

| Historia Clínica N° | PQ4412-000109 | | | Fecha | Día | 18 | Mes | 01 | Año | 2022 | | |
|--|----------------------|---------------------------------------|-----------|------------------------|--|----------------------|------------|---|-----|---|------|--|
| Tipo de evaluación | Pre Ocupacional | | X | Periódico | | Retiro | | Otros | | | | |
| Lugar del examen | Departamento | LIMA | | Provincia | LIMA | | Distrito | | | | | |
| I. DATOS DE LA EMPRESA | | | | | | | | | | | | |
| Razón Social | | PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C | | | | | | | | | | |
| Actividad Económica | | fabricación de productos de plásticos | | | | | | | | | | |
| Lugar del Trabajo | | Av. Elmer Faucett Nro. 3486 | | | | | | | | | | |
| Ubicación | Departamento | PROV. CONST. DEL CALLAO | | Provincia | CALLAO | | Distrito | CALLAO | | | | |
| Puesto al que postula (solo pre ocupacional) | | | | AYUDANTE DE PRODUCCION | | | | | | | | |
| Puesto laboral actual | | | | - | | | | | | | | |
| II.- FILIACIÓN DEL TRABAJADOR | | | | | | | | | | | | |
| Nombres y apellidos | | JOSE LUIS LUYO QUISURUCO | | | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | Día | 27 | Mes | 04 | Año | 1994 | | | | | |
| Edad | 27 | años | | | | | | | | | | |
| Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte) | | | | PER 48569912 | | | | | | | | |
| Domicilio fiscal | | | | | | | | | | | | |
| Avenida/Calle/Jirón/Pasaje | | CALLE UNION PROGRESO MZ.J LT.3 | | | | | | | | | | |
| Número/Departamento/Interior | | | - | | | Urbanización | | | - | | | |
| Distrito | - | | Provincia | - | | Departamento | LIMA | | | | | |
| Residencia en lugar Trabajo | SI | | NO | X | Tiempo de residencia en Lugar de trabajo | | | | | | años | |
| ESSALUD | - | EPS | - | OTRO | - | SCTR | - | OTRO | - | | | |
| Correo electrónico | LUYJOSE303@GMAIL.COM | | | | | Teléfono | | - | | | | |
| Estado Civil | SOLTERO | | | | | Grado de instrucción | | SECUNDARIA COMPLETA | | | | |
| Nº total de hijos vivos | 0 | | | | | Nº de dependientes | | 0 | | | | |
| III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA | Área de trabajo | Ocupación | | | Fecha | | Tiempo | Exposición ocupacional | | EPP | | |
| PARAISO DEL PERÚ | PRODUCCION | AYUDANTE DE PRODUCCION | | | I | Feb 2021 | X | posturas, caídas, disergonómicos, movimientos repetitivos, ruido, polvo, cargas | | botas, lentes, ropa, guantes, tapones auditivos, mascarilla | | |
| | | | | | F | Jul 2021 | | | | | | |
| | | | | | I | | | | | | | |
| | | | | | F | | | | | | | |
| | | | | | I | | | | | | | |
| | | | | | F | | | | | | | |
| | | | | | I | | | | | | | |
| | | | | | F | | | | | | | |
| | | | | | I | | | | | | | |
| | | | | | F | | | | | | | |
| | | | | | I | | | | | | | |
| | | | | | F | | | | | | | |
| IV . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES | | | | | | | | | | | | |
| Alergias | - | Diabetes | - | TBC | - | Hepatitis : | - | | | | | |
| Asma | - | HTA | - | ITS | - | Tifoidea | - | | | | | |
| Bronquitis | - | Neoplasia | - | Convulsiones | - | Otros | - | | | | | |
| Quemaduras | - | | | | | | | | | | | |
| Cirugías | - | | | | Intoxicaciones | - | RAM | - | | | | |
| Descripción | | | | | | | | | | | | |
| Hábitos nocivos | Tipo | | | Cantidad | | | Frecuencia | | | | | |

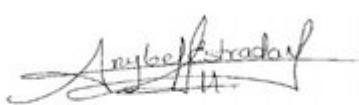
| | | | |
|--------------|-------|-------|-------|
| Alcohol | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| Tabaco | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| Drogas | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| Medicamentos | NIEGA | | |

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

V . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

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

| VI . EVALUACIÓN MEDICA | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|---|---|--------------|---|--------------|---------------------|-------|--------|----|--------|
| Anamnesis | | | | | | | | | | | |
| NO REFIERE | | | | | | | | | | | |
| Examen clínico | Talla (cm) | 160 | Peso (Kg) | 57 | IMC | 22.27 | Perímetro abdominal | 80 | | | |
| | Fr. Resp. | 18 | F. Card. | 86 | PA | 110 / 70 | PAmed | 83.33 | | | |
| | Otros | S O2 96 % | FUR: NO APLICA | | | | | | | | |
| Ectoscopia | ABEG/ ABEH/ ABEN | | | | | | | | | | |
| Estado mental | LOTEP | | | | | | | | | | |
| EXAMEN FÍSICO | | | | | | | | | | | |
| Organo o Sistemas | Sin Hallazgos | Hallazgos | | | | | | | | | |
| Piel | | TIBIA, HIDRATADA, ELASTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS NO LESIONES. | | | | | | | | | |
| Cabeza / Cabello | X | | | | | | | | | | |
| Ojos y anexos | | Ojos | OD | Normal | OI | Normal | | | | | |
| | | Agudeza Visual Cerca | OD | 20/20 | OI | 20/20 | Con correctores | OD | | OI | |
| | | Agudeza Visual Lejos | OD | 20/20 | OI | 20/20 | Con correctores | OD | | OI | |
| | | Fondo de ojo | OD | NO REALIZADO | OI | NO REALIZADO | Visión de colores | OD | NORMAL | OI | NORMAL |
| | | Visión de profundidad | NORMAL | | | | | | | | |
| | | Exámen ocular externo | OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION | | | | | | | | |
| Oidos | X | | | | | | | | | | |
| Nariz | X | | | | | | | | | | |
| Boca | X | | | | | | | | | | |
| Faringe | X | | | | | | | | | | |
| Laringe | X | | | | | | | | | | |
| Cuello | X | | | | | | | | | | |
| Aparato Respiratorio | X | | | | | | | | | | |
| Aparato Cardiovascular | X | | | | | | | | | | |
| Aparato Genitourinario | X | | | | | | | | | | |
| Aparato Locomotor | X | | | | | | | | | | |
| Marcha | X | | | | | | | | | | |
| Columna | X | | | | | | | | | | |
| Abdomen | X | | | | | | | | | | |
| Hernias | X | | | | | | | | | | |
| Tacto Rectal | | DIFERIDO | | | | | | | | | |
| Lenguaje | X | | | | | | | | | | |
| Ganglios | X | | | | | | | | | | |
| Varices | X | | | | | | | | | | |
| Reflejos Osteotendinosos | X | | | | | | | | | | |
| Miembros superiores | X | | | | | | | | | | |
| Miembros inferiores | X | | | | | | | | | | |
| Sistema linfático | X | | | | | | | | | | |
| Sistema nervioso | X | | | | | | | | | | |
|  | | | | |   Dra. Yerussa Paredes García Urrutia Médico Cirujano CMP 69925 DOKTUZ | | | | | | |
| Nombre, Firma del Trabajador | | | | | Nombre, Firma y Sello del Médico Evaluador | | | | | | |

| | | | | |
|--|--|------------------------|--|----------------------|
| VII . CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA | | | | |
| APTO | | | | |
| VIII . CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS | | | | |
| TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL | | | | |
| IX . HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO | | | | |
| HALLAZGOS ANORMALES EN LA ORINA: CETONURIA | | | | |
| X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA | | | | |
| NORMOACUSIA BILATERAL | | | | |
| XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA | | | | |
| | | | | |
| XII . OTROS | | | | |
| RIESGO CORONARIO: 2 % - BAJO | | | | |
| XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL | | | | |
| CIE-10 | | | | |
| 1 | | | | P D R |
| 2 | | | | P D R |
| 3 | | | | P D R |
| 4 | | | | P D R |
| 5 | | | | P D R |
| OTROS DIAGNÓSTICOS | | | | |
| 6 | NORMOACUSIA BILATERAL | | | P D R Z01.1 |
| 7 | EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE | | | P D R Z01.0 |
| 8 | EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE NUTRICIÓN: IMC NORMAL | | | P D R Z13.2 |
| 9 | DEFORMIDAD DE RODILLAS EN VARO | | | P D R M21.1 |
| 10 | PIE CAVUS BILATERAL | | | P D R Q66.7 |
| 11 | TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL | | | P D R Z04.9 |
| 12 | HALLAZGOS ANORMALES EN LA ORINA: CETONURIA | | | P D R R82.9 |
| APTO | X | APTO CON RESTRICCIONES | | NO APTO |
| XIV . RECOMENDACIONES | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL. - SU AGUDEZA VISUAL ES OPTIMA. NO OLVIDE REALIZAR UN CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA. - DEBE LLEVAR UNA DIETA SALUDABLE Y REALIZAR EJERCICIO FÍSICO DIARIO POR 30 MINUTOS PARA MANTENER SU PESO ACORDE A SU TALLA. - SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. - SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. - SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO. - DEBIDO A LOS HALLAZGOS EN SU EXAMEN DE ORINA. SE LE SUGIERE ACUDIR A MEDICINA GENERAL PARA UNA EVALUACIÓN MAS EXHAUSTIVA. | | | | |
|   <p>Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra Médico Evaluador CMP 70087 DOKTUS</p> | | | | |
| Nombre, Firma y Sello del Médico Ocupacional | | | | |

**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL
PREOCUPACIONAL**

| | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------|-------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRES | | LUYO QUISURUCO JOSE LUIS | |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | |
| DNI (<input checked="" type="checkbox"/>) | C.E. (<input type="checkbox"/>) | PER 48569912 | |
| EDAD | 27 años | | |
| GÉNERO | MASCULINO | | |
| PUESTO AL QUE POSTULA (SOLO PRE OCUPACIONAL) | | AYUDANTE DE PRODUCCION | |
| EMPRESA | | 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 18-01-2022




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: | LUYO QUISURUCO JOSE LUIS | | |
| EMPRESA | PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C | | |
| TIPO DE EVALUACION: | PREOCUPACIONAL | | |
| PUESTO | AYUDANTE DE PRODUCCION | AREA DE TRABAJO | OPERACIONES |
| FECHA DE EVALUACIÓN | 18-01-2022 | PROYECTO | OFICINA PRINCIPAL |
| FECHA DE EMISIÓN | 18-01-2022 | | |
| DNI: | 48569912 | EDAD: | 27 años |
| SEXO: | MASCULINO | HISTORIA CLÍNICA | PQ4412-000109 |

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO

| | | | | | |
|---------------------|-----------|------------------------|-------------|------------------------|------------|
| Hemoglobina: | 14.9 g/dL | Grupo y Factor: | O Positivo | Orina Completa: | ANORMAL |
| Glucosa: | 84 mg/dL | Colesterol: | 163.9 mg/dL | Triglicéridos | 53.2 mg/dL |
| Col. HDL: | NO APLICA | Col. LDL: | NO APLICA | PSA: | NO APLICA |

TRIAJE

| | | | | | |
|--------------------------|--------------|----------------------------|--------------|------------------------|-------------------------|
| Talla: | 160 cm. | Peso: | 57 kg. | IMC: | 22.27 kg/m ² |
| Presión Arterial: | 110/70 mmHg. | Frec. Respiratoria: | 18 x minuto. | Frec. Cardiaca: | 86 x minuto. |

CONCLUSIÓN

- 1.- NORMOACUSIA BILATERAL.
 - 2.- EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION: EMETROPE
 - 3.- EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE NUTRICION: IMC NORMAL
 - 4.- DEFORMIDAD DE RODILLAS EN VARO
 - 5.- PIE CAVUS BILATERAL
 - 6.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL
 - 7.- HALLAZGOS ANORMALES EN LA ORINA: CETONURIA

RECOMENDACIONES

- 1.- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.
 - 2.- SU AGUDEZA VISUAL ES OPTIMA. NO OLVIDE REALIZAR UN CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.
 - 3.- DEBE LLEVAR UNA DIETA SALUDABLE Y REALIZAR EJERCICIO FÍSICO DIARIO POR 30 MINUTOS PARA MANTENER SU PESO ACORDE A SU TALLA.
 - 4.- SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.
 - 5.- SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.
 - 6.- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.
 - 7.- DEBIDO A LOS HALLAZGOS EN SU EXAMEN DE ORINA. SE LE SUGIERE ACUDIR A MEDICINA GENERAL PARA UNA EVALUACION MAS EXHAUSTIVA.



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra
Médico Evaluador
CMP 70087
DOKTUZ

Firma y Sello del Responsable de Revisión

EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES LUYO QUISURUCO JOSE LUIS EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.
 EDAD 27 FECHA: 18-01-2022
 OCUPACIÓN AYUDANTE DE PRODUCCION LENTES: NO USA
 FECHA ULTIMO CAMBIO _____

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

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

EXAMEN OCULAR EXTERNO :

OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

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

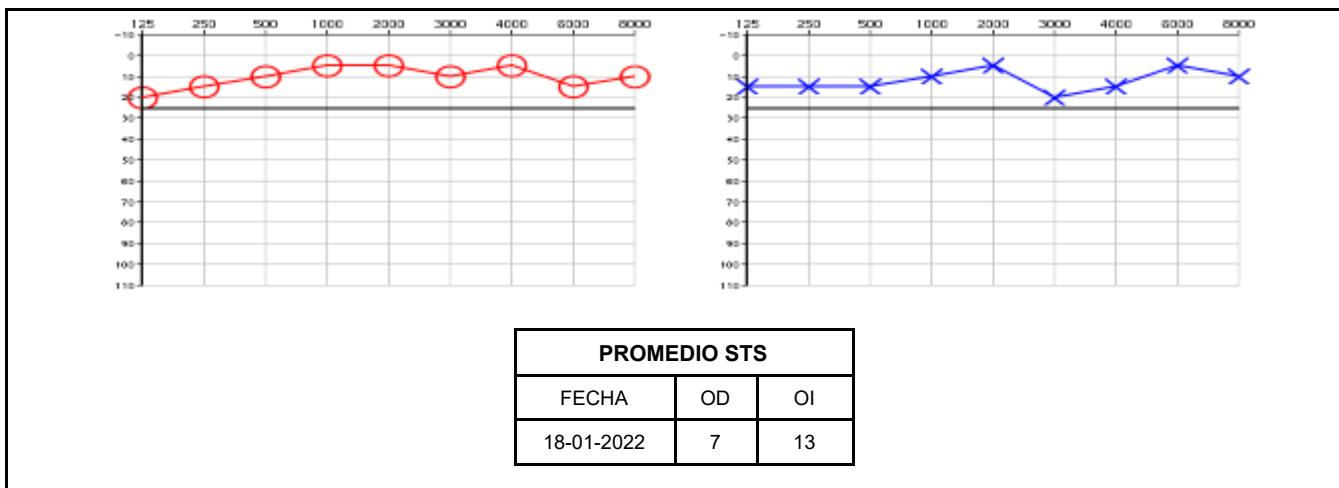
Nombre, Firma y Sello del Evaluador

Firma y Sello del Médico

FICHA AUDIOLÓGICA

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|------------------------|-------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|----------------------|---|----------------|-------------------------------------|------------------|
| Historia clínica | PQ4412-000109 | Ficha audiológica | | | | Audiometría | Marca: AMPLIVOX | | | | |
| Fecha del Examen | 18-01-2022 | EXAMEN | Pre-ocupacional | <input checked="" type="checkbox"/> | Periodica | | | Modelo: 240 | | | |
| | | | Retiro | | Otro | | | Nº Serie: 31635 Fecha de Calibración de Equipo: 0000-00-00 Fecha de Calibración Biológica: 18-01-2022 | | | |
| Nombres y apellidos | | JOSE LUIS LUYO QUISURUCO | | | | | | | | | |
| Edad | 27 | Sexo | MASCULINO | Empresa | PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C | | | | | | |
| Ocupación | AYUDANTE DE PRODUCCION | | | Años de Trabajo | 6M | Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d | | | 8 HORAS | | |
| Uso de protectores auditivos | Tapones | <input checked="" type="checkbox"/> | Siempre | Orejeras | <input checked="" type="checkbox"/> | Siempre | Apreciación al ruido | Ruido muy intenso | Ruido moderado | <input checked="" type="checkbox"/> | Ruido no molesto |

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



Conclusiones

OIDO DERECHO: Z01.1 NORMOACUSIA

OIDO IZQUIERDO: Z01.1 NORMOACUSIA

Recomendaciones

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



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

Firma y Sello del Responsable de evaluación



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

Firma y Sello del Responsable de Revisión

INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

I.- DATOS GENERALES

| | | | |
|---------------------|--------------------------------|----------------------|---------------------|
| PACIENTE | LUYO QUISURUCO JOSE LUIS | EDAD | 27 |
| LUGAR DE NACIMIENTO | Lima | F. NACIMIENTO | 27-04-1994 |
| LUGAR DE RESIDENCIA | CALLE UNION PROGRESO MZ.J LT.3 | F. EVALUACIÓN; | 18-01-2022 |
| PUESTO DE TRABAJO | AYUDANTE DE PRODUCCION | GRADO DE INSTRUCCIÓN | SECUNDARIA COMPLETA |
| EMPRESA | PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C | | |
| ESTADO CIVIL | SOLTERO | | |

II. - MOTIVO DE EVALUACIÓN: PREOCUPACIONAL

III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS:

| | | | | | | |
|--------------|---------------|----------------|------------|----------------|-----|------------|
| PRESENTACIÓN | Adecuado | (X) | Inadecuado | () | | |
| POSTURA | Erguida | (X) | Encorvada | () | | |
| DISCURSO | Ritmo: | Lento | () | Rápido | () | Fluido (X) |
| | Tono: | Bajo | () | Moderado | (X) | Alto () |
| | 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: | SUPERIOR | CI | 114 |
| 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 SUPERIOR. CON TENDENCIA A LA INTROVERSIÓN, MUESTRA BUENA DISPOSICIÓN PARA ALCANZAR OBJETIVOS COMUNES CON EL EQUIPO DE TRABAJO Y POSEE UNA BUENA CAPACIDAD PARA ADAPTARSE A LA VIDA LABORAL. NO EVIDENCIA INDICADORES HASTA LA FECHA.
2. Área Emocional : ESTABLE
3. Ansiedad: AUSENTE

VI.-RECOMENDACIONES

1. SE SUGIERE CONTROL ANUAL EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA.
2. SEGUIR FOMENTANDO EL BUEN CLIMA LABORAL, MANTENIENDO LAS BUENAS RELACIONES CON SUS COMPAÑEROS.

VII.- CONDICIÓN:

APTO



Lic. Isabel Gonzales Brair
Psicóloga
CPSP 6300
DOKTUS SAC

Firma y Sello del Responsable de la evaluación

FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: LUYO QUISURUCO JOSE LUIS EDAD 27 SEXO MASCULINO
 EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C PUESTO AYUDANTE DE PRODUCCION FECHA 18-01-2022

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

MOVILIDAD - DOLOR

| Columna vertebral | Flexión | Extensión | Lateralización Derecha | Lateralización Izquierda | Rotación derecha | Rotación izquierda | Limitación Funcional | Irradiación |
|-------------------|---------|-----------|------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|----------------------|-------------|
| Cervical | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | no | no |
| Dorsal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | no | no |
| Lumbar | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | no | no |

| | |
|----------------|----------|
| Pueba de Adams | Negativo |
|----------------|----------|

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

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

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

| EVALUACIÓN DE LA MARCHA | | Sí | No |
|---|--------|----|----|
| Realiza el contacto inicial con apoyo de talón. | | X | |
| Movimiento armónico de rodilla, tobillo y pie | | X | |
| La longitud del paso es simétrico. | | X | |
| Presenta claudicación de uno de los miembros inferiores | | X | |
| Integración de ambos hemicuerpos | | X | |
| Tipo de pisada | Normal | | |

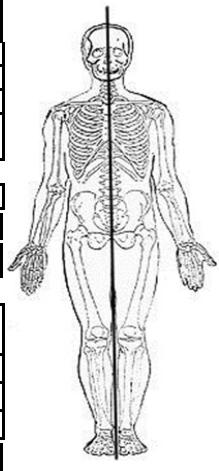
| SIGNOS Y SÍNTOMAS | |
|-------------------|---|
| GRADO 0 | Ausencia de signos y síntomas. |
| GRADO 1 | Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva. |
| GRADO 2 | Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización. |
| GRADO 3 | Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión. |
| GRADO 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 |
| 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 OSTEOARTICULARES. |



EXTREMIDADES

| | |
|------------------------|--|
| M21.1 | DEFORMIDAD DE RODILLAS EN VARO |
| Recomendaciones | SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. |
| Q66.7 | PIE CAVUS BILATERAL |
| Recomendaciones | SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. |
| OTROS | |



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo
Terapia Física
CTMP 10444
DOKTUZ

Nombre y Firma del Evaluador



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo
Terapia Física
CTMP 10444
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

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

FICHA MUSCULO ESQUELETICA POR MÉDICO

N° DE HISTORIA CLINICA

PQ4412-000109

APELLIDOS Y NOMBRES

LUYO QUISURUCO JOSE LUIS

DNI

PER 48569912

TIPO DE EXAMEN:

PREOCUPACIONAL

SEXO

MASCULINO

FECHA DEL EXAMEN

18-01-2022

I. N° 1: Riesgos

| | | | | | | |
|------------------|-----------|-----|----------------|---|-------------|------|
| PUESTO OPERATIVO | OPERATIVO | 100 | ADMINISTRATIVO | 0 | Horas /días | 12/4 |
|------------------|-----------|-----|----------------|---|-------------|------|

| | | | | |
|---------|---------|---|---------------|-----|
| POSTURA | SEDEnte | 0 | BIPEDESTACIÓN | 100 |
|---------|---------|---|---------------|-----|

| | | | | | |
|-----------------|----|--|-----------------------|----|--|
| POSTURA FORZADA | NO | | MOVIMIENTO REPETITIVO | SI | FLEXION Y EXTENSION DE MIEMBROS SUPERIORES |
|-----------------|----|--|-----------------------|----|--|

| | | | | | | |
|--------------------------------|----|------------|---|------|----|----|
| ¿MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGA? | SI | PESO ENTRE | 1 | Kg y | 25 | Kg |
|--------------------------------|----|------------|---|------|----|----|

| | | | | | | | | | |
|---------|---|--------|---|--------|---|-----------|--|----------|---|
| LEVANTA | X | COLOCA | X | EMPUJA | X | TRACCIONA | | DESPLAZA | X |
|---------|---|--------|---|--------|---|-----------|--|----------|---|

| | | | |
|------------------------------------|----|-------------|--|
| ¿USUARIO DE PANTALLA VISUAL (PVD)? | NO | Horas /días | |
|------------------------------------|----|-------------|--|

| | | | | |
|------------|---------|---|-------|--|
| DOMINANCIA | DIESTRO | X | ZURDO | |
|------------|---------|---|-------|--|

II. N° 2: Evaluación.

CUESTIONARIO DE SINTOMAS (Comentar si tiene o no relación con el puesto de trabajo)

| | Ha tenido problema (dolor, aumento de volumen, curvaturas,etc) en los últimos 12 meses a nivel de | Durante los últimos 12 meses ha estado incapacitado para su trabajo (en caso o fuera) por causa del problema | Ha tenido problemas en los últimos siete días |
|-----------------------|---|--|---|
| Nuca /Cuello | Si () No (X) | Si () No (X) | Si () No (X) |
| Hombro derecho | Si () No (X) | Si () No (X) | Si () No (X) |
| Hombro izquierdo | Si () No (X) | Si () No (X) | Si () No (X) |
| Codo derecho | Si () No (X) | Si () No (X) | Si () No (X) |
| Codo izquierdo | Si () No (X) | Si () No (X) | Si () No (X) |
| Muñeca/Mano der. | Si () No (X) | Si () No (X) | Si () No (X) |
| Muñeca/Mano izq. | Si () No (X) | Si () No (X) | Si () No (X) |
| Ambos | Si () No (X) | Si () No (X) | Si () No (X) |
| Columna dorsal | Si () No (X) | Si () No (X) | Si () No (X) |
| Columna lumbar | Si () No (X) | Si () No (X) | Si () No (X) |
| Cadera derecha | Si () No (X) | Si () No (X) | Si () No (X) |
| Cadera izquierda | Si () No (X) | Si () No (X) | Si () No (X) |
| Rodilla derecha | Si () No (X) | Si () No (X) | Si () No (X) |
| Rodilla izquierda | Si () No (X) | Si () No (X) | Si () No (X) |
| Tobillo/Pie derecho | Si () No (X) | Si () No (X) | Si () No (X) |
| Tobillo/Pie izquierdo | Si () No (X) | Si () No (X) | Si () No (X) |

EXPLORACION FÍSICA DE ARTICULACIONES

| Articulación | | Abducción | Adducción | Flexión | Extensión | Rot. Ext. | Rot. Int. | Limitación Funcional | Irrad. | Alt. Masa Muscular |
|---------------|------|-----------|-----------|---------|-----------|-----------|-----------|----------------------|--------|--------------------|
| Hombro | Der. | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | no | no | no |
| | Izq. | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | no | no | no |
| Codo | Der. | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | no | no | no |
| | Izq. | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | no | no | no |
| Muñeca | Der. | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | no | no | no |
| | Izq. | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | no | no | no |
| Manos y dedos | Der. | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | no | no | no |
| | Izq. | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | no | no | no |
| Cadera | Der. | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | no | no | no |
| | Izq. | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | no | no | no |
| Rodilla | Der. | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | no | no | no |
| | Izq. | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | no | no | no |
| Tobillo | Der. | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | no | no | no |
| | Izq. | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | no | no | no |

| Muñeca | | +/- | Pie | | +/- |
|----------------------|-----|-----|---------------|-----|-----|
| Test de Phalen | Der | - | Cavo | Der | - |
| | Izq | - | | Izq | - |
| Test de Tinel | Der | - | Plano | Der | - |
| | Izq | - | | Izq | - |
| Signo de Finkelstein | Der | - | Hallux Valgus | Der | - |
| | Izq | - | | Izq | - |

COLUMNA VERTEBRAL

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

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

EJE LATERAL

| Eje lateral | Normal | Derecha | Izquierda |
|-------------|--------|---------|-----------|
| Dorsal | X | | |
| Lumbar | X | | |

EXAMEN FÍSICO

MOVILIDAD - DOLOR

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

PALPACIÓN (Marque con una X)

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

MANIOBRA RADICULO /DISCOPASTÍAS

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

REFLEJOS

| | | | | |
|-----------|------|--------|------|--------|
| ROTULIANO | Der. | normal | Izq. | normal |
| AQUILEO | Der. | normal | Izq. | normal |

| | | |
|-----------------------|----|--|
| Mutilación de Miembro | NO | |
|-----------------------|----|--|

III. N° 3: Comentarios.

DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES

IV. N° 4: Diagnóstico

Z04.9 EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL

V. N° 5: Recomendaciones

SE LE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS REGULARES (30 MINUTOS DIARIOS Y 5 VECES POR SEMANA) Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. LE AYUDARÁN A PREVENIR MOLESTIAS OSTEOMUSCULARES.



Dra. Yerussa Paredes García Urrutia
Médico Cirujano
CMP 69925
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

INFORME RADIOGRÁFICO

PACIENTE: LUYO QUISURUCO JOSE LUIS

EDAD: 27

SEXO: MASCULINO

EMPRESA: PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

PUESTO: AYUDANTE DE PRODUCCION

INFORME

El estudio radiográfico de tórax realizado muestra:

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

DIAGNÓSTICO:

- (Z01.6) TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL

Lima, 18 de Enero del 2022



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

Firma y Sello del Médico

| | | | | |
|-----------|--------------------------|-------------------|---------|-------------------|
| Paciente: | LUYO QUISURUCO JOSE LUIS | | | |
| Médico: | COLICHON ALEJANDRO | Edad: | 27 años | Genero: MASCULINO |
| Fecha: | 18-01-2022 | Historia Clínica: | | PQ4412-000109 |

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

BIOQUIMICA

| | | | |
|------------------|-------|-------|--|
| GLUCOSA BASAL | 84 | mg/dL | 74 - 106 |
| COLESTEROL TOTAL | 163.9 | mg/dL | Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL |
| TRIGLICERIDOS | 53.2 | 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: | LUYO QUISURUCO JOSE LUIS | | |
| Médico: | COLICHON ALEJANDRO | Edad: | 27 años |
| Fecha: | 18-01-2022 | Genero: | MASCULINO |

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

HEMATOLOGIA

GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

O
Positivo
NORMAL

5.21 $\times 10^3/\mu\text{L}$

4.5 - 11

FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

65.7 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

0.6 %

0 - 3

BASOFILOS %

0.6 %

0 - 1

MONOCITOS %

8.3 %

3 - 6

LINFOCITOS %

24.8 %

24 - 44

SEGMENTADOS

3.43 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

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

0.0 - 0.7

BASOFILOS

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

(0 - 0.09)

MONOCITOS

0.43 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

1.29 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

4.98 $\times 10^6/\mu\text{L}$

4.5 - 5.5

HEMOGLOBINA

14.9 g/dL

13.5 - 17.5

HEMATOCRITO

43.2 %

41 - 53

VCM

86.7 μm^3

80.0 - 100

HCM

29.9 pg

26 - 34

CHCM

34.5 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

260 $\times 10^3/\mu\text{L}$

150.0 - 350

OBSERVACIONES



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

FIRMA

| | | | |
|-----------|--------------------------|---------|-----------|
| Paciente: | LUYO QUISURUCO JOSE LUIS | | |
| Médico: | COLICHON ALEJANDRO | Edad: | 27 años |
| Fecha: | 18-01-2022 | Genero: | MASCULINO |

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

URIANALISIS

| | | |
|---------------------------------|-------------------|---------------|
| CUERPOS CETONICOS | 150 | 0 - 14 |
| EXAMEN COMPLETO DE ORINA | ANORMAL | |
| EXAMEN FISICO: | | |
| COLOR | Amarillo | |
| ASPECTO | Transparente | TRANSPARENTE |
| EXAMEN QUIMICO: | | |
| DENSIDAD | 1.025 | 1.005 - 1.030 |
| pH | 5 | 5 - 8 |
| GLUCOSA | Negativo | NEGATIVO |
| PROTEINAS | Negativo | 0 - 15 |
| PIGMENTOS BILIARES | Negativo | NEGATIVO |
| UROBILINOGENO | Negativo | NEGATIVO |
| NITRITOS | Negativo | NEGATIVO |
| SANGRE | Negativo | NEGATIVO |
| SEDIMENTO URINARIO: | | |
| CELULAS EPITELIALES | Escamosas Escasas | |
| LEUCOCITOS | 1 por campo | 0 - 5 |
| HEMATIES | 1 por campo | 0 - 2 |
| CILINDROS | No se observan | |
| CRISTALES | No se observan | |
| OBSERVACIONES | | |



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

FIRMA

| | | | |
|-----------|--------------------------|---------|-----------|
| Paciente: | LUYO QUISURUCO JOSE LUIS | | |
| Médico: | COLICHON ALEJANDRO | Edad: | 27 años |
| Fecha: | 18-01-2022 | Genero: | MASCULINO |

| 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
CNP 003634 RNE 012471

FIRMA



LUYO QUISURUCO JOSE LUIS

PER 48569912

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



4

RUTA N

Preocupacional

| | | | |
|---------------------|------------------------|----------------|----------------------|
| DNI | 48569912 | FECHA | 18-01-2022 |
| EDAD | 27 | PERFIL | OPERATIVO 1-NOV 2021 |
| Nº HISTORIA CLINICA | PQ4412-000109 | SEXO | MASCULINO |
| HORA DE INICIO EMO | 07:34:05 | 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. Antón Jabo Janet Elizabeth Tecnólogo Médico C.N.M. 10444 | | Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo |
| MEDICINA GENERAL | Teruza Paredes Gómez MEDICO GÉNERO C.M.P. 6925 | MP | Examen Medico |
| PSICOLOGÍA | | S.B | BARSIT Examen Psicologico |
| OFTALMOLOGÍA | | A.O | Examen Oftalmológico Ocupacional |
| AUDIOMETRÍA | | P.G | Audiometria Aerea y Osea |
| DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES | | EC | Radiografía de Tórax |
| ESPIROMETRÍA | | | ESPIROMETRÍA |
| LABORATORIO | | FA | COLESTEROL TOTAL, ORINA, EXAMEN COMPLETO, Glucosa Ayunas, GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH, HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO, TRIGLICÉRIDOS, COCAÍNA CUALITATIVA, EXAMEN (MARIHUANA) CUALITATIVO |
| EXAMENES PENDIENTE | | | Fecha Programada: |
| EXAMENES COMPLETADOS | | Sello: Iniciales: | Fecha: |

| TRIAJE | | | | | | | |
|-----------------|-------|------------------|-------|-------------|------|-----------------|------|
| Peso | - 57 | Talla | - 160 | IMC | - | P. Abdominal | - 80 |
| P.A. Sistólica | - 110 | P.A. Diastólica | - 70 | F. Cardiaca | - 86 | F. Respiratoria | - 18 |
| Temperatura | - 36 | Sat. O2 | - 96 | | | | |
| Cintura | - 79 | Cadera | - 83 | Indice C-C | - | | |
| P.T. Espiración | - 89 | P.T. Inspiración | - 94 | P.T. Reposo | - 92 | | |

CREADO POR: VELA SANCHEZ GUADALUPE FECHA: 18-01-2022 HORA: 07:33:10

V01



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

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

1. Los exámenes médicos ocupacionales son de acuerdo al perfil laboral que corresponde, con el fin de determinar mi estado de salud.
2. El examen de salud incluirá lo siguiente (los exámenes que se me realizarán pueden variar, y dependerá del perfil médico que mi empresa designe para mi puesto):
 - a. 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. 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:

LUYO QUISURUCO JOSE LUIS

Fecha de Consentimiento:

18-01-2022

DNI:

PER 48569912

Firma del paciente



Huella digital del paciente



Dra. Lucy Muñoz Valdés
Coordinadora de Evaluación Ocupacional - Auditora
CMP 45724 RMA C10631
DOKTUS SAC

Firma y sello del médico

V01



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

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICAS

Yo, LUYO QUISURUCO JOSE LUIS Identificado con D.N.I.

Nº PER 48569912 acudo a la Clínica

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

Por ello, autorizo el uso de mi firma y huella digital electrónicas para que se incluyan exclusivamente en los siguientes documentos que se generen el día 18-01-2022:

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

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

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

Firmo y dejo huella original para constatar lo mencionado.



Firma manuscrita del paciente

DNI: PER 48569912

Fecha: 18-01-2022



Firma Electrónica del paciente

DNI: PER 48569912

Fecha: 18-01-2022



Huella Digital del Paciente

DNI: PER 48569912

Fecha: 18-01-2022

V01



Huella Electrónica del paciente

DNI: PER 48569912

Fecha: 18-01-2022

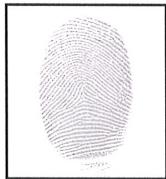


| | | |
|--|--|-----------------------------------|
|  <p>Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751639</p> | DIRECCIÓN MÉDICA | Código y Versión: DM-FR-006.02 |
| | Título: CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO | Fecha de Emisión: 2017-MAY-16 |
| | | Página: 1 de 1 |

CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO

Yo, LUYO QUISURUCO JOSE LUIS, identificado (a) con DNI N° PER 48569912, 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 Dokt

Firma

FECHA : 18 / 01 / 21
DIA MES AÑO

V01



| | | |
|---|--|-----------------------------------|
| Doktuz Tessela 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, LUYO QUISURUCO JOSE LUIS de 27 años de edad
trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado
con D.N.I/Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 48569912
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: LUYO QUISURUCO JOSE LUIS
DNI: PER 48569912
Fecha de Autorización: 18-01-2022

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Dra. Ludy Murnina Valdés
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora
CNP 45724 - RNA 04081
DOKTUS SAC

Firma y sello del médico
V01



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

| | |
|--------|--------------|
| Fecha: | 18-01-2022 |
| DNI: | PER 48569912 |

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"/> |
| 2 | Sufre Usted de alguna enfermedad? | SI <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3 | Tuvo alguna hospitalización por alguna enfermedad (no se considera por embarazo) en los pasados 10 años? | SI <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4 | Usted ha tenido algún tratamiento quirúrgico (cirugía) | SI <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4.1 | Esta cirugía o tratamiento quirúrgico ha afectado su estado de salud hasta la actualidad | SI <input checked="" 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"/> |
| 6 | Usted ha presentado algún tipo de lesión producto de un accidente? | SI <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7 | Alguna vez usted ha pasado una evaluación de invalidez por alguna enfermedad o accidente? | SI <input checked="" 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 solo 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 tipificara como falta grave).

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

Yerussa Paredes García Urutia

Firma y sello del Médico Evaluador

V01



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA EN LABORATORIO CLINICO

APELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO: Luyo Quisurco José Luis
DNI, PAS O CE: 48569912 EDAD: 27
TELÉFONOS: 931243583

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: NO

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

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

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

Firma del Paciente o Persona Responsable
Documento de Identidad: 48569912
Fecha: 18-01-2022

DESISTIMIENTO O REVOCACION

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

Firma del Paciente o Persona Responsable

Documento de Identidad: _____

Fecha: _____



Doktuz

ANTECEDENTES LABORALES

Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres: Lugo Quiñones José Luis

DNI: 48569912

FECHA: 18-01-2022



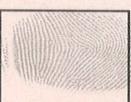
ANTECEDENTES OCUPACIONALES

| Nº | EMPRESA (Nombre de la empresa que trabajó) | ACTIVIDAD DE LA EMPRESA (A qué se dedicaba la empresa) | ÁREA DE TRABAJO (En qué área estuvo) | OCUPACIÓN O CARGO ¿Qué ocupación, cargo o puesto tenías en la empresa? | FECHA | TIEMPO Años / Meses | EXPOSICIÓN | USO DE EPP ¿Usó equipo de protección personal? | | | |
|----|---|---|---|---|------------|------------------------|---------------|---|-------|--------------------|-------|
| | | | | | | | | AÑO INICIO | AÑOS: | GUANTES | LENTE |
| 1 | PARAISO | AYUDANTE DE PRODUCCIÓN. | PRODUCCIÓN. | AYUDANTE | 2021 | 6 | RUIDO | X | | | X |
| 2 | KONECTA | ATENCIÓN AL CLIENTE | | ASSESOR. | 2019 | 2 | DISERGONOMICO | X | | MASCARILLA | X |
| 3 | TALMA | ESTIBADORES | CIBERIA | AYUDANTE ESTIBA | 2017 | 1 | DISERGONOMICO | X | | TAPONES / OREJERAS | X |
| 4 | | | | | AÑO INICIO | AÑOS: | POLVO | | | OTROS: | |
| 5 | | | | | AÑO SALIDA | MESES: | QUÍMICOS | | | GUANTES | X |
| 6 | | | | | AÑO INICIO | AÑOS: | BIOLÓGICOS | | | LENTES | X |
| | | | | | AÑO SALIDA | MESES: | QUÍMICOS | | | MASCARILLA | X |
| | | | | | AÑO INICIO | AÑOS: | POLVO | | | TAPONES / OREJERAS | X |
| | | | | | AÑO SALIDA | MESES: | QUÍMICOS | | | OTROS: FAJA | X |
| | | | | | AÑO INICIO | AÑOS: | RUIDO | | | GUANTES | |
| | | | | | AÑO SALIDA | MESES: | DISERGONOMICO | | | LENTES | |
| | | | | | AÑO INICIO | AÑOS: | QUÍMICOS | | | MASCARILLA | |
| | | | | | AÑO SALIDA | MESES: | BIOLOGICOS | | | TAPONES / OREJERAS | |
| | | | | | AÑO INICIO | AÑOS: | POLVO | | | OTROS: | |
| | | | | | AÑO SALIDA | MESES: | RUIDO | | | GUANTES | |
| | | | | | AÑO INICIO | AÑOS: | DISERGONOMICO | | | LENTES | |
| | | | | | AÑO SALIDA | MESES: | QUÍMICOS | | | MASCARILLA | |
| | | | | | AÑO INICIO | AÑOS: | BIOLOGICOS | | | TAPONES / OREJERAS | |
| | | | | | AÑO SALIDA | MESES: | POLVO | | | OTROS: | |
| | | | | | AÑO SALIDA | MESES: | RUIDO | | | GUANTES | |
| | | | | | AÑO SALIDA | MESES: | DISERGONOMICO | | | LENTES | |
| | | | | | AÑO SALIDA | MESES: | QUÍMICOS | | | MASCARILLA | |
| | | | | | AÑO SALIDA | MESES: | OTROS: | | | TAPONES / OREJERAS | |

Yerusa Paola García Urrieta
Asistente de Oficina

Firma del Médico

OF



Firma del Trabajador



4

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

Yo, José Luis Luyo Quisurco, identificado con DNI N° 40569912 y fecha de nacimiento 27/04/1994, 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: AVENIDA FOCET.

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: OP. Fecha: 18-01-2022.

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 Eber Acosta Ospina N° de DNI 40569912
 Certifico que la muestra corresponde al donante identificado en la sección 1, la cual proporciono si problemas.
 NOTA: _____

Firma [Firma]

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

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

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

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

Es positiva para los siguientes analitos: _____

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

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

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

Nombre y Apellido _____ DNI N° _____ Firma _____ Fecha _____

CONFIDENCIAL, NO DEBE SER FOTOCOPIADO SIN PERMISO DEI | LÍDER DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA | PPE-PE-F01-V01