

Historia Clínica N°	PQ4412-000100			Fecha	Día	17	Mes	01	Año	2022
Tipo de evaluación	Pre Ocupacional		X	Periódico		Retiro		Otros		
Lugar del examen	Departamento	LIMA		Provincia	LIMA		Distrito			
<b>I. DATOS DE LA EMPRESA</b>										
Razón Social		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C								
Actividad Económica		fabricación de productos de plásticos								
Lugar del Trabajo		Av. Elmer Faucett Nro. 3486								
Ubicación	Departamento	PROV. CONST. DEL CALLAO		Provincia	CALLAO		Distrito	CALLAO		
Puesto al que postula (solo pre ocupacional)				AYUDANTE DE PRODUCCION						
Puesto laboral actual				-						
<b>II.- FILIACIÓN DEL TRABAJADOR</b>										
Nombres y apellidos		JEAN PIERRE POLO ZAVALET								
Fecha de nacimiento		Día	08	Mes	01	Año	1999			
Edad	23	años								
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)				PER 72514887						
Domicilio fiscal										
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje		-								
Número/Departamento/Interior			-			Urbanización			-	
Distrito	-		Provincia	-		Departamento	-			
Residencia en lugar Trabajo	SI	-	NO	X	Tiempo de residencia en Lugar de trabajo				-	años
ESSALUD	-	EPS	-	OTRO	-	SCTR	-	OTRO	-	
Correo electrónico			-			Teléfono		-		
Estado Civil			-			Grado de instrucción		-		
Nº total de hijos vivos			1			Nº de dependientes		1		
<b>III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES</b>										
EMPRESA	Área de trabajo		Ocupación		Fecha		Tiempo	Exposición ocupacional		EPP
MARTINEZ	PRODUCCION		OPERARIO DE PRODUCCION		I	Feb 2021		disergonomicos, movimientos repetitivos, ruido, polvo, caídas, posturas, turnos		mascarilla, casco, orejeras, guantes, tapones auditivos, ropa, lentes, botas
					F	Nov 2021				
					I					
					F					
					I					
					F					
					I					
					F					
					I					
					F					
					I					
					F					
<b>IV . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES</b>										
Alergias	-	Diabetes	-	TBC	-	Hepatitis :	-			
Asma	-	HTA	-	ITS	-	Tifoidea	-			
Bronquitis	-	Neoplasia	-	Convulsiones	-	Otros	-			
Quemaduras	-									
Cirugías	-			Intoxicaciones	-	RAM	-			
Descripción										
Hábitos nocivos	Tipo		Cantidad			Frecuencia				

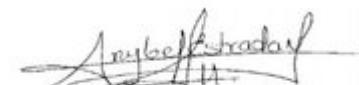
Alcohol	CERVEZA	1-2	POCO
Tabaco	CIGARRILLO	1-2 UND MENSUALE	POCO
Drogas	NIEGA	NIEGA	NIEGA
Medicamentos		NIEGA	

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°	1	Hijos fallecidos	N°	0

VI . EVALUACIÓN MEDICA										
Anamnesis										
NO REFIERE										
Examen clínico	Talla (cm)	169	Peso (Kg)	70	IMC	24.51	Perímetro abdominal	92		
	Fr. Resp.	18	F. Card.	74	PA	100 / 60	PAmed	73.33		
	Otros	S O2 96 %	FUR: NO APLICA							
Ectoscopia	ABEG/ ABEH/ ABEN									
Estado mental	LOTEP									
<b>EXAMEN FÍSICO</b>										
Organo o Sistemas	Sin Hallazgos	Hallazgos								
Piel		TIBIA, HIDRATADA, ELASTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDO, SE EVIDENCIA HIPERQUERATOSIS SUBUNGUEAL CON DESCAMACIÓN EN UNA DEL PRIMER DEDO DE AMBOS 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	20/20	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		SE EVIDENCIA TAPON DE CERUMEN BILATERAL								
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. Daviangeles Saileth Rausseo Portillo Médico Ocupacional CMP 093927 DOKTUZE					
Nombre, Firma del Trabajador					Nombre, Firma y Sello del Médico Evaluador					

<b>VII . CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA</b>					
APTO					
<b>VIII . CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS</b>					
TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL					
<b>IX . HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO</b>					
TRIGLICERIDOS EN LIMITE SUPERIOR EXAMEN DE LABORATORIO: COCAINA Y MARIHUANA POSITIVO					
<b>X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA</b>					
<b>XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA</b>					
<b>XII . OTROS</b>					
RIESGO CORONARIO: 2 % - BAJO					
<b>XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL</b>					
				CIE-10	
1				P	D
2				P	R
3				P	D
4				P	D
5				P	R
OTROS DIAGNÓSTICOS					
6	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE			P	D
7	EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE NUTRICIÓN: IMC NORMAL			P	R
8	TIÑA DE LAS UÑAS DE LOS PIES			P	D
9	TAPÓN DE CERUMEN BILATERAL			P	R
10	EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL			P	D
11	TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL			P	R
12	TRIGLICERIDOS EN LIMITE SUPERIOR			P	D
13	EXAMEN DE LABORATORIO: COCAINA Y MARIHUANA POSITIVO			P	R
APTO	APTO CON RESTRICCIONES	NO APTO	X		
<b>XIV . RECOMENDACIONES</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- SU AGUDEZA VISUAL ES OPTIMA. NO OLVIDE REALIZAR UN CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.</li> <li>- DEBE LLEVAR UNA DIETA SALUDABLE Y REALIZAR EJERCICIO FÍSICO DIARIO POR 30 MINUTOS PARA MANTENER SU PESO ACORDE A SU TALLA.</li> <li>- EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIÓ ALTERACIÓN EN LAS UÑAS DEL PIE. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR DERMATOLOGÍA.</li> <li>- EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA TAPÓN DE CERUMEN POR LO QUE SE SUGIERE SER EVALUADO POR OTORRINOLARINGOLOGÍA.</li> <li>- SE LE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS REGULARES (30 MINUTOS DIARIOS Y 5 VECES POR SEMANA) Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. LE AYUDARÁN A PREVENIR MOLESTIAS OSTEOMUSCULARES.</li> <li>- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.</li> <li>- SE LE SUGIERE DIETA BAJA EN GRASAS SATURADAS Y ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR. REPITA EL EXAMEN EN 3 MESES. EVALUACIÓN Y MANEJO POR MEDICINA GENERAL.</li> <li>- SE RECOMIENDA SEGUIMIENTO POR EL MEDICO OCUPACIONAL DE LA EMPRESA.</li> </ul>					
  <p>Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra Médico Evaluador CNP 70087 DOKTUZ</p>					
Nombre, Firma y Sello del Médico Ocupacional					

**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL  
PREOCUPACIONAL**

APELLIDOS Y NOMBRES		POLO ZAVAleta JEAN PIERRE		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD				
DNI ( <input checked="" type="checkbox"/> )	C.E. ( <input type="checkbox"/> )	PER 72514887		
EDAD	23 años			
GÉNERO	MASCULINO			
PUESTO AL QUE POSTULA (SOLO PRE OCUPACIONAL)		AYUDANTE DE PRODUCCION		
EMPRESA		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C	SEDE O PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

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

APTO		RESTRICCIONES
APTO CON RESTRICCIÓN		
NO APTO	<input checked="" type="checkbox"/>	MOTIVO DE OBSERVACIÓN, NO APTITUD O APTITUD NO DETERMINADA: PENDIENTE AUDIOMETRIA NO APTO DE ACUERDO A LA POLITICA DE LA EMPRESA
OBSERVADO		

FECHA DEL EXAMEN 17-01-2022




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:	POLO ZAVAETA JEAN PIERRE					
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C					
TIPO DE EVALUACION:	PREOCUPACIONAL					
PUESTO	AYUDANTE DE PRODUCCION			AREA DE TRABAJO	OPERACIONES	
FECHA DE EVALUACIÓN	17-01-2022			PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL	
FECHA DE EMISIÓN	17-01-2022					
DNI:	72514887	EDAD:	23 años	SEXO:	MASCULINO	HISTORIA CLÍNICA
						PQ4412-000100

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO							
Hemoglobina:	15.2 g/dL	Grupo y Factor:	O Positivo		Orina Completa: NORMAL		
Glucosa:	94 mg/dL	Colesterol:	124.7 mg/dL		Triglicéridos	153.8 mg/dL	
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA		PSA:	NO APLICA	

TRIAJE				
Talla:	169 cm.	Peso:	70 kg.	IMC: 24.51 kg/m <sup>2</sup>
Presión Arterial:	100/60 mmHg.	Frec. Respiratoria:	18 x minuto.	Frec. Cardiaca: 74 x minuto.

<u>CONCLUSIÓN</u>	
1.- EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE	
2.- EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE NUTRICION: IMC NORMAL	
3.- TIÑA DE LAS UÑAS DE LOS PIES	
4.- TAPÓN DE CERUMEN BILATERAL	
5.- EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL	
6.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL	
7.- TRIGLICERIDOS EN LIMITE SUPERIOR	
8.- EXAMEN DE LABORATORIO: COCAINA Y MARIHUANA POSITIVO	

<u>RECOMENDACIONES</u>	
1.- SU AGUDEZA VISUAL ES OPTIMA. NO OLVIDE REALIZAR UN CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.	
2.- DEBE LLEVAR UNA DIETA SALUDABLE Y REALIZAR EJERCICIO FÍSICO DIARIO POR 30 MINUTOS PARA MANTENER SU PESO ACORDE A SU TALLA.	
3.- EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIÓ ALTERACIÓN EN LAS UÑAS DEL PIE. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR DERMATOLOGÍA.	
4.- EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA TAPÓN DE CERUMEN POR LO QUE SE SUGIERE SER EVALUADO POR OTORRINOLARINGOLOGÍA.	
5.- 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.	
6.- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.	
7.- SE LE SUGIERE DIETA BAJA EN GRASAS SATURADAS Y ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR. REPITA EL EXAMEN EN 3 MESES. EVALUACIÓN Y MANEJO POR MEDICINA GENERAL.	
8.- SE RECOMIENDA SEGUIMIENTO POR EL MEDICO OCUPACIONAL DE LA EMPRESA.	



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra  
Médico Evaluador  
CMP 70087  
DOKTUZ

---

Firma y Sello del Responsable de Revisión

**EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL**

APELLIDOS Y NOMBRES POLO ZAVALETAS JEAN PIERRE EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.  
 EDAD 23 FECHA: 17-01-2022  
 OCUPACIÓN AYUDANTE DE PRODUCCION LENTES: NO USA  
 FECHA ULTIMO CAMBIO \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:**

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

**EXAMEN OCULAR EXTERNO :**

OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION

**EXAMEN OFTALMOLÓGICO:**

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

**REFLEJOS PUPILARES**

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

## INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

### I.- DATOS GENERALES

<b>PACIENTE</b>	POLO ZAVAETA JEAN PIERRE	<b>EDAD</b>	23
<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>		<b>F. NACIMIENTO</b>	08-01-1999
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>		<b>F. EVALUACIÓN;</b>	17-01-2022
<b>PUESTO DE TRABAJO</b>	AYUDANTE DE PRODUCCION	<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	
<b>EMPRESA</b>	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
<b>ESTADO CIVIL</b>			

### 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	98
2. Coordinación Visomotriz:	ADECUADO		
3. Nivel de Memoria:	CORTO PLAZO (ADECUADO) MEDIANO PLAZO (ADECUADO) LARGO PLAZO (ADECUADO)		
4. Personalidad:	CON TENDENCIA A LA INTROVERSIÓN		
5. Afectividad:	ESTABLE		
7. Manejo de Factores Psicosociales en el trabajo :	NO SOLICITADO		

### V.- CONCLUSIONES

1. **Área Cognitiva:** CON CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN A NIVEL NORMAL PROMEDIO. SE MUESTRA EFICAZ EN SUS LABORES EN SITUACIONES DE TRABAJO EN EQUIPO, FOMENTA LA COMUNICACIÓN Y BUSCA COLABORAR CON SUS COMPAÑEROS PARA CUMPLIR SUS METAS TRAZADAS. 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. TRATE DE BRINDAR ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EFECTIVAS Y SEGUIR PROMOViendo EL TRABAJO EN EQUIPO.

### VII.- CONDICIÓN:

APTO



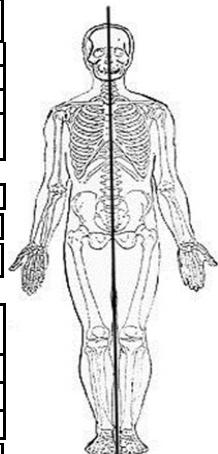

Lic. Isabel Gonzales Brair  
Psicóloga  
CPSP 6300  
DOKTUS SAC

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

## FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: POLO ZAVAleta JEAN PIERRE EDAD 23 SEXO MASCULINO  
 EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C PUESTO AYUDANTE DE PRODUCCION FECHA 17-01-2022

ACTIVIDAD LABORAL:	De pie			PRESENTA DOLOR	NO						
<b>EVALUACIÓN ESTÁTICA</b>											
<b>SEGMENTOS</b>											
Cabeza	Antepulsión	Retropulsión	Inclinación	No presenta	Rotación	No presenta					
Hombros	Antepulsados	Retropulsión	Elevación de	Ninguno de los hombros	Éscapulas	Normal					
Abdomen	Normal										
Curvaturas Fisiológicas	Cervical	Normal	Dorsal	Normal	Lumbar	Normal					
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										



<b>EXPLORACIÓN</b>		<b>PALPACIÓN</b>		
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

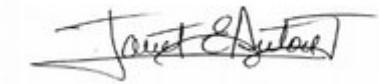
<b>EVALUACIÓN DE LA MARCHA</b>		Sí	No	<b>SIGLOS Y SÍNTOMAS</b>	
Realiza el contacto inicial con apoyo de talón.	X			GRADO 0	Ausencia de signos y síntomas.
Movimiento armónico de rodilla, tobillo y pie	X			GRADO 1	Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva.
La longitud del paso es simétrico.	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				

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

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**

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



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo  
Terapia Física  
CTMP 10444  
DOKTUZ

---

Nombre y Firma del Evaluador



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo  
Terapia Física  
CTMP 10444  
DOKTUZ

---

Firma y Sello del Médico

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

FICHA MUSCULO ESQUELETICA POR MÉDICO

N° DE HISTORIA CLINICA

PQ4412-000100

APELLIDOS Y NOMBRES

POLO ZAVAleta JEAN PIERRE

DNI

PER 72514887

TIPO DE EXAMEN:

PREOCUPACIONAL

SEXO

MASCULINO

FECHA DEL EXAMEN

17-01-2022

I. N° 1: Riesgos

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

SEDEnte	0	BIPEDESTACIÓN	100
---------	---	---------------	-----

Horas /días	8H/6D
-------------	-------

POSTURA
---------

SEDEnte	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:** POLO ZAVAleta JEAN PIERRE

**EMPRESA:** PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

**EDAD:** 23

**PUESTO:** AYUDANTE DE PRODUCCION

**SEXO:** MASCULINO

### INFORME

El estudio radiográfico de tórax realizado muestra:

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

### DIAGNÓSTICO:

- (Z01.6) TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL

Lima, 17 de Enero del 2022



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

---

Firma y Sello del Médico

Paciente:	POLO ZAVAleta JEAN PIERRE		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	23 años
Fecha:	17-01-2022	Historia Clínica:	PQ4412-000100

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

**BIOQUIMICA**

GLUCOSA BASAL	94	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	124.7	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	153.8	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:	POLO ZAVALETA JEAN PIERRE		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	23 años
Fecha:	17-01-2022	Genero:	MASCULINO

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

## HEMATOLOGIA

### GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

### HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

O  
Positivo  
NORMAL

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

4.5 - 11

### FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

55.4 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

2.8 %

0 - 3

BASOFILOS %

0.6 %

0 - 1

MONOCITOS %

8.7 %

3 - 6

LINFOCITOS %

32.5 %

24 - 44

SEGMENTADOS

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

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

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

0.0 - 0.7

BASOFILOS

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

(0 - 0.09)

MONOCITOS

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

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

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

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

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

4.5 - 5.5

HEMOGLOBINA

15.2 g/dL

13.5 - 17.5

HEMATOCRITO

46.3 %

41 - 53

VCM

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

80.0 - 100

HCM

30 pg

26 - 34

CHCM

32.8 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

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

150.0 - 350

### OBSERVACIONES

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

FIRMA

Paciente:	POLO ZAVALETA JEAN PIERRE			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO		Edad:	23 años
Fecha:	17-01-2022		História Clínica:	PQ4412-000100

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

### URIANALISIS

CUERPOS CETONICOS	Negativo	0	-	14
<b>EXAMEN COMPLETO DE ORINA</b>	<b>NORMAL</b>			
EXAMEN FISICO:				
COLOR	Amarillo			
ASPECTO	Transparente			TRANSPARENTE
EXAMEN QUIMICO:				
DENSIDAD	1.02	1.005	-	1.030
pH	6	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:	POLO ZAVALETA JEAN PIERRE		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	23 años
Fecha:	17-01-2022	Historia Clínica:	PQ4412-000100

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

**FARMACOS Y TOXICOS**

COCAINA (ORINA SIMPLE)	Positivo	REACTIVO > 300 ng/MI NO REACTIVO <300 ng/MI
MARIHUANA (ORINA SIMPLE)	Positivo	REACTIVO > 50 ng/MI NO REACTIVO <50 ng/MI



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

---

**FIRMA**



POLO ZAVAleta JEAN PIERRE

PER 72514887

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



RUTA N

Preocupacional

DNI	72514887	FECHA	17-01-2022
EDAD	23	PERFIL	OPERATIVO 1-NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4412-000100	SEXO	MASCULINO
HORA DE INICIO EMO	07:43:02	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE		R.C	
TECNOLOGÍA MÉDICA	Lic. Antonia Janet Elizabeth Tecnólogo Médico		Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL	Dra. Yamilett S. Ramírez L. MÉDICO CIRUJANO CNP: 083923		Examen Medico
PSICOLOGÍA			BARSIT Examen Psicológico
OFTALMOLOGÍA		A.O	Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA		Perdiente	Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES		EC	Radiografía de Tórax
ESPIROMETRÍA			ESPIROMETRÍA
LABORATORIO			COLESTEROL TOTAL, ORINA, EXAMEN COMPLETO, Glucosa Ayunas, GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH, HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO, TRIGLICÉRIDOS, COCAINA CUALITATIVA, EXAMEN (MARIHUANA) CUALITATIVO
EXAMENES PENDIENTE			Fecha Programada:
EXAMENES COMPLETADOS		Sello: Iniciales: Fecha:	

TRIAJE							
Peso	- 70	Talla	- 168	IMC	-	P. Abdominal	- 92
P.A. Sistólica	- 100	P.A. Diastólica	- 60	F. Cardiaca	- 74	F. Respiratoria	- 18
Temperatura	- 36	Sat. O2	- 96				
Cintura	- 88	Cadera	- 99	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 94	P.T. Inspiración	- 97	P.T. Reposo	- 94		

CREADO POR: VELA SANCHEZ GUADALUPE FECHA: 17-01-2022 HORA: 07:41:50

V01



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

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

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

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

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

Nombre en Letra Imprenta: POLO ZAVAleta JEAN PIERRE

Fecha de Consentimiento: 17-01-2022

DNI: PER 72514887

Firma del paciente



Huella digital del paciente



Dra. Lucy Manguía Velásquez  
Coordinadora de Evaluación - Auditora  
CMP 45724 - RNA 04001  
DOKTUS SAC

Firma y sello del médico

V01



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

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

Yo, POLO ZAVAleta JEAN PIERRE de 23 años de edad  
 trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado  
 con D.N.I./Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 72514887  
 domiciliado en :

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

Así mismo declaro haber sido informado:

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

Nombre de Paciente: POLO ZAVAleta JEAN PIERRE  
 DNI: PER 72514887  
 Fecha de Autorización: 17-01-2022

Firma del paciente

JPPZ



Huella digital del paciente



Dra. Lucy Mungua Valdivia  
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora  
CNP 45724 - RNA 04081  
DOKTUS S.A.C

Firma y sello del médico  
V01



 Tessalia Medical S.A.C. RUC: 20600251639	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-006.02
	Título: <b>CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO</b>	Fecha de Emisión: 2017-MAY-16
		Página: 1 de 1

### CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO

Yo, POLO ZAVALET A JEAN PIERRE, identificado (a) con DNI N° PER 72514887, 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:

Firma

V01

FECHA 12 / 01 / 22

DIA MES AÑO



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

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICAS

Yo, POLO ZAVALETAS JEAN PIERRE Identificado con D.N.I.  
N° PER 72514887 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 17-01-2022:

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 72514887

Fecha: 17-01-2022



Huella Digital del Paciente

DNI: PER 72514887

Fecha: 17-01-2022

V01



Firma Electrónica del paciente

DNI: PER 72514887

Fecha: 17-01-2022



Huella Electrónica del paciente

DNI: PER 72514887

Fecha: 17-01-2022



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA EN LABORATORIO CLINICO

APELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO: Polo zuvuleta Jean Pierre  
DNI, PAS O CE: 72514887 EDAD: 23  
TELÉFONOS: 985 434 332

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.

JPPZ.

Firma del Paciente o Persona Responsable  
Documento de Identidad: 72514887  
Fecha: 08/01/1999

### 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: \_\_\_\_\_



**Doktuz**

Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Polo Zavala & Sean Pérez

allídos y Nombres:

HARTÍNEZ

### ANTECEDENTES LABORALES

FECHA: 17/01/2022

DNI: 42514887

USO DE EPP  
¿Usó equipo de  
protección personal?

FECHA: 17/01/2022

TECEDENTES OCUPACIONALES	ACTIVIDAD DE LA EMPRESA (A qué se dedicaba la empresa)	AREA DE TRABAJO (En qué área estuve)	OCCUPACIÓN O CARGO ¿Qué ocupación, cargo o puesto tenías en la empresa?	FECHA	TIEMPO Años / Meses	EXPOSICIÓN	USO DE EPP ¿Usó equipo de protección personal?	
							AÑO INICIO	AÑO SALIDA
1	SAYÓN S.A	- control de calidad - - control de calidad - Análisis y control ula maquinaria	- en el área de producción	2019	01/9	RUIDO DISERGONÓMICO	POLVO	GUANTES
2	HARTÍNEZ	- corte de madera - Acordeones las maderas en el galletas.	- en el área de producción	2021	01/1	QUÍMICOS BIOLÓGICOS	RUIDO	LENTES MASCARILLA TAPONES / OREJERAS
3				2021	01/1	BIOLÓGICOS QUÍMICOS	POLVO	OTROS: GUANTES LENTES MASCARILLA TAPONES / OREJERAS
4				2021	01/1	BIOLÓGICOS QUÍMICOS	RUIDO	OTROS: GUANTES LENTES MASCARILLA TAPONES / OREJERAS
5				2021	01/1	DISERGONÓMICO BIOLÓGICOS QUÍMICOS	POLVO	OTROS: GUANTES LENTES MASCARILLA TAPONES / OREJERAS
6				2021	01/1	DISERGONÓMICO BIOLÓGICOS QUÍMICOS	RUIDO	OTROS: GUANTES LENTES MASCARILLA TAPONES / OREJERAS

Firma del Trabajador

JPF



Juan Pablo Zavala Pérez  
Juan Pablo Zavala Pérez  
Cirujano  
Cirujano

----- 41 Málaga



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

Nombre Completo: POLO ZAVALETA JEAN PIERRE	Fecha: 17-01-2022
	DNI: PER 72514887

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

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

Describa en caso de tener alguna respuesta positiva:

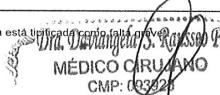
8 Marque si tuvo o tiene alguna enfermedad detallada en la siguiente relación

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

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

Toda información que he proporcionado es verdadera, no habiendo omitido ningún dato de forma involuntaria. (Proporcionar falsa esta declaración correrá bajo mi responsabilidad)

FIRMA DEL TRABAJADOR	HUELLA
	

  
**MÉDICO CIRUJANO**  
 CMP: 03328

Firma y sello del Médico Evaluado

V01





MIEMBRO DEL GRUPO SYNLAB

8

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

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

Yo, Jean Pierre e polo zuavleta, identificado con DNI N° 72514227  
y fecha de nacimiento 08/01/1997, 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: PAGOISA

Dirección: Elmer Fauci ctf

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: JPPS

Fecha: 17/01/2022

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

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 Cesar Acuña Q. Nº de DNI 440661998

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

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

Firma f

SECCIÓN 4. PARA SEGUIMIENTO DEL TRANSPORTE DE MUESTRAS AL LABORATORIO CENTRAL		PROPOSITO
FECHA	MUESTRA ENTREGADA POR	
	Firma: _____ Nombre: _____	Firma: _____ Nombre: _____
	Firma: _____ Nombre: _____	Firma: _____ Nombre: _____
	Firma: _____ Nombre: _____	Firma: _____ Nombre: _____

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

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

POSITIVA

NEGATIVA

Es positiva para los siguientes analitos:

Nota: En caso de ser positiva, sugerimos solicitar la prueba confirmatoria a partir de la contramuestra almacenada.  
Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

SECCIÓN 6. RECONOCIMIENTO DE LA CONTRAMUESTRA Y REGISTRO DE CONFORMIDAD DE ENVIO PARA LA CONFIRMACION DE LOS RESULTADOS			
Certifico reconocer la integridad de la contramuestra que pertenece al nombre indicado en la sección 1 y que las firmas coinciden.	Nombre y Apellido _____	DNI N° _____	Firma _____ Fecha _____
CONFIDENCIAL, NO DEBE SER FOTOCOPIADO SIN PERMISO DEI   ÍDER DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA   PPE-FE-10 / V.01			