

Historia Clínica N°	PQ4412-000068			Fecha	Día	11	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 MIGUEL IBAÑEZ VARGAS										
Fecha de nacimiento		Día	15	Mes	12	Año	1997					
Edad	24	años										
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)					PER 75622596							
Domicilio fiscal												
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje		MZ BLT 14 SANTA ROSA										
Número/Departamento/Interior			-			Urbanización			-			
Distrito	-		Provincia	-		Departamento	-					
Residencia en lugar Trabajo		SI	NO	X	Tiempo de residencia en Lugar de trabajo						años	
ESSALUD	X	EPS	-	OTRO	-	SCTR	-	OTRO	-			
Correo electrónico		IBANEZVARGASJOSEMIGUEL@GMAIL.COM				Teléfono		936582882				
Estado Civil		CONVIVIENTE				Grado de instrucción		TECNICO INCOMPLETO				
Nº total de hijos vivos		1				Nº de dependientes		1				
III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES												
EMPRESA	Área de trabajo		Ocupación			Fecha	Tiempo	Exposición ocupacional	EPP			
ALS PERÚ	PLANTA		OPERARIO			I	Oct 2021	X	posturas, caídas, cargas, químicos, disergonomicos, movimientos repetitivos, polvo	botas, lentes, ropa, mascarilla, guantes		
						F	Ene 2022					
						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	Días de descanso
	SI	NO		
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

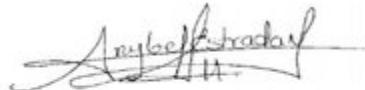
NO REFIERE

Examen clínico	Talla (cm)	163	Peso (Kg)	79	IMC	29.73	Perímetro abdominal	98							
	Fr. Resp.	18	F. Card.	72	PA	100 / 70	PAmed	80							
	Otros	S O2 98 %	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							
		Agudeza Visual Lejos	OD	20/30	OI	20/30	Con correctores	OD	OI						
		Fondo de ojo	OD	NO REALIZADO	OI	NO REALIZADO	Visión de colores	OD	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 Garcia 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							
TRIGLICERIDOS EN LIMITE SUPERIOR							
X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA							
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL LEVE 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	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL LEVE BILATERAL			P	D	R	H90.4
7	AMETROPÍA LEVE NO CORREGIDA			P	D	R	H52.X
8	SOBREPESO			P	D	R	E67.X
9	PIE PLANO BILATERAL			P	D	R	M21.4
10	TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL			P	D	R	Z04.9
11	TRIGLICERIDOS EN LIMITE SUPERIOR			P	D	R	E78.1
APTO	APTO CON RESTRICCIONES	X	NO APTO				
XIV . RECOMENDACIONES							
<ul style="list-style-type: none"> - SE LE SUGIERE USO ESTRICTO DE PROTECTOR AUDITIVO EN CASO DE RUIDO IGUAL O MAYOR A 85 DB DURANTE LA JORNADA LABORAL DE 8 HORAS. EVITE CONDUCTAS DE RIESGO EXTRALABORAL (USO DE AUDIFONOS). ACUDA A OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA ESTUDIO DE HIPOACUSIA. - SE LE SUGIERE USO DE LENTES CORRECTORES Y EL CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA. - SE LE SUGIERE UNA DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, INCREMENTE LA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS, NO OLVIDE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA. ACUDA A NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA PARA SU EVALUACIÓN. - SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. - SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO. - SE LE SUGIERE DIETA BAJA EN GRASAS SATURADAS Y ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR. REPITA EL EXAMEN EN 3 MESES. EVALUACIÓN Y MANEJO POR MEDICINA GENERAL. 							
  Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra Médico Evaluador CMP 70087 DOKTUZ							
Nombre, Firma y Sello del Médico Ocupacional							



**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL
PREOCUPACIONAL**

APELLOS Y NOMBRES		IBAÑEZ VARGAS JOSE MIGUEL		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		PER 75622596		
DNI (<input checked="" type="checkbox"/>)	C.E. (<input type="checkbox"/>)			
EDAD	24 años			
GÉNERO	MASCULINO			
PUESTO AL QUE POSTULA (SOLO PRE OCUPACIONAL)		AYUDANTE DE PRODUCCION		
EMPRESA		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C	SEDE O PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

CONCLUSIONES

GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH: A POSITIVO

ALTURA ESTRUCTURAL: NO APLICA

ALERGIA: NIEGA

APTO		RESTRICCIONES 1 SE RESTRINGE LA EXPOSICIÓN A RUIDO MAYOR A 85 DECIBELES SIN PROTECCIÓN AUDITIVA
APTO CON RESTRICCIÓN	X	
NO APTO		MOTIVO DE OBSERVACIÓN, NO APTITUD O APTITUD NO DETERMINADA:
OBSERVADO		
FECHA DEL EXAMEN 11-01-2022		



Dra. Ludy Murguia Valdivia
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora
CMP 45724 - RNA 04081
DOKTUS SAC

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO OCUPACIONAL

INFORME MÉDICO

APELLIDOS Y NOMBRES:	IBAÑEZ VARGAS JOSE MIGUEL		
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		

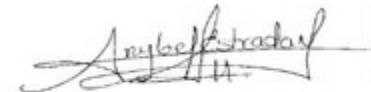
TIPO DE EVALUACION:	PREOCUPACIONAL		
PUESTO	AYUDANTE DE PRODUCCION	AREA DE TRABAJO	OPERACIONES
FECHA DE EVALUACIÓN	11-01-2022	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL
FECHA DE EMISIÓN	11-01-2022		
DNI:	75622596	EDAD:	24 años
		SEXO:	MASCULINO
		HISTORIA CLÍNICA	PQ4412-000068

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO							
Hemoglobina:	14.6 g/dL	Grupo y Factor:	A Positivo		Orina Completa:	NORMAL	
Glucosa:	98 mg/dL	Colesterol:	168.9 mg/dL		Triglicéridos	150.9 mg/dL	
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA		PSA:	NO APLICA	

TRIAJE					
Talla:	163 cm.	Peso:	79 kg.	IMC:	29.73 kg/m ²
Presión Arterial:	100/70 mmHg.	Frec. Respiratoria:	18 x minuto.	Frec. Cardiaca:	72 x minuto.

CONCLUSIÓN					
1.- HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL LEVE BILATERAL.					
2.- AMETROPÍA LEVE NO CORREGIDA					
3.- SOBREPESO					
4.- PIE PLANO BILATERAL					
5.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL					
6.- TRIGLICERIDOS EN LIMITE SUPERIOR					

RECOMENDACIONES					
1.- PACIENTE ACUDE POR ESPECIALIDAD: SE RECOMIENDA EL USO DE PROTECTORES AUDITIVOS EN CENTRO LABORAL CON RUIDO. CONTROL ANUAL.					
2.- SE LE SUGIERE USO DE LENTES CORRECTORES Y EL CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.					
3.- SE LE SUGIERE UNA DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, INCREMENTE LA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS, NO OLVIDE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA. ACUDA A NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA PARA SU EVALUACIÓN.					
4.- SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.					
5.- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.					
6.- SE LE SUGIERE DIETA BAJA EN GRASAS SATURADAS Y ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR. REPITA EL EXAMEN EN 3 MESES. EVALUACIÓN Y MANEJO POR MEDICINA GENERAL.					




Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra
 Médico Evaluador
 CMP 70087
 DOKTUZ

Firma y Sello del Responsable de Revisión



EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES IBAÑEZ VARGAS JOSE MIGUEL EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C
 EDAD 24 FECHA: 11-01-2022
 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	20/30	20/30				
BINOCULAR	20/30					

REFLEJOS PUPILARES

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

FONDO DE OJO

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

TONOMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

CAMPIMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

OTRAS EVALUACIONES:

NO APLICA

DIAGNÓSTICOS:

(H52.X) AMETROPIA LEVE NO CORREGIDA



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

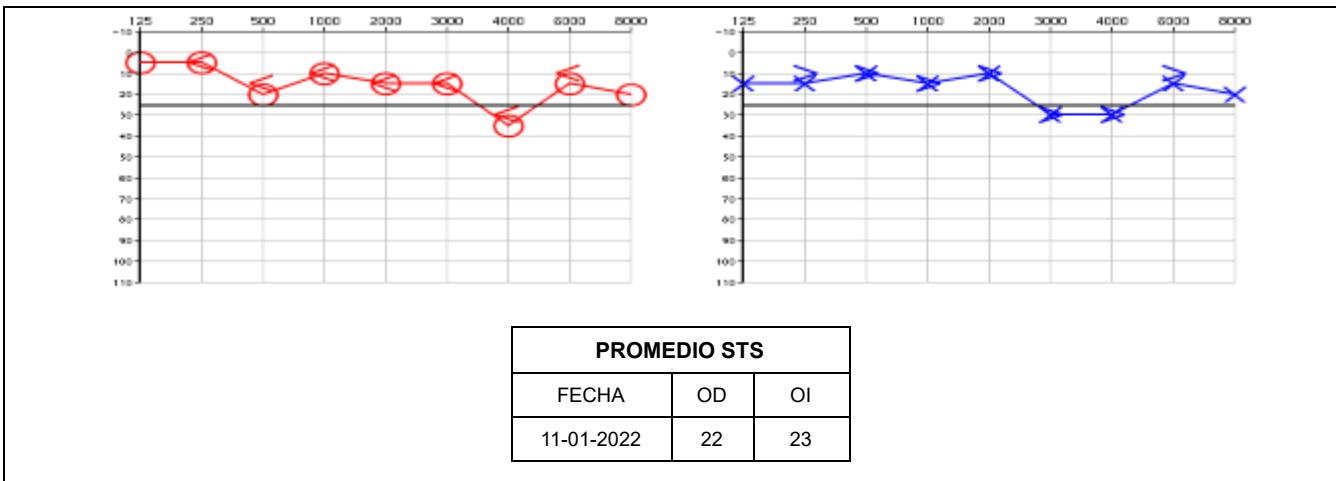
Nombre, Firma y Sello del Evaluador

Firma y Sello del Médico

FICHA AUDIOLÓGICA

Historia clínica	PQ4412-000068	Ficha audiológica						Audiometría	Marca: AMPLIVOX			
Fecha del Examen	11-01-2022	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: 11-01-2022					
Nombres y apellidos		JOSE MIGUEL IBAÑEZ VARGAS										
Edad	24	Sexo	MASCULINO	Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C							
Ocupación	AYUDANTE DE PRODUCCION			Años de Trabajo		6 AÑOS	Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d			10 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		X		Disminución de la audición					X
Consumo de tabaco		X		Acúfenos					X
Servicio militar			X	Dolor de oídos					X
Hobbies con exposición a ruido		X		Zumbidos					X
Exposición laboral a químicos			X	Mareos					X
Infección de oídos			X	Infección de oído					X
Uso de ototóxicos			X	Exposición reciente a ruidos en las últimas 18 horas					X
Traumatismo encéfalo craneano, Meningitis			X	Otros				X	
Trauma acústico			X	PACIENTE REFIERE TRABAJA CON RUIDOS DE MAQUINAS DE PRODUCCION / MONTACARGA 6 AÑOS					
Parotiditis		X							
Deportes Acuáticos			X						
Parálisis Facial			X						
OTOSCOPIA:	Oido Derecho: NORMAL CAE Permeable, Membrana timpánica íntegra Oido Izquierdo: NORMAL CAE Permeable, Membrana timpánica íntegra								

**Conclusiones**

OIDO DERECHO: H90.4 HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL LEVE
OIDO IZQUIERDO: H90.4 HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL LEVE

Recomendaciones

SE LE SUGIERE USO ESTRICTO DE PROTECTOR AUDITIVO EN CASO DE RUIDO IGUAL O MAYOR A 85 DB DURANTE LA JORNADA LABORAL DE 8 HORAS. EVITE CONDUCTAS DE RIESGO EXTRALABORAL (USO DE AUDIFONOS). ACUDA A OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA ESTUDIO DE HIPOACUSIA.

Lic. Johana Lisset Golcoches Lulquis
Licenciada de Enfermería
Nº Colegiatura 092057 CAGHC 502921 NIO SH 8664
DOKTUZ



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

Firma y Sello del Responsable de evaluación

Firma y Sello del Responsable de Revisión

INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

I.- DATOS GENERALES

PACIENTE	IBAÑEZ VARGAS JOSE MIGUEL	EDAD	24
LUGAR DE NACIMIENTO	MZ BLT 14 SANTA ROSA	F. NACIMIENTO	15-12-1997
LUGAR DE RESIDENCIA	AYUDANTE DE PRODUCCION	F. EVALUACIÓN;	11-01-2022
PUESTO DE TRABAJO	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C	GRADO DE INSTRUCCIÓN	TECNICO INCOMPLETO
EMPRESA			
ESTADO CIVIL	CONVIVIENTE		

II. - MOTIVO DE EVALUACIÓN: PREOCUPACIONAL
III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS:

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

IV.- RESULTADOS DE EVALUACION

1. Nivel Intelectual:	SUPERIOR	CI	116
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. SE DEFINE COMO ORDENADO, ORGANIZADO, METÓDICO Y TRATA DE MANTENER UNA BUENA RELACIÓN CON SU ENTORNO 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. TRATE DE DESARROLLAR ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EFECTIVAS Y ADECUADAS PARA LA TOMA DE DECISIONES.

VII.- CONDICIÓN:

APTO




Lic. Isabel Gonzales Brair
 Psicóloga
 CPSP 6380
 DOKTUZ SAC

Firma y Sello del Responsable de la evaluación

FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: IBAÑEZ VARGAS JOSE MIGUEL EDAD 24 SEXO MASCULINO
 EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C PUESTO AYUDANTE DE PRODUCCION FECHA 11-01-2022

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

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

Puba 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	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Codo	Der.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Muñeca	Der.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Cadera	Der.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Rodilla	Der.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Tobillo	Der.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	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:
- Palanca	Errores:
Rango Articulares	

RESULTADOS

POSTURA	Óptima
---------	--------

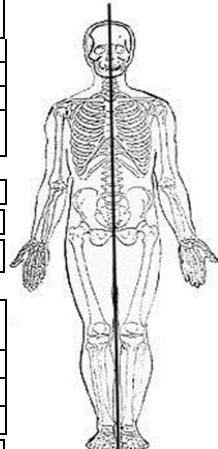
CIE 10 DIAGNÓSTICO PARA COLUMNA VERTEBRAL

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

EXTREMIDADES

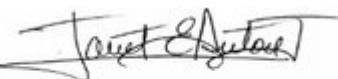
M21.4	PIE PLANO BILATERAL
Recomendaciones	SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.

OTROS





Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo
Terapia Fisica
CTMP 10444
DOKTUZ



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo
Terapia Fisica
CTMP 10444
DOKTUZ

Nombre y Firma del Evaluador

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

Nº DE HISTORIA CLINICA

PQ4412-000068

APELLIDOS Y NOMBRES

IBAÑEZ VARGAS JOSE MIGUEL

DNI

PER 75622596

TIPO DE EXAMEN:

PREOCUPACIONAL

SEXO

MASCULINO

FECHA DEL EXAMEN

11-01-2022

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 Frinkelstein	Der	-	Hallux Valgus	Der	-
	Izq	-		Izq	-

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

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

EJE LATERAL

Eje lateral	Normal	Derecha	Izquierda
Dorsal	X		
Lumbar	X		

EXAMEN FÍSICO

MOVILIDAD - DOLOR

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

PALPACIÓN (Marque con una X)

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

MANIOBRA RADICULO /DISCOPASTÍAS

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

REFLEJOS

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

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

III. N° 3: Comentarios.

DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES

IV. N° 4: Diagnóstico

Z04.9 EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL

V. N° 5: Recomendaciones

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



Dra. Yerussa Paredes García Urrutia
Médico Cirujano
CMP 69925
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico



INFORME RADIOGRÁFICO

PACIENTE: IBAÑEZ VARGAS JOSE MIGUEL

EDAD: 24

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, 11 de Enero del 2022



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

Firma y Sello del Médico



EXAMEN DE LABORATORIO



Paciente:	IBAÑEZ VARGAS JOSE MIGUEL			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	24 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	11-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000068

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

BIOQUIMICA

GLUCOSA BASAL	98	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	168.9	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	150.9	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:	IBAÑEZ VARGAS JOSE MIGUEL		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	24 años
Fecha:	11-01-2022	Historia Clínica:	PQ4412-000068

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

HEMATOLOGIA**GRUPO SANGUINEO Y RH**

GRUPO SANGUINEO

A

FACTOR Rh

Positivo

HEMOGRAMA COMPLETO

NORMAL

RECUENTO DE LEUCOCITOS

7.09

x10³/uL

4.5 - 11

FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0

%

0 - 5

SEGMENTADOS %

48.3

%

35 - 66

EOSINOFILOS %

3.9

%

0 - 3

BASOFILOS %

0.3

%

0 - 1

MONOCITOS %

10

%

3 - 6

LINFOCITOS %

37.5

%

24 - 44

SEGMENTADOS

3.42

x10³ / mm³

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

0.28

x10³ / mm³

0.0 - 0.7

BASOFILOS

0.02

x10³ / mm³

(0 - 0.09)

MONOCITOS

0.71

x10³ / mm³

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

2.66

x10³ / mm³

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

4.77

x10⁶/uL

4.5 - 5.5

HEMOGLOBINA

14.6

g/dL

13.5 - 17.5

HEMATOCRITO

41

%

41 - 53

VCM

86

μm³

80.0 - 100

HCM

30.6

pg

26 - 34

CHCM

35.6

gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

232

x10³/uL

150.0 - 350

OBSERVACIONES


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

FIRMA



EXAMEN DE LABORATORIO



Paciente:	IBAÑEZ VARGAS JOSE MIGUEL		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	24 años
Fecha:	11-01-2022	Genero:	MASCULINO

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

URIANALISIS

CUERPOS CETONICOS	Negativo	0	-	14
EXAMEN COMPLETO DE ORINA				
EXAMEN FISICO:				
COLOR	Amarillo			
ASPECTO	Transparente			TRANSPARENTE
EXAMEN QUIMICO:				
DENSIDAD	1.01	1.005	-	1.030
pH	7	5	-	8
GLUCOSA	Negativo			NEGATIVO
PROTEINAS	Negativo	0	-	15
PIGMENTOS BILIARES	Negativo			NEGATIVO
UROBILINOGENO	Negativo			NEGATIVO
NITRITOS	Negativo			NEGATIVO
SANGRE	Negativo			NEGATIVO
SEDIMENTO URINARIO:				
CELULAS EPITELIALES	Escamosas Escasas			
LEUCOCITOS	1 por campo	0	-	5
HEMATIES	1 por campo	0	-	2
CILINDROS	No se observan			
CRISTALES	No se observan			
OBSERVACIONES				

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

FIRMA



EXAMEN DE LABORATORIO



Paciente:	IBAÑEZ VARGAS JOSE MIGUEL		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	24 años
Fecha:	11-01-2022	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
CMP 003634 RNE 012471

FIRMA



Doktuz
Tesalia Medical S.A.C.
RUC: 20600751639

IBAÑEZ VARGAS JOSE MIGUEL

PER 75622596

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



8

RUTA N

Preocupacional

DNI	75622596	FECHA	11-01-2022
EDAD	24	PERFIL	OPERATIVO 1-NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4412-000068	SEXO	MASCULINO
HORA DE INICIO EMO	07:14:02	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE		D. O.	
TECNOLOGÍA MÉDICA	Lic. Antonia Ibañez Elizabeth Lic. Antonia Ibañez Elizabeth Tecnólogo Médico Tecnólogo Médico C.I. 11.111.111-1		Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL	Veruska Marales García Urrutia MEDICO EN JUANANO C.R.P. 669925		Examen Medico
PSICOLOGÍA		S.B	BARSIT Examen Psicologico
OFTALMOLOGÍA		A.O	Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA		J.L.	Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES		E.C.	Radiografía de Tórax
ESPIROMETRÍA			ESPIROMETRÍA
LABORATORIO		M.S	COLESTEROL TOTAL, ORINA, EXAMEN COMPLETO, Glucosa Ayunas, GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH, HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO, TRIGLICÉRIDOS, COCAINA CUALITATIVA, EXAMEN (MARIHUANA) CUALITATIVO
EXAMENES PENDIENTE			Fecha Programada:
EXAMENES COMPLETADOS		Sello: Iniciales: Fecha:	

TRIAJE							
Peso	- 79	Talla	- 1.63	IMC	-	P. Abdominal	- 98
P.A. Sistólica	- 100	P.A. Diastólica	- 70	F. Cardiaca	- 72	F. Respiratoria	- 18
Temperatura	- 36.6	Sat. O2	- 98				
Cintura	- 95	Cadera	- 105	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 96	P.T. Inspiración	- 103	P.T. Reposo	- 98		

CREADO POR: RUTH JARAID ENCISO CRUZ FECHA: 11-01-2022 HORA: 07:10:33

V01



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

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICAS

Yo, IBAÑEZ VARGAS JOSE MIGUEL Identificado con D.N.I.

Nº PER 75622596 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 11-01-2022:

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 75622596

Fecha: 11-01-2022



Huella Digital del Paciente

DNI: PER 75622596

Fecha: 11-01-2022

V01

Firma Electrónica del paciente

DNI: PER 75622596

Fecha: 11-01-2022



Huella Electrónica del paciente

DNI: PER 75622596

Fecha: 11-01-2022



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

CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO

Yo, IBAÑEZ VARGAS JOSE MIGUEL, identificado (a) con DNI N° PER 75622596, 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:



FECHA :

10 / 01 / 22 -

DIA MES AÑO

V01

Firma





Doktuz Tesalia 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, IBAÑEZ VARGAS JOSE MIGUEL de 24 años de edad
 trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C. Identificado
 con D.N.I./Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 75622596
 domiciliado en MZ BLT 14 SANTA ROSA:

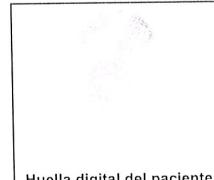
Declaro haber sido evaluado/a e informado/a respecto a la evaluación médica ocupacional a la cual me someteré, la cual puede incluir: examen clínico, exámenes de laboratorio, audiometría, electrocardiograma, espirometría, placas radiográficas, examen psicológico, examen odontológico, examen oftalmológico,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

Así mismo declaro haber sido informado:

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

Nombre de Paciente: IBAÑEZ VARGAS JOSE MIGUEL
 DNI: PER 75622596
 Fecha de Autorización: 11-01-2022

Firma del paciente



Huella digital del paciente



Dra. Luisa Mariana Valdivia
Coordinadora Medico Ocupacional - Auditora
CMP 45724 - RNA 04091
DOKTUZ SAC

Firma y sello del médico
V01



Doktuz Tosalia 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 (Tosalia 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. Nº 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:

IBAÑEZ VARGAS JOSE MIGUEL

Fecha de Consentimiento:

11-01-2022

DNI:

PER 75622596

Firma del paciente



Huella digital del paciente



Firma y sello del médico

V01



Doktuz

Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres: José Vargas José Vargas

DNI: 75622596

FECHA: 11-01-22

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

ANTECEDENTES LABORALES



Nº	EMPRESA (Nombre de la empresa que trabajó)	ACTIVIDAD DE LA EMPRESA (A qué se dedicaba la empresa)	AREA DE TRABAJO (En qué área estuviste)	OCUPACIÓN O CARGO ¿Qué ocupación, cargo o puesto tenías en la empresa?	FECHA <u>Operario</u>	TIEMPO Años / Meses	EXPOSICIÓN	USO DE EPP ¿Usó equipo de protección personal?	
								AÑO INICIO	AÑOS:
1	Als Perú S.A.	Residuo de muestras	Planta	Operario	<u>2021</u>	-	RUIDO	<input checked="" type="checkbox"/>	LENTE
							DISERGONOMICO	<input checked="" type="checkbox"/>	MASCARILLA
							QUÍMICOS	<input checked="" type="checkbox"/>	TAPONES / OREJERAS
2	Forretería A Gallegos	Auxiliar de Almacén	Almacén	Auxiliar	<u>2010</u>	<u>8</u>	BIOLÓGICOS	<input checked="" type="checkbox"/>	OTROS:
							POLVO	<input checked="" type="checkbox"/>	GUANTES
							LENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	LENTES
							DISERGONOMICO	<input checked="" type="checkbox"/>	MASCARILLA
							QUÍMICOS	<input checked="" type="checkbox"/>	TAPONES / OREJERAS
3	Machu Picchu Foods	operario de Producción	Planta	Operario	<u>2012</u>	<u>2</u>	BIOLÓGICOS	<input checked="" type="checkbox"/>	OTROS:
							POLVO	<input checked="" type="checkbox"/>	GUANTES
							LENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	LENTE
							DISERGONOMICO	<input checked="" type="checkbox"/>	MASCARILLA
							QUÍMICOS	<input checked="" type="checkbox"/>	TAPONES / OREJERAS
							BIOLÓGICOS	<input checked="" type="checkbox"/>	OTROS:
4							AÑO INICIO	<input checked="" type="checkbox"/>	GUANTES
							AÑOS:	<input checked="" type="checkbox"/>	LENTE
							POLVO	<input checked="" type="checkbox"/>	MASCARILLA
							DISERGONOMICO	<input checked="" type="checkbox"/>	TAPONES / OREJERAS
							QUÍMICOS	<input checked="" type="checkbox"/>	OTROS:
5							AÑO SALIDA	<input checked="" type="checkbox"/>	GUANTES
							AÑOS:	<input checked="" type="checkbox"/>	LENTE
							POLVO	<input checked="" type="checkbox"/>	MASCARILLA
							DISERGONOMICO	<input checked="" type="checkbox"/>	TAPONES / OREJERAS
							QUÍMICOS	<input checked="" type="checkbox"/>	OTROS:
6							AÑO SALIDA	<input checked="" type="checkbox"/>	GUANTES
							AÑOS:	<input checked="" type="checkbox"/>	LENTE
							POLVO	<input checked="" type="checkbox"/>	MASCARILLA
							DISERGONOMICO	<input checked="" type="checkbox"/>	TAPONES / OREJERAS
							QUÍMICOS	<input checked="" type="checkbox"/>	OTROS:

Yerusa Parente García Urieta
Firma del Médico

C.M.A. 12125
Firma del Médico



Yerusa Parente García Urieta
Firma del Trabajador



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

Nombre Completo: IBAÑEZ VARGAS JOSE MIGUEL	Fecha: 11-01-2022
	DNI: PER 75622596

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

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

Describa en caso de tener alguna respuesta positiva:

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

FIRMA DEL TRABAJADOR	HUELLA

V01

Yerussa Paredes García Urrutia
 MEDICO OBTURANO

Firma y sello del Médico Evaluador



Doktuz

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA
DE MUESTRA EN LABORATORIO CLINICO**

APELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO: Ibarra Vargas Sosa Miguel
 DNI, PAS O CE: 75622596 EDAD: 24
 TELÉFONOS: 936 582 882

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

SI NO

NOMBRE (S) DEL MEDICAMENTO (S): _____

CERTIFICO QUE:

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Paciente o Persona Responsable
 Documento de Identidad: 75622596
 Fecha: 11-10-22

DESISTIMIENTO O REVOCACION

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

Firma del Paciente o Persona Responsable
 Documento de Identidad: _____
 Fecha: _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION DE DROGAS DE ABUSO

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

Yo, A José Miguel Ibáñez Vargas, identificado con DNI N° 7562596 y fecha de nacimiento 21-02-97, Certifico haber sido informado y acepto el procedimiento para la toma de muestra de orina, así como también doy mi consentimiento para la investigación de drogas de abuso por parte del laboratorio SYNLAB PERÚ S.A.C. SYNLAB PERÚ S.A.C queda autorizado para:

- Entregar los resultados únicamente a mi persona
 - Entregar los resultados a: _____ DNI: _____ (Identificar a la persona designada con indicación de su DNI)
 - Entregar una copia de los resultados a la Empresa para la cual trabajo o postulo si ésta fuera la solicitante del presente estudio:
- + Nombre de la Empresa: Parmolca
- + Dirección: Au. Elmer Fawcett 3711, callao 07031

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: [Signature] Fecha: 11-01-22

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

SECCIÓN 2. INFORMACION DE LA PRUEBA

MOTIVO DE LA PRUEBA

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

INDICAR DROGAS A ANALIZAR

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

RESPECTO AL KIT DE ANALISIS*

Nº Lote: _____

Fecha de vencimiento: _____

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

SECCIÓN 3. INFORMACION DEL MUESTREADOR – TESTIGO

Nombres y Apellidos Vanessa Pineda N° de DNI 003318882
Certifico que la muestra corresponde al donante identificado en la sección 1, la cual proporciono si problemas.
NOTA: _____

Firma [Signature]

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

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

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

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

- POSITIVA NEGATIVA

Es positiva para los siguientes analitos: _____

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

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

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

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

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

CONFIDENCIAL, NO DEBE SER FOTOCOPIADO SIN PERMISO DEL LÍDER DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA DE SYNLAB PERÚ S.A.C.