

Historia Clínica N°	PQ4412-000088			Fecha	Día	13	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		MELANNY SUSAN UTRILLA FARFAN									
Fecha de nacimiento		Día	19	Mes	06	Año	1998				
Edad	23	años									
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)					PER 75171977						
Domicilio fiscal											
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje		MZ G LT 11 AAHH VILLA VENTANILLA									
Número/Departamento/Interior			-			Urbanización			-		
Distrito	CALLAO		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		UTRILLAMELANNY1@GMAIL.COM				Teléfono		930619762			
Estado Civil		SOLTERO				Grado de instrucción		TECNICO COMPLETO			
Nº total de hijos vivos		0				Nº de dependientes		0			
III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES											
EMPRESA	Área de trabajo		Ocupación		Fecha		Tiempo	Exposición ocupacional		EPP	
CONFITECA DEL PERU	PRODUCCION		OPERARIO DE PRODUCCION		I	Ago 2021		polvo, ruido, posturas, caídas, disergonómicos, movimientos repetitivos		orejeras, casco, mascarilla, tapones auditivos, guantes, botas, lentes, ropa	
					F	Oct 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	X				
Quemaduras	-										
Cirugías	X			Intoxicaciones	-	RAM	-				
RETIRO DE HEMANGIOMA - 2003 - HOSPITAL CARRION											
Descripción	1. COVID19 (2020/04) DX PRUEBA ANTIGENA. TRATAMIENTO DOMICILIARIO. DESCANSO MEDICO POR 14 DIAS. SIN COMPLICACIONES NI SECUELAS										

Antecedentes Ginecológicos:

Fecha ultima Regla	12-01-2022	Gestaciones	0	Hijos VIVOS	0	Hijos muertos	0
Régimen Catamenial	IRREGULAR	Método anticonceptivo	AMPOLLA MENSUAL				
Hábitos nocivos	Type	Cantidad	Frecuencia				
Alcohol	CERVEZA	1-2	POCO				
Tabaco	NIEGA	NIEGA	NIEGA				
Drogas	NIEGA	NIEGA	NIEGA				
Medicamentos	NIEGA						

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

V . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

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

VI . EVALUACIÓN MEDICA											
Anamnesis											
NO REFIERE											
Examen clínico	Talla (cm)	148	Peso (Kg)	61	IMC	27.85	Perímetro abdominal	92			
	Fr. Resp.	18	F. Card.	62	PA	110 / 70	PAmed	83.33			
	Otros	S O2 99 %	FUR: 12-01-2022								
Ectoscopia	ABEG/ ABEH/ ABEN										
Estado mental	LOTEP										
EXAMEN FÍSICO											
Organo o Sistemas	Sin Hallazgos	Hallazgos									
Piel		TIBIA, HIDRATADA, ELASTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS NO LESIONES.									
Cabeza / Cabello	X										
Ojos y anexos		Ojos	OD	Normal	OI	Normal					
		Agudeza Visual Cerca	OD	20/20	OI	20/20	Con correctores	OD		OI	
		Agudeza Visual Lejos	OD	20/20	OI	20/20	Con correctores	OD		OI	
		Fondo de ojo	OD	NO REALIZADO	OI	NO REALIZADO	Visión de colores	OD	NORMAL	OI	NORMAL
		Visión de profundidad	NORMAL								
		Exámen ocular externo	OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION								
Oidos	X										
Nariz	X										
Boca	X										
Faringe	X										
Laringe	X										
Cuello	X										
Aparato Respiratorio	X										
Aparato Cardiovascular	X										
Aparato Genitourinario	X										
Aparato Locomotor	X										
Marcha	X										
Columna	X										
Abdomen	X										
Hernias	X										
Tacto Rectal		DIFERIDO									
Lenguaje	X										
Ganglios	X										
Varices	X										
Reflejos Osteotendinosos	X										
Miembros superiores	X										
Miembros inferiores	X										
Sistema linfático	X										
Sistema nervioso	X										
					 Dra. Daviangeila Saireth Rausseo Portillo Médico Ocupacional CMP 093927 DOKTUZ						
Nombre, Firma del Trabajador					Nombre, Firma y Sello del Médico Evaluador						

VII . CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA							
APTO							
VIII . CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS							
TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL							
IX . HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO							
OTROS HALLAZGOS ANORMALES EN LA ORINA: HEMATURIA (MENSTRUACION)							
X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA							
NORMOACUSIA BILATERAL							
XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA							
XII . OTROS							
XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL						CIE-10	
1				P	D	R	
2				P	D	R	
3				P	D	R	
4				P	D	R	
5				P	D	R	
OTROS DIAGNÓSTICOS							
6	NORMOACUSIA BILATERAL			P	D	R	Z01.1
7	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE			P	D	R	Z01.0
8	SOBREPESO			P	D	R	E67.X
9	DEFORMIDAD DE PIERNAS EN VALGO			P	D	R	M21.0
10	TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL			P	D	R	Z04.9
11	OTROS HALLAZGOS ANORMALES EN LA ORINA: HEMATURIA (MENSTRUACION)			P	D	R	R82.9
APTO	X	APTO CON RESTRICCIONES		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. - SU AGUDEZA VISUAL ES OPTIMA. NO OLVIDE REALIZAR UN CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA. - SE LE SUGIERE UNA DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, INCREMTE LA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS, NO OLVIDE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA. ACUDA A NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA PARA SU EVALUACIÓN. - 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. - SE LE SUGIERE REPETIR EXAMEN DE ORINA EN UNA SEMANA. 							
  <p>Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra Médico Evaluador CMP 70087 DOKTUZ</p>							
Nombre, Firma y Sello del Médico Ocupacional							

**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL
PREOCUPACIONAL**

APELLIDOS Y NOMBRES		UTRILLA FARFAN MELANNY SUSAN		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD				
DNI (<input checked="" type="checkbox"/>)	C.E. (<input type="checkbox"/>)	PER 75171977		
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: O POSITIVO
 ALTURA ESTRUCTURAL: NO APLICA
 ALERGIA: NIEGA

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

FECHA DEL EXAMEN 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:	UTRILLA FARFAN MELANNY SUSAN					
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:	75171977	EDAD:	23 años	SEXO:	FEMENINO	HISTORIA CLÍNICA
						PQ4412-000088

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO							
Hemoglobina:	13.4 g/dL	Grupo y Factor:	O Positivo		Orina Completa: ANORMAL		
Glucosa:	94 mg/dL	Colesterol:	136.4 mg/dL		Triglicéridos	57.3 mg/dL	
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA		PSA:	NO APLICA	

TRIAJE					
Talla:	148 cm.	Peso:	61 kg.	IMC:	27.85 kg/m ²
Presión Arterial:	110/70 mmHg.	Frec. Respiratoria:	18 x minuto.	Frec. Cardiaca:	62 x minuto.

<u>CONCLUSIÓN</u>					
1.- NORMOACUSIA BILATERAL.					
2.- EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE					
3.- SOBREPESO					
4.- DEFORMIDAD DE PIERNAS EN VALGO					
5.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL					
6.- OTROS HALLAZGOS ANORMALES EN LA ORINA: HEMATURIA (MENSTRUACION)					

<u>RECOMENDACIONES</u>					
1.- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.					
2.- SU AGUDEZA VISUAL ES OPTIMA. NO OLVIDE REALIZAR UN CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.					
3.- 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 ENDOCRINOLÓGÍA PARA SU EVALUACIÓN.					
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.- SE LE SUGIERE REPETIR EXAMEN DE ORINA EN UNA SEMANA.					




Firma y Sello del Responsable de Revisión

EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES UTRILLA FARFAN MELANNY SUSAN EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.
 EDAD 23 FECHA: 13-01-2022
 OCUPACIÓN AYUDANTE DE PRODUCCION LENTES: NO USA
 FECHA ULTIMO CAMBIO _____

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

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

EXAMEN OCULAR EXTERNO :

OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

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

REFLEJOS PUPILARES

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

OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
VISIÓN DE PROFUNDIDAD	NORMAL

FONDO DE OJO

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

TONOMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

CAMPIMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

OTRAS EVALUACIONES:

NO APLICA

DIAGNÓSTICOS:

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



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

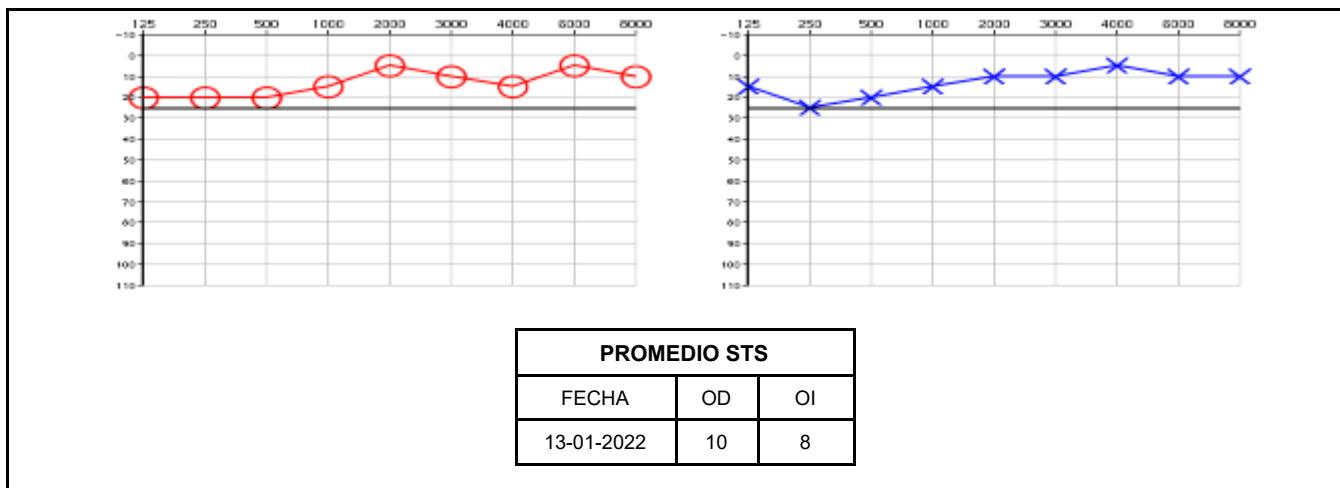
Nombre, Firma y Sello del Evaluador

Firma y Sello del Médico

FICHA AUDIOLÓGICA

Historia clínica	PQ4412-000088	Ficha audiológica				Audiometría	Marca: AMPLIVOX				
Fecha del Examen	13-01-2022	EXAMEN	Pre-ocupacional	<input checked="" type="checkbox"/>	Periodica			Modelo: 240			
			Retiro		Otro			Nº Serie: 31635 Fecha de Calibración de Equipo: 0000-00-00 Fecha de Calibración Biológica: 13-01-2022			
Nombres y apellidos		MELANNY SUSAN UTRILLA FARFAN									
Edad	23	Sexo	FEMENINO	Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C						
Ocupación	AYUDANTE DE PRODUCCION			Años de Trabajo	2 AÑOS	Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d			8 HORAS		
Uso de protectores auditivos	Tapones	<input checked="" type="checkbox"/>	Siempre	Orejeras	<input checked="" type="checkbox"/>	Siempre	Apreciación al ruido	Ruido muy intenso	Ruido moderado	Ruido no molesto	<input checked="" type="checkbox"/>

ANTECEDENTES Relacionados		SI	NO	SINTOMAS actuales			SI	NO
Exposición a ruido		<input checked="" type="checkbox"/>		Disminución de la audición				<input checked="" type="checkbox"/>
Consumo de tabaco			<input checked="" type="checkbox"/>	Acúfenos				<input checked="" type="checkbox"/>
Servicio militar			<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de oídos				<input checked="" type="checkbox"/>
Hobbies con exposicion a ruido		<input checked="" type="checkbox"/>		Zumbidos				<input checked="" type="checkbox"/>
Exposición laboral a químicos			<input checked="" type="checkbox"/>	Mareos				<input checked="" type="checkbox"/>
Infección de oídos			<input checked="" type="checkbox"/>	Infección de oído				<input checked="" type="checkbox"/>
Uso de ototóxicos			<input checked="" type="checkbox"/>	Exposición reciente a ruidos en las últimas 18 horas				<input checked="" type="checkbox"/>
Traumatismo encéfalo craneano, Meningitis			<input checked="" type="checkbox"/>	Otros				<input checked="" type="checkbox"/>
Trauma acústico			<input checked="" type="checkbox"/>					
Parotiditis			<input checked="" type="checkbox"/>					
Deportes Acuáticos			<input checked="" type="checkbox"/>					
Parálisis Facial			<input checked="" type="checkbox"/>					
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	UTRILLA FARFAN MELANNY SUSAN	EDAD	23
LUGAR DE NACIMIENTO	Prov. Const. Del Callao Callao Callao	F. NACIMIENTO	19-06-1998
LUGAR DE RESIDENCIA	MZ G LT 11 AAHH VILLA VENTANILLA	F. EVALUACIÓN;	13-01-2022
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	GRADO DE INSTRUCCIÓN	TECNICO COMPLETO
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
ESTADO CIVIL	SOLTERO		

II. - MOTIVO DE EVALUACIÓN: PREOCUPACIONAL

III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS:

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

IV.- RESULTADOS DE EVALUACION

1. Nivel Intelectual:	NORMAL PROMEDIO	CI	110
2. Coordinación Visomotriz:	ADECUADO		
3. Nivel de Memoria:	CORTO PLAZO (ADECUADO) MEDIANO PLAZO (ADECUADO) LARGO PLAZO (ADECUADO)		
4. Personalidad:	LOGRA ESTABLECER EQUILIBRIO ENTRE SUS TENDENCIAS DE INTROVERSIÓN Y EXTROVERSIÓN.		
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, CON UN BUEN NIVEL CONFIANZA ADECUADO EN SUS CAPACIDADES, ORDENADA, EXIGENTE CONSIGO MISMA Y ORIENTADA A LA BÚSQUEDA DE RESULTADOS. 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. SEGUIR REFORZANDO SUS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO FRENTE A LAS ADVERSIDADES.

VII.- CONDICIÓN:

APTO



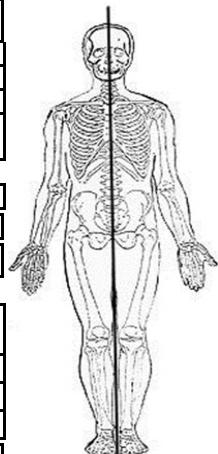

Lic. Isabel Gonzales Brair
Psicóloga
CPSP 6380
DOKTUS SAC

Firma y Sello del Responsable de la evaluación

FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: UTRILLA FARFAN MELANNY SUSAN EDAD 23 SEXO FEMENINO
 EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C PUESTO AYUDANTE DE PRODUCCION FECHA 13-01-2022

ACTIVIDAD LABORAL:	De pie			PRESENTA DOLOR	NO						
EVALUACIÓN ESTÁTICA											
SEGMENTOS											
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					
Pelvis	Retroversión	Rodillas	Valgo								
Pie	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Cavo	No	Plano	No						
MOVILIDAD - DOLOR											
Columna vertebral	Flexión	Extensión	Lateralización Derecha	Lateralización Izquierda	Rotación derecha	Rotación izquierda					
Cervical	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no					
Dorsal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no					
Lumbar	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no					
Puebla de Adams	Negativo										



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

Articulación	Abducción	Adducción	Flexion	Extensión	Rot. Ext.	Rot. Int.	limitación funcional	Irrad.	Alt. Masa Muscular
Hombro	Der.	0	0	0	0	0	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

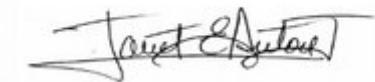
EVALUACIÓN DE LA MARCHA		Sí	No	SIGLOS Y SÍNTOMAS		
Realiza el contacto inicial con apoyo de talón.	X			GRADO 0	Ausencia de signos y síntomas.	
Movimiento armónico de rodilla, tobillo y pie	X			GRADO 1	Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva.	
La longitud del paso es simétrico.	X			GRADO 2	Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización.	
Presenta claudicación de uno de los miembros inferiores	X			GRADO 3	Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión.	
Integración de ambos hemicuerpos	X			GRADO 4	Grado 3 más limitación funcional evidente clínicamente.	
Tipo de pisada	Normal					

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

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

N° DE HISTORIA CLINICA

PQ4412-000088

APELLIDOS Y NOMBRES

UTRILLA FARFAN MELANNY SUSAN

DNI

PER 75171977

TIPO DE EXAMEN:

PREOCUPACIONAL

SEXO

FEMENINO

FECHA DEL EXAMEN

13-01-2022

I. N° 1: Riesgos

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

SEDENTA	0	BIPEDESTACIÓN	100
---------	---	---------------	-----

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

POSTURA

SEDENTA	0	BIPEDESTACIÓN	100
---------	---	---------------	-----

POSTURA FORZADA

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

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

¿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. Daviangelia Saireth Rausseo Portillo
Médico Ocupacional
CMP 093927
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

INFORME RADIOGRÁFICO

PACIENTE: UTRILLA FARFAN MELANNY SUSAN

EMPRESA: PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

EDAD: 23

PUESTO: AYUDANTE DE PRODUCCION

SEXO: FEMENINO

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:	UTRILLA FARFAN MELANNY SUSAN			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	23 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	13-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000088

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

BIOQUIMICA

GLUCOSA BASAL	94	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	136.4	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	57.3	mg/dL	Normal < 150 mg/dL Nivel Límite: 150 - 199 mg/dL Nivel Alto: > 200 mg/dL

OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	UTRILLA FARFAN MELANNY SUSAN		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	23 años
Fecha:	13-01-2022	Historia Clínica:	PQ4412-000088

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

HEMATOLOGIA

GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

O
Positivo
NORMAL

6.91 $\times 10^3/\mu\text{L}$

4.5 - 11

FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

61.7 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

4.3 %

0 - 3

BASOFILOS %

0.3 %

0 - 1

MONOCITOS %

5.8 %

3 - 6

LINFOCITOS %

27.9 %

24 - 44

SEGMENTADOS

4.26 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

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

0.0 - 0.7

BASOFILOS

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

(0 - 0.09)

MONOCITOS

0.4 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

1.93 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

4.23 $\times 10^6/\mu\text{L}$

4 - 4.9

HEMOGLOBINA

13.4 g/dL

12.0 - 16

HEMATOCRITO

37.8 %

36 - 46

VCM

89.4 μm^3

80.0 - 100

HCM

31.7 pg

26 - 34

CHCM

35.4 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

255 $\times 10^3/\mu\text{L}$

150.0 - 350

OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	UTRILLA FARFAN MELANNY SUSAN		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	23 años
Fecha:	13-01-2022	Genero:	FEMENINO

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

URIANALISIS

CUERPOS CETONICOS	Negativo	0	-	14
<u>EXAMEN COMPLETO DE ORINA</u>				
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	Negativo			NEGATIVO
SANGRE	25			NEGATIVO
SEDIMENTO URINARIO:				
CELULAS EPITELIALES	Escamosas Regular Cantidad			
LEUCOCITOS	2 por campo	0	-	5
HEMATIES	15 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:	UTRILLA FARFAN MELANNY SUSAN			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	23 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	13-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000088

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:	UTRILLA FARFAN MELANNY SUSAN			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	23 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	13-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000088

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



UTRILLA FARFAN MELANNY SUSAN

PER 75171977

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



RUTA N

Preocupacional

DNI	75171977	FECHA	13-01-2022
EDAD	23	PERFIL	OPERATIVO 1-NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4412-000088	SEXO	FEMENINO
HORA DE INICIO EMO	07:21:40	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES	
TRIAJE		J.L.		
TECNOLOGÍA MÉDICA	Lic. Anton Jabo Janet Elizabeth Tecnólogo Médico C.T.M.P. 10444		Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo	
MEDICINA GENERAL	Dra. Damangel X. Russo P. MÉDICO CIRUJANO C.M.P. 093923		Examen Medico	
PSICOLOGÍA		S.S.	BARSIT	
			Examen Psicologico	
OFTALMOLOGÍA			Examen Oftalmológico Ocupacional	
AUDIOMETRÍA			Audiometria Aerea y Osea	
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES			Radiografía de Tórax	
ESPIROMETRÍA			ESPIROMETRÍA	
LABORATORIO			HCG CUALITATIVO (PRUEBA DE EMBARAZO), COLESTEROL TOTAL, ORINA, EXAMEN COMPLETO, Glucosa Ayunas, GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH, HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO, TRIGLICÉRIDOS, COCAÍNA CUALITATIVA, EXAMEN (MARIHUANA) CUALITATIVO	
EXAMENES PENDIENTE			Fecha Programada:	
EXAMENES COMPLETADOS			Sello:	Iniciales:
				Fecha:

TRIAJE							
Peso	- 61	Talla	- 148	IMC	-	P. Abdominal	- 92
P.A. Sistólica	- 110	P.A. Diastólica	- 70	F. Cardiaca	- 62	F. Respiratoria	- 18
Temperatura	- 36.4	Sat. O2	- 99				
Cintura	- 86	Cadera	- 103	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 99	P.T. Inspiración	- 104	P.T. Reposo	- 99		

CREADO POR: VELA SANCHEZ GUADALUPE FECHA: 13-01-2022 HORA: 07:21:06

V01



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

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICAS

Yo, UTRILLA FARFAN MELANNY SUSAN Identificado con D.N.I.
N° PER 75171977 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 75171977
Fecha: 13-01-2022



Huella Digital del Paciente

DNI: PER 75171977
Fecha: 13-01-2022

V01



Firma Electrónica del paciente
DNI: PER 75171977
Fecha: 13-01-2022



Huella Electrónica del paciente

DNI: PER 75171977
Fecha: 13-01-2022



 <p>Tesalia Medical S.A.C. RUC: 29500751639</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 PRODUCCIÓN**, 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 periodo 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:

UTRILLA FARFAN MELANNY SUSAN

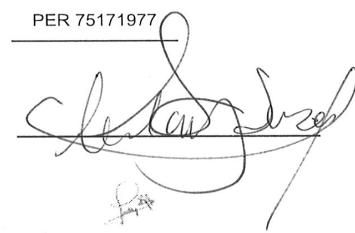
Fecha de Consentimiento:

13-01-2022

DNI:

PER 75171977

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Dra. Lucy Murúa Valdivia
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora
CNP 25723 - RNE 04081
DOKTUZ SAC

Firma y sello del médico

V01



 Doktuz Tessla 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

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

Yo, UTRILLA FARFAN MELANNY SUSAN de 23 años de edad
trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado
con D.N.I./Pasaporte/ Carnet de Extranjeria N° PER 75171977
domiciliado en MZ G LT 11 AAHH VILLA VENTANILLA :

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:

UTRILLA FARFAN MELANNY SUSAN

DN:

PER 75171977

Fecha de Autorización:

13-01-2022

Firma del paciente

John Suny



Huella digital del paciente

Firma y sello del médico

v01



 Tessalia 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, UTRILLA FARFAN MELANNY SUSAN, identificado (a) con DNI N° PER 75171977, el día del mes de: del año: , declaro en forma libre y voluntaria que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósitos de las pruebas que me realizarán por lo tanto autorizo expresamente al Centro Médico de la empresa con razón social: Tesalia Medical S.A.C. y con nombre comercial: Doktuz, para que efectué las pruebas necesarias para detectar en mi muestra de orina la presencia de Drogas de abuso.

A su vez, se me asegura la confidencialidad de los resultados y el debido asesoramiento por parte del médico a cargo del examen ocupacional.



HUELLA

FIRMA
LEY N° 26842 Art. 4

DATOS DEL PROFESIONAL TESTIGO:

NOMBRE:

Ester Sub

Firma

FECHA 13 / 01 / 22
DIA MES AÑO

V01



 Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751639	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-005.02
	Título: DECLARACIÓN JURADA DE NO GESTANTE PARA REALIZACIÓN DE EXAMENES RADIOGRÁFICOS EN MUJERES	Fecha de Emisión: 2017-MAY-16
		Página: 1 de 1

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

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

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

Nombres y Apellidos: MELANNY SUSAN UTRILLA FARFAN
 Fecha de Declaración: 13-01-2022
 DNI: PER 75171977

Firma del paciente

V01



HUELLA DEL PACIENTE



Doktuz

Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres:

Utrilla Fernández Melany Susan

ANTECEDENTES LABORALES



FECHA: 13-01-22.

FECHA:

DNI: 75171974

FECHA:

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Nº	EMPRESA (Nombre de la empresa que trabajó)	ACTIVIDAD DE LA EMPRESA (A qué se dedicaba la empresa)	ÁREA DE TRABAJO (En qué área estuvo)	OCUPACIÓN O CARGO ¿Qué ocupación, cargo o puesto tenías en la empresa?	FECHA	TIEMPO Años / Meses	EXPOSICIÓN	USO DE EPP ¿Usó equipo de protección personal?	
								AÑO INICIO	AÑOS:
1	<u>Confitería del Perú S.A</u>	<u>Producción de Confites (Cocoado, chicle, chupetes, etc)</u>	<u>Empaque Manual</u>	<u>Operaria de Producción</u>	<u>Agosto 2021</u>	<u>1</u>	<u>RUIDO</u>	<u>LENTES</u>	<u>MASCARILLA</u>
2	<u>Inversiones PAEM</u>	<u>Producción de Fresal Mermeladas (Jugo, etc)</u>	<u>Diversos Áreas.</u>	<u>Operaria de Producción</u>	<u>Junio 2020</u>	<u>2</u>	<u>DISERGONÓMICO</u>	<u>OTROS:</u>	<u>TAPONES / OREJERAS</u>
3					<u>Junio 2021</u>	<u>6</u>	<u>BIOLÓGICOS</u>	<u>LENTES</u>	<u>MASCARILLA</u>
4					<u>Junio 2021</u>	<u>6</u>	<u>DISERGONÓMICO</u>	<u>OTROS:</u>	<u>TAPONES / OREJERAS</u>
5					<u>Junio 2021</u>	<u>6</u>	<u>DISERGONÓMICO</u>	<u>OTROS:</u>	<u>TAPONES / OREJERAS</u>
6					<u>Junio 2021</u>	<u>6</u>	<u>DISERGONÓMICO</u>	<u>OTROS:</u>	<u>TAPONES / OREJERAS</u>

Dr. Juan Manuel S. Aguirre
MEDICO CIRUJANO
CNP: 093323

Firma del Médico

Utrilla Fernández Melany Susan
Firma del Trabajador



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

Nombre Completo: UTRILLA FARFAN MELANNY SUSAN	Fecha: 13-01-2022
	DNI: PER 75171977

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

SÍ	NO	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza frecuentemente
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migraña
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibromialgias
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lumbalgias a repetición
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de columna
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia del núcleo pulposo
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ciática
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la columna
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia o convulsiones
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vértigo/mareos
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parálisis facial
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desórdenes del Sistema nervioso
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de conciencia
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intento de suicidio
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis Pulmonar
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma bronquial
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pleural
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos con sangrado (espuma en sangre)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disminución de la audición (sordera)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del oído
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Movilidad limitada de extremidades

SÍ	NO	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades renales
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidente cerebro vascular (derrame)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Isquemia o infartos
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arritmias o enfermedades cardíacas
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia a medicamentos
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades oculares como glaucoma o catarata.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión monocular (con un sólo ojo)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroideas
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades articulares (artritis, artrosis)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumalismo
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la piel
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia abdominal
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia inguinal
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del hueso
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desórdenes de la coagulación
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras enfermedades o condiciones no descritas:

Toda información que he proporcionado es verdadera, no habiendo omitido ningún dato de forma involuntaria. (Proporcionar falso es una infracción contra la ley).

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

V01


Dr. Danyangui S. Rousseu P.
 MÉDICO CIRJUANO
 C.M.P: 093923

Firma y sello del Médico Evaluador



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA EN LABORATORIO CLINICO

APELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO: Utrilla Farfan Melanny Susan
DNI, PAS O CE: 75174937 EDAD: 23 años
TELÉFONOS: 930 619 762

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

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

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

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

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

Informo que cumple con las condiciones pre analíticas necesarias para obtener un resultado confiable: SI NO

He sido informado que debo mantener mi brazo en reposo y si no hago una presión constante por un lapso de 5 a 10 minutos en la zona de punción venosa se podría producir un Hematoma.

Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que sea tomado el examen. Una vez entendido, autorizo que se me realice el procedimiento de toma y análisis de muestras, por lo tanto, firmo en constancia el presente documento.

Certifico que he leído y comprendido todo lo anterior y que los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre voluntad.

Firma del Paciente o Persona Responsable
Documento de Identidad: 75174937
Fecha: 13-01-22

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: _____





MIEMBRO DEL GRUPO SYNLAB

9

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION DE DROGAS DE ABUSO

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

Yo, Melanny Susan Utapua Forcín, identificado con DNI N° 75171974, y fecha de nacimiento 19-06-98, Certifico haber sido informado y acepto el procedimiento para la toma de muestra de orina, así como también doy mi consentimiento para la investigación de drogas de abuso por parte del laboratorio SYNLAB PERÚ S.A.C. SYNLAB PERÚ S.A.C queda autorizado para:

- Entregar los resultados únicamente a mi persona
 Entregar los resultados a: _____ DNI: _____
 Entregar una copia de los resultados a la Empresa para la cual trabajo o postulo si ésta fuera la solicitante del presente estudio:
Nombre de la Empresa: Pomolsa.
Dirección: Av. Elmer Fauret.

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: 13-01-22

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

SECCIÓN 2. INFORMACION DE LA PRUEBA

MOTIVO DE LA PRUEBA

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

INDICAR DROGAS A ANALIZAR

- Marihuana Cocaína Anfetamina Metanfetamina Barbitúricos
 Benzodiacepinas Metadona Morfina Phencyclidine 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 Eder Acosta OcejoNº de DNI 44062888

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 _____