

Historia Clínica N°	PQ4415-000006			Fecha	Día	15	Mes	01	Año	2022	
Tipo de evaluación	Pre Ocupacional	X	Periódico		Retiro		Otros				
Lugar del examen	Departamento	LIMA		Provincia	LIMA		Distrito				
<b>I. DATOS DE LA EMPRESA</b>											
Razón Social		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C									
Actividad Económica		fabricación de productos de plásticos									
Lugar del Trabajo		Av. Elmer Faucett Nro. 3486									
Ubicación	Departamento	PROV. CONST. DEL CALLAO		Provincia	CALLAO		Distrito	CALLAO			
Puesto al que postula (solo pre ocupacional)				OPERADOR AUXILIAR DE MONTACARGA							
Puesto laboral actual				-							
<b>II.- FILIACIÓN DEL TRABAJADOR</b>											
Nombres y apellidos		ALFONSO ALEXIS GIAMPIERE ZEGARRA TORREJON									
Fecha de nacimiento		Día	20	Mes	06	Año	1992				
Edad	29	años									
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)					PER 70901265						
<b>Domicilio fiscal</b>											
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje	MZ. K LT. 10 AAHH HIJOS DE VENTANILLA ZONA 1 AMPLIACION										
Número/Departamento/Interior			-		Urbanización				-		
Distrito	VENTANILLA		Provincia	CALLAO		Departamento	PROV. CONST. DEL CALLAO				
Residencia en lugar Trabajo		SI		NO	X	Tiempo de residencia en Lugar de trabajo					años
ESSALUD	-	EPS	-	OTRO		-	SCTR	-	OTRO	-	
Correo electrónico		FALIANCISTA.20@GMAIL.COM				Teléfono			-		
Estado Civil		CASADO				Grado de instrucción			SECUNDARIA COMPLETA		
Nº total de hijos vivos		2				Nº de dependientes			2		
<b>III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES</b>											
EMPRESA	Área de trabajo		Ocupación			Fecha	Tiempo	Exposición ocupacional	EPP		
AJINOMOTO	ALMACEN		OPERADOR DE MONTACARGAS			I	Ene 2021	X	posturas, caídas, polvo, ruido, movimientos repetitivos, ergonomicos, disergonomicos, cargas, turnos, turnos nocturnos	botas, lentes, ropa, guantes, tapones auditivos, casco, mascarilla	
						F	Dic 2021				
NEXO LUBRICANTES	DESPACHO		OPERADOR DE MONTACARGA			I	Set 2019	X	posturas, caídas, disergonomicos, polvo, ruido, movimientos repetitivos, vibración total, cargas, químicos	botas, lentes, ropa, guantes, tapones auditivos, casco, mascarilla	
						F	Ene 2020				
DINET	OPERACIONES		OPERADOR DE MONTACARGA			I	Ene 2017	X	caídas, posturas, disergonomicos, polvo, ruido, movimientos repetitivos, vibración total, cargas, químicos	botas, lentes, ropa, guantes, tapones auditivos, casco, mascarilla	
						F	Set 2019				
				I							
				F							
				I							
				F							
				I							
				F							

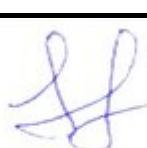
**IV . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES**

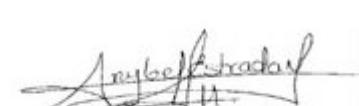
Alergias	-	Diabetes	-	TBC	-	Hepatitis :	-
Asma	-	HTA	-	ITS	-	Tifoidea	-
Bronquitis	-	Neoplasia	-	Convulsiones	-	Otros	-
Quemaduras			-				
Cirugías		-		Intoxicaciones	-	RAM	-
Descripción							
Hábitos nocivos		Tipo		Cantidad		Frecuencia	
Alcohol		CERVEZA		SOCIAL		POCO	
Tabaco		CIGARRILLOS		SOCIAL		POCO	
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°	2	Hijos fallecidos	N°	0

VI . EVALUACIÓN MEDICA											
Anamnesis											
NO REFIERE											
Examen clínico	Talla (cm)	163	Peso (Kg)	82	IMC	30.86	Perímetro abdominal	101			
	Fr. Resp.	18	F. Card.	79	PA	90 / 50	PAmed	63.33			
	Otros	S O2 97 %	FUR: NO APLICA								
Ectoscopia	ABEG/ ABEH/ ABEN										
Estado mental	LOTEP										
<b>EXAMEN FÍSICO</b>											
<b>Organo o Sistemas</b>	<b>Sin Hallazgos</b>	<b>Hallazgos</b>									
Piel		TIBIA, HIDRATADA, ELASTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS. HIPERQUERATOSIS SUBUNGUEAL CON DESCAMACIÓN EN UNAS DE LOS PRIMEROS DEDOS DE PIES.									
Cabeza / Cabello	X										
Ojos y anexos		Ojos	OD	Normal	OI	Normal					
		Agudeza Visual Cerca	OD	20/20	OI	20/20	Con correctores	OD		OI	
		Agudeza Visual Lejos	OD	20/30	OI	20/30	Con correctores	OD	20/20	OI	20/20
		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										
					 <b>Dra. Yerussa Paredes García Urrutia</b> Médico Cirujano CMP 69925 DOKTUZ						
Nombre, Firma del Trabajador					Nombre, Firma y Sello del Médico Evaluador						

<b>VII . CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA</b> APTO CON RESTRICCIONES : DETERMINAR DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO POR CALIDAD DE SUEÑO Y SU ABORDAJE EN LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL.						
<b>VIII . CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS</b> TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL						
<b>IX . HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO</b> EXAMEN DE LABORATORIO DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES						
<b>X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRICA</b> NORMOACUSIA BILATERAL						
<b>XI . CONCLUSIÓN DE SPIROMETRÍA</b> NO APLICA						
<b>XII . OTROS</b> RIESGO CORONARIO: 2 % - BAJO						
<b>XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL</b>						
1				P	D	R
2				P	D	R
3				P	D	R
4				P	D	R
5				P	D	R
OTROS DIAGNÓSTICOS						
6	NORMOACUSIA BILATERAL			P	D	R
7	AMETROPIA LEVE CORREGIDA			P	D	R
8	OBESIDAD TIPO I			P	D	R
9	CALIDAD DE SUEÑO POR PITTSBURGH: DIFICULTAD MODERADA POR PSICOLOGIA			P	D	R
10	TIÑA DE LAS UÑAS DE LOS PIES			P	D	R
11	EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL			P	D	R
12	TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL			P	D	R
13	EXAMEN DE LABORATORIO DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES			P	D	R
APTO	X	APTO CON RESTRICCIONES		NO APTO		
<b>XIV . RECOMENDACIONES</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.</li> <li>- SE LE SUGIERE CONTINUAR CON EL USO DE SUS LENTES CORRECTORES Y EL CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA</li> <li>- PACIENTE ACUDE POR ESPECIALIDAD: SE INDICAN MEDIDAS HIGIENICO DIETETICAS, NO REQUIERE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO. CONTROL EN 6 MESES.</li> <li>- SE SUGIERE ASISTIR AL ESPECIALISTA POR PROBLEMAS DE SUEÑO DIURNO. REEVALUACIÓN OCUPACIONAL EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA EN 6 MESES.</li> <li>- EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIÓ ALTERACIÓN EN LAS UÑAS DEL PIE. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR DERMATOLOGÍA.</li> <li>- SE LE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS REGULARES (30 MINUTOS DIARIOS Y 5 VECES POR SEMANA) Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. LE AYUDARÁN A PREVENIR MOLESTIAS OSTEOMUSCULARES.</li> <li>- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.</li> <li>- SU EXAMEN DE LABORATORIO ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.</li> </ul>						
  <p>Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra Médico Evaluador CMP 70087 DOKTUZ</p>						
Nombre, Firma y Sello del Médico Ocupacional						

**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL  
PREOCUPACIONAL**

APELLIDOS Y NOMBRES		ZEGARRA TORREJON ALFONSO ALEXIS GIAMPIERE		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD				
DNI ( <input checked="" type="checkbox"/> )	C.E. ( <input type="checkbox"/> )	PER 70901265		
EDAD	29 años			
GÉNERO	MASCULINO			
PUESTO AL QUE POSTULA (SOLO PRE OCUPACIONAL)		OPERADOR AUXILIAR DE MONTACARGA		
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 15-01-2022




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:	ZEGARRA TORREJON ALFONSO ALEXIS GIAMPIERE		
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
TIPO DE EVALUACION:	PREOCUPACIONAL		
PUESTO	OPERADOR AUXILIAR DE MONTACARGA	AREA DE TRABAJO	OPERACIONES
FECHA DE EVALUACIÓN	15-01-2022	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL
FECHA DE EMISIÓN	16-01-2022		
DNI:	70901265	EDAD:	29 años
SEXO:	MASCULINO	HISTORIA CLÍNICA	PQ4415-000006

## **EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO**

<b>Hemoglobina:</b>	14 g/dL	<b>Grupo y Factor:</b>	O Positivo	<b>Orina Completa:</b>	NORMAL
<b>Glucosa:</b>	98 mg/dL	<b>Colesterol:</b>	138.9 mg/dL	<b>Triglicéridos</b>	122.2 mg/dL
<b>Col. HDL:</b>	NO APLICA	<b>Col. LDL:</b>	NO APLICA	<b>PSA:</b>	NO APLICA

## **TRIAJE**

**Talla:** 163 cm.      **Peso:** 82 kg.      **IMC:** 30.86 kg/m<sup>2</sup>  
**Presión Arterial:** 90/50 mmHg.      **Frec. Respiratoria:** 18 x minuto.      **Frec. Cardiaca:** 79 x minuto.

## **CONCLUSIÓN**

- 1.- NORMOACUSIA BILATERAL.
  - 2.- AMETROPIA LEVE CORREGIDA
  - 3.- OBESIDAD TIPO I
  - 4.- CALIDAD DE SUEÑO POR PITTSBURGH: DIFICULTAD MODERADA POR PSICOLOGIA
  - 5.- TIÑA DE LAS UÑAS DE LOS PIES
  - 6.- EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL
  - 7.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL
  - 8.- EXAMEN DE LABORATORIO DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES

## **RECOMENDACIONES**

- 1.- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.
  - 2.- SE LE SUGIERE CONTINUAR CON EL USO DE SUS LENTES CORRECTORES Y EL CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA
  - 3.- PACIENTE ACUDE POR ESPECIALIDAD: SE INDICAN MEDIDAS HIGIENICO DIETETICAS, NO REQUIERE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO. CONTROL EN 6 MESES.
  - 4.- SE SUGIERE ASISTIR AL ESPECIALISTA POR PROBLEMAS DE SUEÑO DIURNO. REEVALUACIÓN OCUPACIONAL EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA EN 6 MESES.
  - 5.- EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIÓ ALTERACIÓN EN LAS UÑAS DEL PIE. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR DERMATOLOGÍA.
  - 6.- 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.
  - 7.- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.
  - 8.- SU EXAMEN DE LABORATORIO ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra  
Médico Evaluador  
CMP 70087  
DOKTUZ

---

Firma y Sello del Responsable de Revisión



Tesalia Medical S.A.C.

RUC: 20600751639

HOJA DE INTERCONSULTA

Paciente	ZEGARRA TORREJON ALFONSO ALEXIS GIAMPIERE	Sexo:	F ( ) M (X)	Fecha	15-01-2022
Edad	29				
Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C				
Puesto al que postula	OPERADOR AUXILIAR DE MONTACARGA				

Especialidad a la que se Consulta: ENDOCRINOLOGIA

Motivo de Consulta

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 29 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS CONOCIDOS, ASINTOMATICO, QUIEN CUENTA CON IMC 30.86 KG/M2 Y RESULTADOS DE BIOQUIMICA DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES

SE SOLICITA EVALUACION Y MANEJO POR SU ESPECIALIDAD.

Diagnóstico  
OBESIDAD TIPO I

CIE : 10  
E66.9

Médico Evaluador:

Nombre Completo:  
ESTRADA VIZCARRA ANYBEL ROXANA

CMP: 70087

RNE:

Firma y Sello

Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra  
Médico Evaluador  
CMP 70087  
DOKTUS

RESPUESTA A LA INTERCONSULTA

Evaluación

Paciente Varón observado por exceso de peso. Nieta a molestias.

Diagnóstico

Obesidad Grado I E66.9

Indicaciones Médicas y Conclusión

- Necesitas higieneco - dietéticas.

Restricciones Laborales

Apto para realizar sus funciones

Fecha de Reevaluación Unto en 6 meses

APTITUD: APTO ( ) NO APTO ( )

Médico Especialista:

Nombre Completo: Dra. Violeta Chávez Cordero  
CMP: 29823 RNE: 22908

Firma y Sello

Dra. Violeta Chávez Cordero  
MEDICO CIRUJANO

ENDOCRINOGA

CMP 29823 - RNE. 22908





Tesalia Medical S.A.C.

RUC: 20600751639

## MEDIDAS HIGIENICO-DIETETICAS

Nombre: ZEGARRA TORREJON ALFONSO ALEXIS GIAMPIERE

Fecha: 17 ENERO 2022

### ALIMENTACION:

- Disminuir azúcar (si edulcorantes: stevia)
- Evitar frituras y grasas (pollo broster, salchipapas, hamburguesas, embutidos, mayonesa, cachangas, churros, tequeños, etc)
- Disminuir Harinas: pan (incluye bizcochos, galletas, kekes, panetón), arroz, papa, fideos, yuca, menestra, trigo, mashca, cancha, mote, choclo, camote, etc.
- Frutas: 205-300 grs x porción, 2 a 3 porciones por dia, no extractos. Evitar: plátano, mango, uva, chirimoya, guanábana, piña Golden.
- Verduras: todo lo que quiera (lechuga, cebolla, pepinillo, brócoli, coliflor, col, col china, holantao, germinados, espinacas, albahaca, alcachofa, espárragos, pimentón, etc.
- Agua, infusiones sin azúcar: todo lo que quiera.
- Evitar licores, gaseosas, frugos.

ACTIVIDAD FISICA: Mínimo 30 minutos por dia

Caminar, bailar, bicicleta, deportes, etc.



### EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES ZEGARRA TORREJON ALFONSO ALEXIS GIAMPIERE EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.  
 EDAD 29 FECHA: 15-01-2022  
 Ocupación OPERADOR AUXILIAR DE MONTACARGA LENTES: LEJOS  
 FECHA ULTIMO CAMBIO HACE 1 AÑO

#### 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	20/30	20/30	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:

(H52.X) AMETROPIA LEVE CORREGIDA



---

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

---

Nombre, Firma y Sello del Evaluador

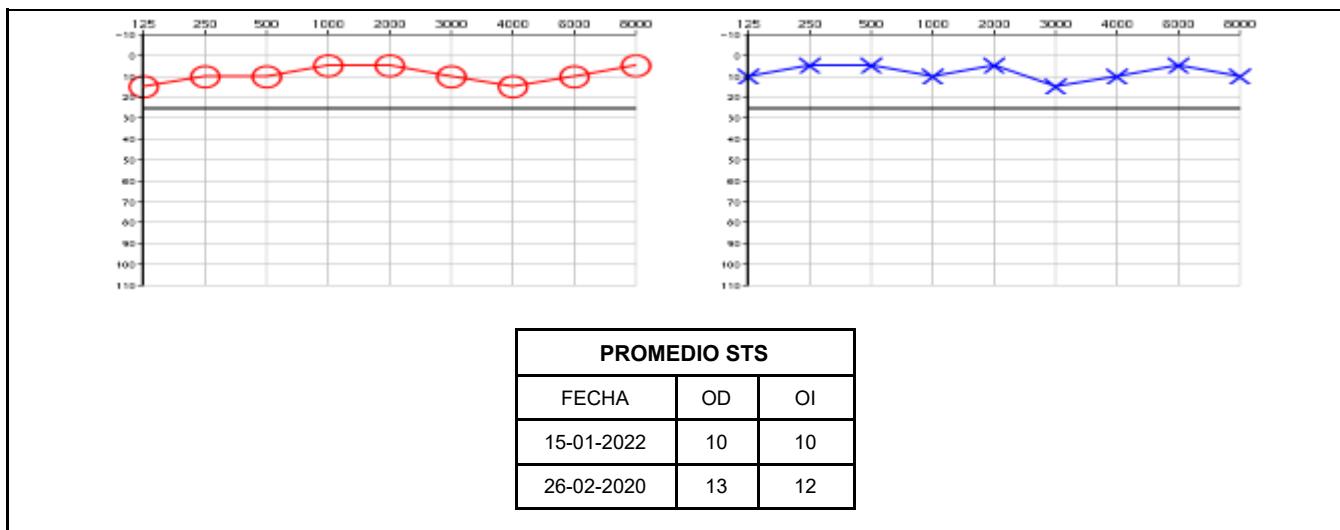
---

Firma y Sello del Médico

### FICHA AUDIOLÓGICA

Historia clínica	PQ4415-00006	Ficha audiológica				Audiometría	Marca: AMPLIVOX						
Fecha del Examen	15-01-2022	EXAMEN	Pre-ocupacional	X	Periodica			Modelo: 240					
			Retiro		Otro			Nº Serie: 31635 Fecha de Calibración de Equipo: 0000-00-00 Fecha de Calibración Biológica: 15-01-2022					
Nombres y apellidos		ALFONSO ALEXIS GIAMPIERE ZEGARRA TORREJON											
Edad	29	Sexo	MASCULINO	Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C								
Ocupación	OPERADOR AUXILIAR DE MONTACARGA			Años de Trabajo	6A	Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d			8 HORAS				
Uso de protectores auditivos	Tapones	X	A Veces	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					
<b>OTOSCOPIA:</b>		Oido Derecho: NORMAL CAE Permeable, Membrana timpánica íntegra Oido Izquierdo: NORMAL CAE Permeable, Membrana timpánica íntegra						



#### Conclusiones

OIDO DERECHO: Z01.1 NORMOACUSIA  
OIDO IZQUIERDO: Z01.1 NORMOACUSIA

#### Recomendaciones

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



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

**Firma y Sello del Responsable de evaluación**



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

**Firma y Sello del Responsable de Revisión**

## INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

### I.- DATOS GENERALES

<b>PACIENTE</b>	ZEGARRA TORREJON ALFONSO ALEXIS GIAMPIERE	<b>EDAD</b>	29
<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>	Prov. Const. Del Callao Callao Ventanilla	<b>F. NACIMIENTO</b>	20-06-1992
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>	MZ. K LT. 10 AAHH HIJOS DE VENTANILLA ZONA 1 AMPLIACION	<b>F. EVALUACIÓN;</b>	15-01-2022
<b>PUESTO DE TRABAJO</b>	OPERADOR AUXILIAR DE MONTACARGA	<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	SECUNDARIA COMPLETA
<b>EMPRESA</b>	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
<b>ESTADO CIVIL</b>	CASADO		

### II. - MOTIVO DE EVALUACIÓN: PREOCUPACIONAL

### III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS:

PRESENTACIÓN	Adecuado	(X)	Inadecuado	( )		
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	102
2. Coordinación Visomotriz:	ADECUADO		
3. Nivel de Memoria:	CORTO PLAZO (ADECUADO) MEDIANO PLAZO (ADECUADO) LARGO PLAZO (ADECUADO)		
4. Personalidad:	CON TENDENCIA A LA INTROVERSIÓN		
5. Afectividad:	ESTABLE		
6. Cuestionario de Pittsburgh:	DIFICULTAD MODERADA		
7. Manejo de Factores Psicosociales en el trabajo :	NO SOLICITADO		
9. Cuestionario De Pittsburgh :	DIFICULTAD MODERADA		
	Cansancio emocional: BAJO		
10. Cuestionario De Maslach-Burnout :	Despersonalización BAJO		
	Realización personal MEDIO		
11. Cuestionario De Epworth :	NO PRESENTA INDICADORES DE FATIGA Y SOMNOLENCIA DIURNO.		

### V.- CONCLUSIONES

1. Área Cognitiva:	CON CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN A NIVEL NORMAL PROMEDIO. MUESTRA CAPACIDAD DE ANÁLISIS Y SINTEZA PARA REALIZAR FUNCIONES DE SU PUESTO LABORAL DE MANERA ÓPTIMA. SE EVIDENCIA INDICADORES DE DIFICULTAD EN LA CALIDAD DE SUEÑO EN LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL.
2. Área Emocional :	ESTABLE
3. Ansiedad:	AUSENTE

### VI.-RECOMENDACIONES

1. SE SUGIERE ASISTIR AL ESPECIALISTA POR PROBLEMAS DE SUEÑO DIURNO. REEVALUACIÓN OCUPACIONAL EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA EN 6 MESES.
2. TRATE DE ORGANIZAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS, CON EL FIN DE QUE PUEDA TENER UN MEJOR DESCANSO MENTAL Y PUEDA OBTENER UN BUEN DESEMPEÑO LABORAL.
3. PARTICIPE EN TALLERES DE HABILIDADES SOCIALES PARA CONTINUAR CON SU CRECIMIENTO PERSONAL PREVINIENDO SITUACIONES DE CONFLICTO.

### VII.- CONDICIÓN:

APTO CON RESTRICCIONES : DETERMINAR DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO POR CALIDAD DE SUEÑO Y SU ABORDAJE EN LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL.



Lic. Isabel Gonzales Brair  
Psicóloga  
CPSP 6380  
DOKTUZ SAC

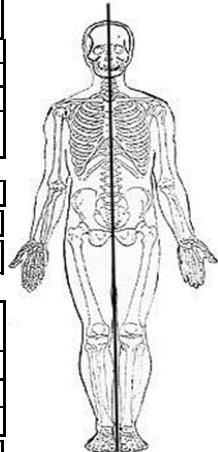
**Firma y Sello del Responsable de la evaluación**

## FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: ZEGARRA TORREJON ALFONSO  
EDAD 29 SEXO MASCULINO  
ALEXIS GIAMPIERE

EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C PUESTO OPERADOR AUXILIAR DE MONTACARGA FECHA 15-01-2022

ACTIVIDAD LABORAL:	Sedestación/De pie			PRESENTA DOLOR	NO						
<b>EVALUACIÓN ESTÁTICA</b>											
<b>SEGMENTOS</b>											
Cabeza	Antepulsión	Antepulsión	Inclinación	No presenta	Rotación	No presenta					
Hombros	Antepulsados	Antepulsión	Elevación de	Ninguno de los hombros	Éscapulas	Normal					
Abdomen	Normal										
Curvaturas Fisiológicas	Cervical	Normal	Dorsal	Normal	Lumbar	Normal					
Pelvis	Normal	Rodillas	Normal								
Pie	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Cavo	No	Plano	No						
<b>MOVILIDAD - DOLOR</b>											
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	
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		

SIGNOS 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:	Aciertos:	Tiempo en el Acierto:
- Palanca	Errores:	Tiempo de Error:	Tiempo de Prueba:
Rango Articulares			

### RESULTADOS

POSTURA Óptima

CIE 10	DIAGNÓSTICO PARA COLUMNA VERTEBRAL
Z04.9	EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL

<b>Recomendaciones</b>	SE LE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES FISICAS REGULARES (30 MINUTOS DIARIOS Y 5 VECES POR SEMANA) Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. LE AYUDARÁN A PREVENIR MOLESTIAS OSTEO MUSCULARES.
<b>EXTREMIDADES</b>	
Z04.9	EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL
<b>Recomendaciones</b>	SE LE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES FISICAS REGULARES (30 MINUTOS DIARIOS Y 5 VECES POR SEMANA) Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. LE AYUDARÁN A PREVENIR MOLESTIAS OSTEO MUSCULARES.
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

PQ4415-000006

APELLIDOS Y NOMBRES

ZEGARRA TORREJON ALFONSO ALEXIS  
GIAMPIERE

DNI

PER 70901265

TIPO DE EXAMEN:

PREOCUPACIONAL

SEXO

MASCULINO

FECHA DEL EXAMEN

15-01-2022

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 Frinkelstein	Der	-	Hallux Valgus	Der	-
	Izq	-		Izq	-

### COLUMNA VERTEBRAL

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

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

#### EJE LATERAL

Eje lateral	Normal	Derecha	Izquierda
Dorsal	X		
Lumbar	X		

## EXAMEN FÍSICO

## MOVILIDAD - DOLOR

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

PALPACIÓN (Marque con una X)

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

MANIOBRA RADICULO /DISCOPASTÍAS

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

REFLEJOS

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

**Mutilación de Miembro****NO**

## III. N° 3: Comentarios.

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**

## **INFORME**

El estudio radiográfico de tórax realizado muestra:

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

## **DIAGNÓSTICO:**

- (Z01.6) TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL

Lima, 15 de Enero del 2022

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

---

**Firma y Sello del Médico**

Paciente:	ZEGARRA TORREJON ALFONSO ALEXIS GIAMPIERE			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	29 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	15-01-2022	Historia Clínica:		PQ4415-000006

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

**BIOQUIMICA**

GLUCOSA BASAL	98	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	138.9	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	122.2	mg/dL	Normal < 150 mg/dL Nivel Límite: 150 - 199 mg/dL Nivel Alto: > 200 mg/dL

**OBSERVACIONES**



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

---

FIRMA

Paciente:	ZEGARRA TORREJON ALFONSO ALEXIS GIAMPIERE			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	29 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	15-01-2022	Historia Clínica:		PQ4415-000006

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

## HEMATOLOGIA

### GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

### HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

O  
Positivo  
NORMAL

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

4.5 - 11

### FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

53.8 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

3.8 %

0 - 3

BASOFILOS %

0.6 %

0 - 1

MONOCITOS %

9.8 %

3 - 6

LINFOCITOS %

32 %

24 - 44

SEGMENTADOS

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

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

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

0.0 - 0.7

BASOFILOS

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

(0 - 0.09)

MONOCITOS

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

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

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

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

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

4.5 - 5.5

HEMOGLOBINA

14 g/dL

13.5 - 17.5

HEMATOCRITO

43.1 %

41 - 53

VCM

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

80.0 - 100

HCM

29.4 pg

26 - 34

CHCM

32.5 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

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

150.0 - 350

### OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	ZEGARRA TORREJON ALFONSO ALEXIS GIAMPIERE			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	29 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	15-01-2022	Historia Clínica:		PQ4415-000006

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

#### URIANALISIS

CUERPOS CETONICOS	Negativo	0 - 14
<b>EXAMEN COMPLETO DE ORINA</b>	NORMAL	
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	
<b>OBSERVACIONES</b>		

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

**FIRMA**

Paciente:	ZEGARRA TORREJON ALFONSO ALEXIS GIAMPIERE			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	29 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	15-01-2022	Historia Clínica:		PQ4415-000006

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**



ZEGARRA TORREJON ALFONSO

ALEXIS GIAMPIERE

PER 70901265

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



RUTA N

**Preocupacional**

DNI	70901265	FECHA	15-01-2022
EDAD	29	PERFIL	OPERATIVO 4 -NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4415-000006	SEXO	MASCULINO
HORA DE INICIO EMO	07:21:18	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	OPERADOR AUXILIAR DE MONTACARGA	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE		R-C	
TECNOLOGÍA MÉDICA	Lic. Antón Jabo Janet Elizabeth Tecnólogo Médico C.T.M.P. 16444		Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL	Yerussa Velasquez Garcia Urrutia MEDICO CIRUJANO M.P. 69925		Examen Medico
PSICOLOGÍA			CUESTIONARIO DE PITTSBURGH BARSIT Examen Psicológico Maslach (Burnout, Stress) Test de Somnolencia y Fatiga - Epworth
OFTALMOLOGÍA		A-O	Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA			Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES			Radiografía de Tórax
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	- 82	Talla	- 163	IMC	-	P. Abdominal	- 101
P.A. Sistólica	- 90	P.A. Diastólica	- 50	F. Cardiaca	- 79	F. Respiratoria	- 18
Temperatura	- 36	Sat. O2	- 97				
Cintura	- 99	Cadera	- 110	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 103	P.T. Inspiración	- 106	P.T. Reposo	- 108		

CREADO POR: VELA SANCHEZ GUADALUPE FECHA: 15-01-2022 HORA: 07:05:54

V01



 Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751629	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, ZEGARRA TORREJON ALFONSO ALEXIS GIAMPIERE Identificado con D.N.I  
Nº PER 70901265 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 15-01-2022:

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 70901265  
 Fecha: 15-01-2022



Firma Electrónica del paciente

DNI: PER 70901265  
 Fecha: 15-01-2022



Huella Digital del Paciente  
 DNI: PER 70901265  
 Fecha: 15-01-2022



Huella Electrónica del paciente  
 DNI: PER 70901265  
 Fecha: 15-01-2022

V01



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

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICAS

Yo, ZEGARRA TORREJON ALFONSO ALEXIS GIAMPIERE Identificado con D.N.I.  
Nº PER 70901265 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 15-01-2022:

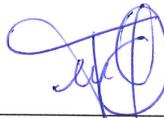
1. Consentimiento Informado para Evaluación Médica Ocupacional

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 70901265

Fecha: 15-01-2022



Firma Electrónica del paciente

DNI: PER 70901265

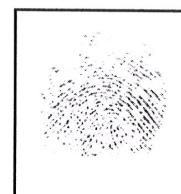
Fecha: 15-01-2022



Huella Digital del Paciente

DNI: PER 70901265

Fecha: 15-01-2022



Huella Electrónica del paciente

DNI: PER 70901265

Fecha: 15-01-2022

V01



 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 **OPERADOR AUXILIAR DE MONTACARGA**, 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. Filación (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. Nº 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:

ZEGARRA TORREJON ALFONSO ALEXIS GIAMPIERE

Fecha de Consentimiento:

15-01-2022

DNI:

PER 70901265

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Dra. Ludy Muñiz Valdivila  
Coordinadora de Evaluación Ocupacional - Auditora  
CNP 45724 - RNA 0-0081  
DOKTUZ SAC

Firma y sello del médico

V01



<b>Doktuz</b> Tesisal 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, ZEGARRA TORREJON ALFONSO ALEXIS GIAMPIERE de 29 años de edad  
trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado  
con D.N.I./Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 70901265  
domiciliado en MZ. K LT. 10 AAHH HIJOS DE VENTANILLA ZONA 1  
AMPLIACION:

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:

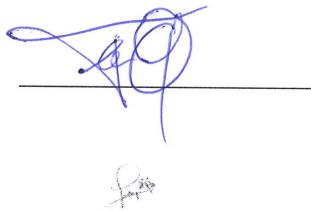
- Sobre mis derechos referentes al acceso a mi historia clínica y de ser informado de manera veraz por el médico responsable de mi evaluación, todo esto en concordancia con los **Artículos 5º, segundo párrafo; Artículos 13º, 25º, 27º y 29º de la Ley General de Salud N° 26842 y; Ley de Protección de Datos 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: ZEGARRA TORREJON ALFONSO ALEXIS GIAMPIERE

DNI: PER 70901265

Fecha de Autorización: 15-01-2022

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Dra. Luisa Munguia Valdivia  
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora  
CNP 45724 - RNA 01081  
DOKTUZ SAC

Firma y sello del médico  
V01



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

Nombre Completo: ZEGARRA TORREJON ALFONSO ALEXIS GIAMPIERE	Fecha:	15-01-2022
	DNI:	PER 70901265

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

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

Describa en caso de tener alguna respuesta positiva:

8 Marque si tuvo o tiene alguna enfermedad detallada en la siguiente relación	
SI	NO
Dolor de cabeza frecuentemente	
Migraña	
Fibromialgias	
Lumbalgias a repetición	
Dolor de columna	
Hernia del núcleo pulposo	
Ciática	
Enfermedad de la columna	
Epilepsia o convulsiones	
Vértigo/mareos	
Parálisis facial	
Desórdenes del Sistema nervioso	
Desmayos	
Pérdida de conciencia	
Depresión	
Intento de suicidio	
Tuberculosis Pulmonar	
Asma bronquial	
Enfisema	
Enfermedad pleural	
Tos con sangrado (espuma en sangre)	
Disminución de la audición (sordera)	
Enfermedad del oído	
Movilidad limitada de extremidades	

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

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

FIRMA DEL TRABAJADOR	HUELLA

V01

Yerussa Paredes García Urrutia  
Firma y sello del Médico Evaluador





Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres:

Zegara Torrejón Alfonso Alexis

## ANTECEDENTES LABORALES

Firma del Médico

Yessica García Urutia

MEDICO

Cédula 66925

DNI:

10901265

FECHA:

15-01-2022

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

DNI:

10901265

FECHA:

15-01-2022

Nº	EMPRESA (Nombre de la empresa que trabajó)	ACTIVIDAD DE LA EMPRESA (A qué se dedicaba la empresa)	ÁREA DE TRABAJO (En qué área estuve)	OCCUPACIÓN O CARGO ¿Qué ocupación, cargo o puesto tenías en la empresa?	FECHA	TIEMPO Años / Meses	EXPOSICIÓN	USO DE EPP ¿Usó equipo de protección personal?	
								LENTES	MASCARILLA
1	Ajinomoto	Montacarguista	Almacen	Operador de Montacargas	26-01-21	1	RUIDO DISERGONOMICO	GUANTES	LENTES
2	Nestle	Picking, despacho recepción	Almacen	Montacarguista	31-12-21		BIOLÓGICOS OTROS:	TAPONES / OREJERAS	
3					AÑO INICIO	AÑOS:	POLVO	GUANTES	
4					08-20		RUIDO DISERGONOMICO	LENTES	MASCARILLA
5					12 - 20	5	BIOLÓGICOS OTROS:	TAPONES / OREJERAS	
6					AÑO SALIDA	MESES:	QUÍMICOS	TAPONES / OREJERAS	

Yessica García Urutia  
MEDICO  
Cédula 66925

Firma del Médico



Firma de Trabajador

Firma del Trabajador





MIEMBRO DEL GRUPO SYNLAB

Z

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

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

Yo, Afonso Leguía Torrejón, identificado con DNI N° 30901265 y fecha de nacimiento 20/06/1992, Certifico haber sido informado y acepto el procedimiento para la toma de muestra de orina, así como también doy mi consentimiento para la investigación de drogas de abuso por parte del laboratorio SYNLAB PERÚ S.A.C. SYNLAB PERÚ S.A.C queda autorizado para:

- Entregar los resultados únicamente a mi persona
- Entregar los resultados a: \_\_\_\_\_ (Identificar a la persona designada con indicación de su DNI) DNI: \_\_\_\_\_
- Entregar una copia de los resultados a la Empresa para la cual trabajo o postulo si ésta fuera la solicitante del presente estudio:  
Nombre de la Empresa: PAMOLSA  
Dirección: AV. Nestor Cambeta

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

Firma: [Firma]

Fecha: 15-01-2022

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

### SECCIÓN 2. INFORMACION DE LA PRUEBA

#### MOTIVO DE LA PRUEBA

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

#### INDICAR DROGAS A ANALIZAR

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

#### RESPECTO AL KIT DE ANALISIS\*

Nº Lote: \_\_\_\_\_

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

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

### SECCIÓN 3. INFORMACION DEL MUESTREADOR – TESTIGO

Nombres y Apellidos Vanessa Pineda N° de DNI 003319882

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

NOTA: \_\_\_\_\_

Firma Vha

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

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

### SECCIÓN 5. CERTIFICACION DEL RESULTADO OBTENIDO POR SYNLAB PERÚ S.A.C

Certifico haber revisado los resultados de laboratorio de la muestra detallada en este formato y concluyo que la prueba de tamizaje es:

- POSITIVA
- NEGATIVA

Es positiva para los siguientes analitos: \_\_\_\_\_

Nota: En caso de ser positiva, sugerimos solicitar la prueba confirmatoria a partir de la contramuestra almacenada.

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 6. RECONOCIMIENTO DE LA CONTRAMUESTRA Y REGISTRO DE CONFORMIDAD DE ENVIO PARA LA CONFIRMACION DE LOS RESULTADOS

Certifico reconocer la integridad de la contramuestra que pertenece al nombre indicado en la sección 1 y que las firmas coinciden:

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_





DIRECCIÓN MÉDICA
Título: CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO

Código y Versión: DM-FR-006.02
Fecha de Emisión: 2017-MAY-16
Página: 1 de 1

## CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO

Yo, ZEGARRA TORREJON ALFONSO ALEXIS GIAMPIERE, identificado (a) con DNI N° PER 70901265, 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: Eber Pach

Firma

FECHA : 15 / 01 / 17  
DIA MES AÑO

V01