

Historia Clínica N°	PQ4412-000112			Fecha	Día	18	Mes	01	Año	2022		
Tipo de evaluación	Pre Ocupacional		X	Periódico		Retiro		Otros				
Lugar del examen	Departamento	LIMA		Provincia	LIMA		Distrito					
I. DATOS DE LA EMPRESA												
Razón Social		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C										
Actividad Económica		fabricación de productos de plásticos										
Lugar del Trabajo		Av. Elmer Faucett Nro. 3486										
Ubicación	Departamento	PROV. CONST. DEL CALLAO		Provincia	CALLAO		Distrito	CALLAO				
Puesto al que postula (solo pre ocupacional)				AYUDANTE DE PRODUCCION								
Puesto laboral actual				-								
II.- FILIACIÓN DEL TRABAJADOR												
Nombres y apellidos		EDINSON SILVER SAAVEDRA VASQUEZ										
Fecha de nacimiento		Día	03	Mes	03	Año	1997					
Edad	24	años										
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)				PER 74076480								
Domicilio fiscal												
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje		-										
Número/Departamento/Interior			-			Urbanización			-			
Distrito	-		Provincia	-		Departamento	-					
Residencia en lugar Trabajo	SI	-	NO	X	Tiempo de residencia en Lugar de trabajo				-	años		
ESSALUD	-	EPS	-	OTRO	-	SCTR	-	OTRO	-			
Correo electrónico	EDYSAAVEDRA67@GMAIL.COM				Teléfono			-				
Estado Civil	-				Grado de instrucción			-				
Nº total de hijos vivos	1				Nº de dependientes			1				
III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES												
EMPRESA	Área de trabajo		Ocupación		Fecha		Tiempo	Exposición ocupacional		EPP		
REPRESENTACION MARTIN	ENCHAPE		AYUDANTE		I	Jun 2021	X	posturas, caídas, disergonómicos, movimientos repetitivos, ruido, polvo, cargas, químicos		botas, lentes, ropa, guantes, tapones auditivos, casco, mascarilla		
					F	Dic 2021						
					I							
					F							
					I							
					F							
					I							
					F							
					I							
					F							
					I							
					F							
IV . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES												
Alergias	-	Diabetes		-	TBC	-	Hepatitis :	-				
Asma	-	HTA		-	ITS	-	Tifoidea	-				
Bronquitis	-	Neoplasia		-	Convulsiones	-	Otros	-				
Quemaduras	-											
Cirugías					Intoxicaciones	-	RAM	-				
Descripción												
Hábitos nocivos	Tipo			Cantidad			Frecuencia					

Alcohol	NIEGA	NIEGA	NIEGA
Tabaco	NIEGA	NIEGA	NIEGA
Drogas	NIEGA	NIEGA	NIEGA
Medicamentos		NIEGA	

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

V . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Padre	Niega	Madre			Niega	Hermanos	Niega
Esposo(a)	Niega	Hijos vivos	N°	1	Hijos fallecidos	N°	0

VI . EVALUACIÓN MEDICA											
Anamnesis											
NO REFIERE											
Examen clínico	Talla (cm)	167	Peso (Kg)	64	IMC	22.95	Perímetro abdominal	93			
	Fr. Resp.	18	F. Card.	70	PA	100 / 60	PAmed	73.33			
	Otros	S O2 99 %	FUR: NO APLICA								
Ectoscopia	ABEG/ ABEH/ ABEN										
Estado mental	LOTEP										
EXAMEN FÍSICO											
Organo o Sistomas	Sin Hallazgos	Hallazgos									
Piel		TIBIA, HIDRATADA, ELASTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS NO LESIONES.									
Cabeza / Cabello	X										
Ojos y anexos		Ojos	OD	Normal	OI	Normal					
		Agudeza Visual Cerca	OD	20/20	OI	20/20	Con correctores	OD		OI	
		Agudeza Visual Lejos	OD	20/40	OI	20/50	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						

VII . CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA				
APTO				
VIII . CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS				
TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL				
IX . HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO				
HIPERLIPIDEMIA MIXTA GLICEMIA EN EL LIMITE SUPERIOR				
X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA				
NORMOACUSIA BILATERAL				
XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA				
XII . OTROS				
RIESGO CORONARIO: 3 % - BAJO				
XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL				
1				P D R
2				P D R
3				P D R
4				P D R
5				P D R
OTROS DIAGNÓSTICOS				
6	NORMOACUSIA BILATERAL			P D R Z01.1
7	AMETROPIA LEVE NO CORREGIDA			P D R H52.X
8	EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE NUTRICION: IMC NORMAL			P D R Z13.2
9	DEFORMIDAD DE PIERNAS EN VALGO			P D R M21.0
10	TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL			P D R Z04.9
11	HIPERLIPIDEMIA MIXTA			P D R E78.2
12	GLICEMIA EN EL LIMITE SUPERIOR			P D R R73.9
APTO		APTO CON RESTRICCIONES	X	NO APTO
XIV . RECOMENDACIONES				
<ul style="list-style-type: none"> - SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL. - PACIENTE ES REEVALUADO CON LENTES CORRECTORES CORRIGIENDO A 20/20 EN AMBOS OJOS. SE RECOMIENDA EL USO PERMANENTE DE LOS MISMOS Y CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA - DEBE LLEVAR UNA DIETA SALUDABLE Y REALIZAR EJERCICIO FÍSICO DIARIO POR 30 MINUTOS PARA MANTENER SU PESO ACORDE A SU TALLA. - SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. - SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO. - PACIENTE ACUDE POR ENDOCRINOLOGÍA: SE INDICA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CON METFORMINA Y CAMBIO DE HABITOS SALUDABLES. - PACIENTE ACUDE POR ENDOCRINOLOGÍA: SE INDICA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CON METFORMINA Y CAMBIO DE HABITOS SALUDABLES. DR EDWARD QUIROZ MENDOZA CMP 051508 RNE 029387 				
  Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra Médico Evaluador CMP 70087 DOKTUZ				
Nombre, Firma y Sello del Médico Ocupacional				

**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL
PREOCUPACIONAL**

APELLIDOS Y NOMBRES		SAAVEDRA VASQUEZ EDINSON SILVER		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD				
DNI (<input checked="" type="checkbox"/>)	C.E. (<input type="checkbox"/>)	PER 74076480		
EDAD	24 años			
GÉNERO	MASCULINO			
PUESTO AL QUE POSTULA (SOLO PRE OCUPACIONAL)		AYUDANTE DE PRODUCCION		
EMPRESA		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C	SEDE O PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

CONCLUSIONES

GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH: O POSITIVO

ALTURA ESTRUCTURAL: NO APLICA

ALERGIA: NIEGA

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

FECHA DEL EXAMEN 18-01-2022




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

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO OCUPACIONAL

INFORME MÉDICO

APELLIDOS Y NOMBRES:	SAAVEDRA VASQUEZ EDINSON SILVER		
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
TIPO DE EVALUACION:	PREOCUPACIONAL		
PUESTO	AYUDANTE DE PRODUCCION	AREA DE TRABAJO	OPERACIONES
FECHA DE EVALUACIÓN	18-01-2022	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL
FECHA DE EMISIÓN	18-01-2022		
DNI:	74076480	EDAD:	24 años
SEXO:	MASCULINO	HISTORIA CLÍNICA	PQ4412-000112

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO

Hemoglobina:	16.2 g/dL	Grupo y Factor:	O Positivo	Orina Completa:	NORMAL
Glucosa:	103 mg/dL	Colesterol:	218.7 mg/dL	Triglicéridos	294.6 mg/dL
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA	PSA:	NO APLICA

TRIAJE

Talla:	167 cm.	Peso:	64 kg.	IMC:	22.95 kg/m ²
Presión Arterial:	100/60 mmHg.	Frec. Respiratoria:	18 x minuto.	Frec. Cardiaca:	70 x minuto.

CONCLUSIÓN

- 1.- NORMOACUSIA BILATERAL.
 - 2.- AMETROPIA LEVE NO CORREGIDA
 - 3.- EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE NUTRICION: IMC NORMAL
 - 4.- DEFORMIDAD DE PIERNAS EN VALGO
 - 5.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL
 - 6.- HIPERLIPIDEMIA MIXTA
 - 7.- GLICEMIA EN EL LIMITE SUPERIOR

RECOMENDACIONES

- 1.- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.
 - 2.- PACIENTE ES REEEVALUADO CON LENTES CORRECTORES CORRIGIENDO A 20/20 EN AMBOS OJOS. SE RECOMIENDA EL USO PERMANENTE DE LOS MISMOS Y CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGIA
 - 3.- DEBE LLEVAR UNA DIETA SALUDABLE Y REALIZAR EJERCICIO FÍSICO DIARIO POR 30 MINUTOS PARA MANTENER SU PESO ACORDE A SU TALLA.
 - 4.- SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.
 - 5.- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.
 - 6.- PACIENTE ACUDE POR ENDOCRINOLOGIA: SE INDICA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CON METFORMINA Y CAMBIO DE HABITOS SALUDABLES.
 - 7.- PACIENTE ACUDE POR ENDOCRINOLOGIA: SE INDICA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CON METFORMINA Y CAMBIO DE HABITOS SALUDABLES. DR EDWARD QUIROZ MENDOZA CMP 051508 RNE 029387



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra
Médico Evaluador
CMP 70087
DOKTUZ

Firma y Sello del Responsable de Revisión



Tesalia Medical S.A.C.

RUC: 20600751639

Reevaluación: 22/01/22

EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES SAAVEDRA VASQUEZ EDINSON SILVER EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.
 EDAD 24 FECHA: 18-01-2022
 OCUPACIÓN AYUDANTE DE PRODUCCION LENTES: NO USA
 FECHA ULTIMO CAMBIO _____

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

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

EXAMEN OCULAR EXTERNO :

OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

AGUDEZA VISUAL	SIN LENTES		CON LENTES		AGUJERO ESTENOPEICO	
	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
VISIÓN DE CERCA	20/20	20/20				
VISIÓN DE LEJOS	20/40	20/50	20/20	20/20	20/20	20/20
BINOCULAR	20/40					

REFLEJOS PUPILARES

OD: NORMAL OI: NORMAL

VISIÓN DE COLORES (TEST DE ISHIHARA)	NORMAL	RECONOCIMIENTO DE COLORES	TODOS
VISIÓN DE PROFUNDIDAD	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO	NORMAL

FONDO DE OJO

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

TONOMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

CAMPIMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

OTRAS EVALUACIONES:

NO APLICA

DIAGNÓSTICOS:

(H52.X) AMETROPIA LEVE NO CORREGIDA

Ametropia leve corregida

CDR

Dr. Víctor Dulanto Reinoso
Médico Oftalmólogo
CNP 51129 RNE 23684
DOKTUZ

Nombre, Firma y Sello del Evaluador

Firma y Sello del Médico



Tesalia Medical S.A.C.

RUC: 20600751639

HOJA DE INTERCONSULTA

Paciente : SAAVEDRA VASQUEZ EDINSON SILVER
 Edad : 24 Sexo: F () M (X) Fecha 18-01-2022
 Empresa : PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C
 Puesto al que postula : AYUDANTE DE PRODUCCION

Especialidad a la que se Consulta: ENDOCRINOLOGIA

Motivo de Consulta

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 24 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS CONOCIDOS, ASINTOMATICO, QUIEN CUENTA CON TRIGLICERIDOS 294.6 MG/DL, COLESTEROL TOTAL 218.7 MG/DL Y GLUCOSA BASAL 103 MG/DL. IMC: 22.95 KG/M2

SE SOLICITA EVALUACIÓN Y MANEJO POR SU ESPECIALIDAD.

Diagnóstico	CIE : 10
HIPERLIPIDEDEMIA MIXTA	E78.2
GLICEMIA EN EL LIMITE SUPERIOR	R73.9

Médico Evaluador:

Nombre Completo:
ESTRADA VIZCARRA ANYBEL ROXANA

CMP: 70087 RNE: _____

Firma y Sello



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra
Médico Evaluador
CMP 70087
DOKTUZ

RESPUESTA A LA INTERCONSULTA

Evaluación

Para Prevenir

Diagnóstico CIE : 10

Indicaciones Médicas y Conclusión

Glucemia - Metformina

Restricciones Laborales

Fecha de Reevaluación

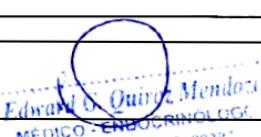
APTITUD: APTO (X) NO APTO ()

Médico Especialista:

Nombre Completo: EDWARD QUIROZ

CMP: _____ RNE: _____

Firma y Sello



Edward Quiroz Mendoza
MEDICO - ENDOCRINOLÓGICO
C.M.P. 51508 RNE 2022

Fecha y Hora de la Evaluación

EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES SAAVEDRA VASQUEZ EDINSON SILVER EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.
 EDAD 24 FECHA: 18-01-2022
 OCUPACIÓN AYUDANTE DE PRODUCCION LENTES: NO USA
 FECHA ULTIMO CAMBIO _____

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

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

EXAMEN OCULAR EXTERNO :

OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

AGUDEZA VISUAL	SIN LENTES		CON LENTES		AGUJERO ESTENOPEICO	
	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
VISIÓN DE CERCA	20/20	20/20				
VISIÓN DE LEJOS	20/40	20/50			20/20	20/20
BINOCULAR	20/40					

REFLEJOS PUPILARES

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

FONDO DE OJO

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

TONOMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

CAMPIMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

OTRAS EVALUACIONES:

NO APLICA

DIAGNÓSTICOS:

(H52.X) AMETROPÍA LEVE NO CORREGIDA



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

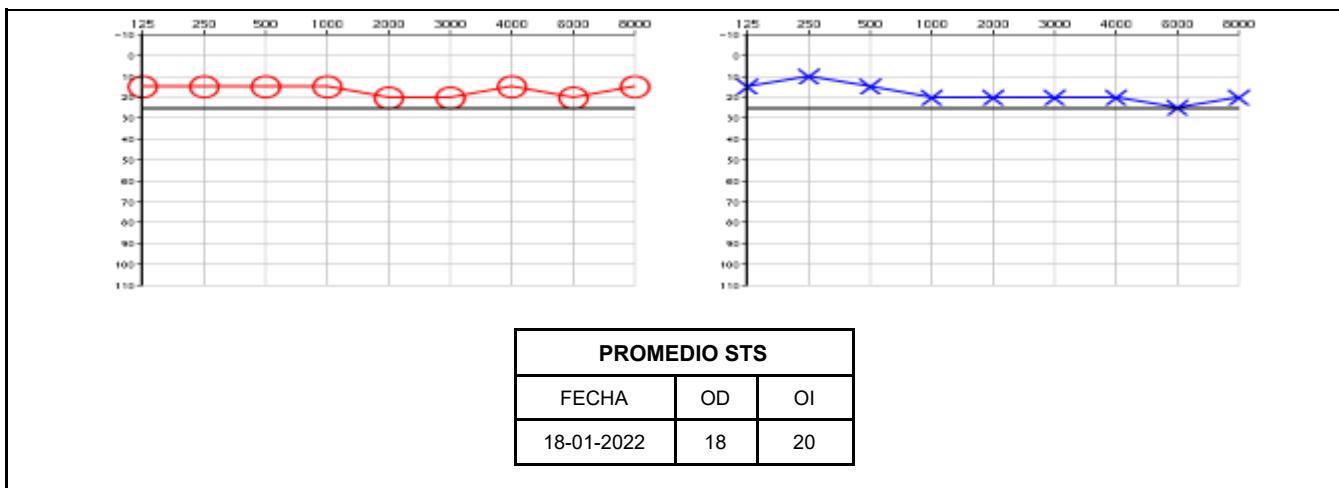
Nombre, Firma y Sello del Evaluador

Firma y Sello del Médico

FICHA AUDIOLÓGICA

Historia clínica		PQ4412-000112	Ficha audiológica				Audiometría	Marca: AMPLIVOX			
Fecha del Examen		18-01-2022	EXAMEN	Pre-ocupacional	X	Periodica		Modelo: 240			
				Retiro		Otro					
Nombres y apellidos		EDINSON SILVER SAAVEDRA VASQUEZ							Nº Serie: 31635 Fecha de Calibración de Equipo: 0000-00-00 Fecha de Calibración Biológica: 18-01-2022		
Edad	24	Sexo	MASCULINO	Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C						
Ocupación	AYUDANTE DE PRODUCCION			Años de Trabajo	1A	Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d			8 HORAS		
Uso de protectores auditivos	Tapones	X	Siempre	Orejeras	X	A Veces	Apreciación al ruido	Ruido muy intenso	Ruido moderado	X	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					
OTOSCOPIA:		Oido Derecho: NORMAL CAE Permeable, Membrana timpánica íntegra Oido Izquierdo: NORMAL CAE Permeable, Membrana timpánica íntegra						



Conclusiones

OIDO DERECHO: Z01.1 NORMOACUSIA

OIDO IZQUIERDO: Z01.1 NORMOACUSIA

Recomendaciones

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



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

Firma y Sello del Responsable de evaluación



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

Firma y Sello del Responsable de Revisión

INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

I.- DATOS GENERALES

PACIENTE	SAAVEDRA VASQUEZ EDINSON SILVER	EDAD	24
LUGAR DE NACIMIENTO		F. NACIMIENTO	03-03-1997
LUGAR DE RESIDENCIA		F. EVALUACIÓN;	18-01-2022
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	GRADO DE INSTRUCCIÓN	
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
ESTADO CIVIL			

II. - MOTIVO DE EVALUACIÓN: PREOCUPACIONAL

III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS:

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

IV.- RESULTADOS DE EVALUACION

1. Nivel Intelectual:	NORMAL PROMEDIO	CI	106
2. Coordinación Visomotriz:	ADECUADO		
3. Nivel de Memoria:	CORTO PLAZO (ADECUADO) MEDIANO PLAZO (ADECUADO) LARGO PLAZO (ADECUADO)		
4. Personalidad:	CON TENDENCIA A LA INTROVERSIÓN		
5. Afectividad:	ESTABLE		
7. Manejo de Factores Psicosociales en el trabajo :	NO SOLICITADO		

V.- CONCLUSIONES

1. **Área Cognitiva:** CON CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN A NIVEL NORMAL PROMEDIO. CON TENDENCIA A LA INTROVERSIÓN, SE MUESTRA OPTIMISTA, DETALLISTA, CON MOTIVACIÓN PARA EL PUESTO Y CON DESEOS DE APRENDER E INTEGRARSE AL EQUIPO DE TRABAJO. NO EVIDENCIA INDICADORES HASTA LA FECHA.
2. **Área Emocional :** ESTABLE
3. **Ansiedad:** AUSENTE

VI.-RECOMENDACIONES

1. SE SUGIERE CONTROL ANUAL EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA.
2. 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 6300
DOKTUS SAC

Firma y Sello del Responsable de la evaluación

FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: SAAVEDRA VASQUEZ EDINSON

EDAD 24

SEXO MASCULINO

SILVER

EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

PUESTO AYUDANTE DE PRODUCCION

FECHA 18-01-2022

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

EVALUACIÓN ESTÁTICA

SEGMENTOS		CARACTERÍSTICAS QUE PRESENTA					
Cabeza	Antepulsión	Antepulsión	Inclinación	Derecha	Rotación	Derecha	
Hombros	Antepulsados	Antepulsión	Elevación de	Ninguno de los hombros	Éscapulas	Alada derecha	
Abdomen	Normal						
Curvaturas Fisiológicas	Cervical	Normal	Dorsal	Normal	Lumbar	Normal	
Pelvis	Retroversión	Rodillas		Valgo			
Pie	Normal X	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

Pueba de Adams Negativo

EXPLORACIÓN

Test específicos	+/-
LASSEGUE	Derecho
	Izquierdo
SCHOBER	-

PALPACIÓN

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

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

EVALUACIÓN DE LA MARCHA

Sí **No**

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

SIGNS Y SÍNTOMAS

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

EXIGENCIAS FÍSICAS

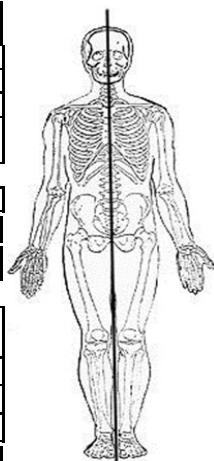
Condición Física (Test de Ruffier)	
Manejo manual de cargas	Es capaz de cargar hasta
Marcha sobre el terreno irregular	
Evaluación de destreza manual	
- Punteado	Errores:
- Palanca	Errores:
Rango Articulares	

RESULTADOS

POSTURA	Óptima
---------	--------

CIE 10 **DIAGNÓSTICO PARA COLUMNA VERTEBRAL**

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

M21.0

DEFORMIDAD DE PIERNAS EN VALGO

Recomendaciones

SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.

OTROS



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo
Terapia Física
CTMP 10444
DOKTUZ

Nombre y Firma del Evaluador



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo
Terapia Física
CTMP 10444
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

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

FICHA MUSCULO ESQUELETICA POR MÉDICO

Nº DE HISTORIA CLINICA	PQ4412-000112			DNI	PER 74076480
APELLIDOS Y NOMBRES	SAAVEDRA VASQUEZ EDINSON SILVER			SEXO	MASCULINO
TIPO DE EXAMEN:	PREOCUPACIONAL				
FECHA DEL EXAMEN	18-01-2022				

I. N° 1: Riesgos

PUESTO OPERATIVO	OPERATIVO	100	ADMINISTRATIVO	0	Horas /días	8/6			
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: SAAVEDRA VASQUEZ EDINSON SILVER

EMPRESA: PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

EDAD: 24

PUESTO: AYUDANTE DE PRODUCCION

SEXO: MASCULINO

INFORME

El estudio radiográfico de tórax realizado muestra:

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

DIAGNÓSTICO:

- (Z01.6) TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL

Lima, 18 de Enero del 2022

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

Firma y Sello del Médico

Paciente:	SAAVEDRA VASQUEZ EDINSON SILVER			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	24 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	18-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000112

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

BIOQUIMICA

GLUCOSA BASAL	103	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	218.7	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	294.6	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:	SAAVEDRA VASQUEZ EDINSON SILVER		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	24 años
Fecha:	18-01-2022	Genero:	MASCULINO

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

HEMATOLOGIA

GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

O
Positivo
NORMAL

5.96 $\times 10^3/\mu\text{L}$

4.5 - 11

FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

62.4 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

0.3 %

0 - 3

BASOFILOS %

0.3 %

0 - 1

MONOCITOS %

7 %

3 - 6

LINFOCITOS %

30 %

24 - 44

SEGMENTADOS

3.71 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

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

0.0 - 0.7

BASOFILOS

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

(0 - 0.09)

MONOCITOS

0.42 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

1.79 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

5.21 $\times 10^6/\mu\text{L}$

4.5 - 5.5

HEMOGLOBINA

16.2 g/dL

13.5 - 17.5

HEMATOCRITO

47.9 %

41 - 53

VCM

91.9 μm^3

80.0 - 100

HCM

31.1 pg

26 - 34

CHCM

33.8 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

304 $\times 10^3/\mu\text{L}$

150.0 - 350

OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	SAAVEDRA VASQUEZ EDINSON SILVER			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO		Edad:	24 años
Fecha:	18-01-2022	Genero:		MASCULINO
	Historia Clínica:		PQ4412-000112	

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

URIANALISIS

CUERPOS CETONICOS	Negativo	0	-	14
<u>EXAMEN COMPLETO DE ORINA</u>				
EXAMEN FISICO:				
COLOR	Amarillo			
ASPECTO	Transparente	TRANSPARENTE		
EXAMEN QUIMICO:				
DENSIDAD	1.015	1.005	-	1.030
pH	7	5	-	8
GLUCOSA	Negativo	NEGATIVO		
PROTEINAS	Negativo	0	-	15
PIGMENTOS BILIARES	Negativo	NEGATIVO		
UROBILINOGENO	Negativo	NEGATIVO		
NITRITOS	Negativo	NEGATIVO		
SANGRE	Negativo	NEGATIVO		
SEDIMENTO URINARIO:				
CELULAS EPITELIALES	Escamosas Escasas			
LEUCOCITOS	1 por campo	0	-	5
HEMATIES	1 por campo	0	-	2
CILINDROS	No se observan			
CRISTALES	No se observan			
OBSERVACIONES				



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

FIRMA

Paciente:	SAAVEDRA VASQUEZ EDINSON SILVER			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	24 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	18-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000112

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



SAAVEDRA VASQUEZ EDINSON SILVER

PER 74076480

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



11

RUTA N

Preocupacional

DNI	74076480	FECHA	18-01-2022
EDAD	24	PERFIL	OPERATIVO 1-NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	P04412-000112	SEXO	MASCULINO
HORA DE INICIO EMO	07:40:28	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE		R.C	
TECNOLOGÍA MÉDICA	Lic. Anton Jabo Janet Elizabeth Tecnólogo Médico		Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL	C.I.M.P. 10444 Yerussa Fernanda García Urrutia MEDICO ENJUJANO G.M. 19975		Examen Medico
PSICOLOGÍA			BARSIT Examen Psicológico
OFTALMOLOGÍA			Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA			Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES			Radiografía de Tórax
ESPIROMETRÍA			ESPIROMETRÍA
LABORATORIO			COLESTEROL TOTAL, ORINA, EXAMEN COMPLETO, Glucosa Ayunas, GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH, HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO, TRIGLICÉRIDOS, COCAINA CUALITATIVA, EXAMEN (MARIHUANA) CUALITATIVO
EXAMENES PENDIENTE			Fecha Programada:
EXAMENES COMPLETADOS		Sello: _____ Iniciales: _____	Fecha: _____

TRIAJE							
Peso	- 64	Talla	- 167	IMC	-	P. Abdominal	- 93
P.A. Sistólica	- 100	P.A. Diastólica	- 60	F. Cardiaca	- 70	F. Respiratoria	- 18
Temperatura	- 36	Sat. O2	- 99				
Cintura	- 90	Cadera	- 102	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 96	P.T. Inspiración	- 98	P.T. Reposo	- 96		

CREADO POR: VELA SANCHEZ GUADALUPE FECHA: 18-01-2022 HORA: 07:39:27

V01



Doktuz 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: SAAVEDRA VASQUEZ EDINSON SILVER
 Fecha de Consentimiento: 18-01-2022
 DNI: PER 74076480

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Dra. Lucy Muñoz Velarde
Coordinadora de Ocupacional - Auditora
CNP 45723 RMA C-0001
DOKTUZ SAC

Firma y sello del médico

V01



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

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

Yo, SAAVEDRA VASQUEZ EDINSON SILVER de 24 años de edad
trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado
con D.N.I./Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 74076480
domiciliado en _____:

Declaro haber sido evaluado/a e informado/a respecto a la evaluación médica ocupacional a la cual me someteré, la cual puede incluir: examen clínico, exámenes de laboratorio, audiometría, electrocardiograma, espirometría, placas radiográficas, examen psicológico, examen odontológico, examen oftalmológico, entre otros (los exámenes que se me realizarán pueden variar, y dependerán del perfil médico que mi empresa designe para mi puesto).

Así mismo declaro haber sido informado:

- Sobre mis derechos referentes al acceso a mi historia clínica y de ser informado de manera veraz por el médico responsable de mi evaluación, todo esto en concordancia con los **Artículos 5º, segundo párrafo; Artículos 13º, 25º, 27º y 29º de la Ley General de Salud N° 26842 y; Ley de Protección de Datos Personales N° 29733.**
- De manera previa, inequívoca y detallada sobre la finalidad de la Evaluación Médica, bajo qué principios y leyes será tratada mi información, a quiénes será derivada, expresando mi consentimiento de forma libre y autorizando el envío de mis resultados al responsable del área médica ocupacional de la empresa .
- Sobre el canal de atención al cliente que pone a mi disposición Doktuz: **contacto@doktuz.com**, medio por el cual podré ejercer mis derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición que me brinda la Ley de Protección de Datos Personales – Ley 29733.

Nombre de Paciente: SAAVEDRA VASQUEZ EDINSON SILVER
DNI: PER 74076480
Fecha de Autorización: 18-01-2022

Firma del paciente




Huella digital del paciente

 Dra. Lucy Mampuia Valderrama
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora
CNP 45724 - RNC 04081
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: CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO	Fecha de Emisión: 2017-MAY-16
		Página: 1 de 1

CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO

Yo, SAAVEDRA VASQUEZ EDINSON SILVER, identificado (a) con DNI N° PER 74076480, 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 efectúe 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: Eduardo Ach

Firma S

FECHA : 10 / 01 / 22
DIA MES AÑO

V01



 Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751639	DIRECCIÓN MÉDICA Título: AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICAS	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, SAAVEDRA VASQUEZ EDINSON SILVER Identificado con D.N.I.

Nº PER 74076480 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 18-01-2022:

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

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

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

Firmo y dejo huella original para constatar lo mencionado.



Firma manuscrita del paciente

DNI: PER 74076480

Fecha: 18-01-2022



Firma Electrónica del paciente

DNI: PER 74076480

Fecha: 18-01-2022



Huella Digital del Paciente

DNI: PER 74076480

Fecha: 18-01-2022



Huella Electrónica del paciente

DNI: PER 74076480

Fecha: 18-01-2022

V01



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

Nombre Completo: SAAVEDRA VASQUEZ EDINSON SILVER	Fecha: 18-01-2022
	DNI: PER 74076480

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

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

Describa en caso de tener alguna respuesta positiva:

8 Marque si tuvo o tiene alguna enfermedad detallada en la siguiente relación	
si	no
<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de cabeza frecuentemente
<input checked="" type="checkbox"/>	Migraña
<input checked="" type="checkbox"/>	Fibromialgias
<input checked="" type="checkbox"/>	Lumbalgias a repetición
<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de columna
<input checked="" type="checkbox"/>	Hernia del núcleo pulposo
<input checked="" type="checkbox"/>	Ciática
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad de la columna
<input checked="" type="checkbox"/>	Epilepsia o convulsiones
<input checked="" type="checkbox"/>	Vértigo/mareos
<input checked="" type="checkbox"/>	Parálisis facial
<input checked="" type="checkbox"/>	Desórdenes del Sistema nervioso
<input checked="" type="checkbox"/>	Desmayos
<input checked="" type="checkbox"/>	Pérdida de conciencia
<input checked="" type="checkbox"/>	Depresión
<input checked="" type="checkbox"/>	Intento de suicidio
<input checked="" type="checkbox"/>	Tuberculosis Pulmonar
<input checked="" type="checkbox"/>	Asma bronquial
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfisema
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad pleural
<input checked="" type="checkbox"/>	Tos con sangrado (espuma en sangre)
<input checked="" type="checkbox"/>	Disminución de la audición (sordera)
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad del oído
<input checked="" type="checkbox"/>	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 solo 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 falso grave).

FIRMA DEL TRABAJADOR	HUELLA
	

Yerussa Pareja Gaitán Urutia
MEDICO EVALUADOR

Firma y sello del Médico Evaluador

V01



Doktuz

Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres:

SAAVEDRA VASQUEZ EDINSON

ANTECEDENTES LABORALES



DNI: 74076480

FECHA:

18/01/22

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Nº	EMPRESA (Nombre de la empresa que trabajó)	ACTIVIDAD DE LA EMPRESA (A qué se dedicaba la empresa)	ÁREA DE TRABAJO (En qué área estuvo)	OCCUPACIÓN O CARGO ¿Qué ocupación, cargo o puesto tenías en la empresa?	FECHA AÑO INICIO	TIEMPO Años / Meses	EXPOSICIÓN	USO DE EPP ¿Usó equipo de protección personal?			
								AÑO SALIDA	RUIDO	LENTES	MASCARILLA
1	JUPARO PÉRÚ	ALMACEN	AUXILIAR	09/09/80 2 Meses	AÑO SALIDA	MESES: QUÍMICOS	TAPONES / OREJERAS	15/11/20 2 Meses	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	REPRESENTACIÓN ENCHAPE DE MELAMINA MARTIN	PRODUCCION	AYUDANTE	14/06/91	AÑO SALIDA	MESES: QUÍMICOS	OTROS: RUIDO	31/12/21 8 MESES BIOLÓGICOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3					AÑO SALIDA	MESES: QUÍMICOS	TAPONES / OREJERAS	AÑO INICIO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4					AÑO SALIDA	MESES: QUÍMICOS	OTROS: RUIDO	AÑO INICIO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5					AÑO SALIDA	MESES: QUÍMICOS	TAPONES / OREJERAS	AÑO INICIO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6					AÑO SALIDA	MESES: QUÍMICOS	OTROS: RUIDO	AÑO INICIO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Yerusa Paola García Urúa

MÉDICO CIVIL
C.M. 61325

Firma del Médico

Firma del Trabajador



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA EN LABORATORIO CLINICO

APELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO: Saavedra Vásquez Edinson Silver
DNI, PAS O CE: 74076480 EDAD: 24
TELÉFONOS: 912227306

MENCIONE A CONTINUACIÓN SI ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO
(ENCIERRE EN UN CÍRCULO SU RESPUESTA)

SI NO NOMBRE (S) DEL MEDICAMENTO (S): _____
CERTIFICO QUE:

Conozco y entiendo satisfactoriamente el procedimiento que me han de practicar para la toma de muestras; me han aclarado las dudas, además soy consciente que existen riesgos durante el procedimiento; Tales como:

1. Sangrado excesivo
2. Desmayo o sensación de mareo
3. Hematoma (acumulación de sangre debajo de la piel)
4. Infección (menos frecuente y se presenta cuando hay ruptura excesiva de la piel).
5. Parestesia (sensación de hormigueo y/o corrientazo).

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

Informo que cumple con las condiciones pre analíticas necesarias para obtener un resultado confiable: X 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: 74076480
Fecha: 18/01/22

DESISTIMIENTO O REVOCACION

Yo, Edinson Saavedra Vásquez, 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: 74076480
Fecha: 18/01/22




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

Yo, Edinson Silber Saavedra Vargas, identificado con DNI N° 74076480, identificado con DNI N° 74076480, y fecha de nacimiento 03/02/97, Certifico haber sido informado y acepto el procedimiento para la toma de muestra de orina, así como también doy mi consentimiento para la investigación de drogas de abuso por parte del laboratorio SYNLAB PERÚ S.A.C.

SYNLAB PERÚ S.A.C queda autorizado para:

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

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: 

Fecha: 18/11/22

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

SECCIÓN 2. INFORMACION DE LA PRUEBA
MOTIVO DE LA PRUEBA

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

INDICAR DROGAS A ANALIZAR

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

RESPECTO AL KIT DE ANALISIS* N° Lote: _____ Fecha de vencimiento: _____

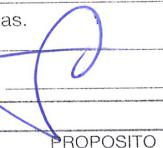
*Solo cuando se trata de test rápido para entrega inmediata de los resultados

SECCIÓN 3. INFORMACION DEL MUESTREADOR – TESTIGO

Nombres y Apellidos Edwin Silber Saavedra Vargas N° de DNI 74076480

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

NOTA: _____

Firma 

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

FECHA	MUESTRA ENTREGADA POR	MUESTRA RECIBIDA POR	PROPOSITO
	Firma: _____ Nombre: _____	Firma: _____ Nombre: _____	
	Firma: _____ Nombre: _____	Firma: _____ 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.