGONÓMICO	MASCARILLA	X
							QUÍMICOS	TAPONES / OREJERAS	X
2	Dolmatti	embalando	Filamento	Obrero	Julio 2021	0	BIOLOGICOS	OTROS:	X
						1	POLVO	GUANTES	X
							RUIDO	LENTE	X
							DISERGONÓMICO	MASCARILLA	X
							QUÍMICOS	TAPONES / OREJERAS	X
							OTROS:	OTROS:	X
3									
4									
5									
6									

Veruska Pareto García Urtua  
MEDICO IRANIANO  
Firma del MédicoAcuerdo firmado  
Firma del Trabajador

Firma del Trabajador




MIEMBRO DEL GRUPO **SYNLAB**

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

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

Yo, ana consuelo cozmayari maldonado, identificado con DNI N° 78314218 y fecha de nacimiento 26/07/1998. 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: \_\_\_\_\_ (Identificar a la persona designada con indicación de su DNI)  
 Entregar una copia de los resultados a la Empresa para la cual trabajo o postulo si ésta fuera la solicitante del presente estudio:  
 Nombre de la Empresa: Famolsa  
 Dirección: Faucett

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: Acuerdejew

Fecha: 13 -01 - 2022

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

### SECCIÓN 2. INFORMACION DE LA PRUEBA

#### MOTIVO DE LA PRUEBA

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

#### INDICAR DROGAS A ANALIZAR

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

#### RESPECTO AL KIT DE ANALISIS\*

Nº Lote: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

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

### SECCIÓN 3. INFORMACION DEL MUESTREADOR – TESTIGO

Nombres y Apellidos Eugenio Carlos Ogeye Nº de DNI 00061888  
 Certifico que la muestra corresponde al donante identificado en la sección 1, la cual proporciono si problemas.  
 NOTA: \_\_\_\_\_  
 Firma: Eugenio Carlos Ogeye

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