

Historia Clínica N°	PQ4415-000007			Fecha	Día	15	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)				OPERADOR AUXILIAR DE MONTACARGA							
Puesto laboral actual				-							
II.- FILIACIÓN DEL TRABAJADOR											
Nombres y apellidos		DIEGO GIANCARLO ZAMORA BUSTAMANTE									
Fecha de nacimiento		Día	25	Mes	10	Año	1987				
Edad	34	años									
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)					PER 44753808						
Domicilio fiscal											
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje		CA LOS COLONOS MZ D LTE 5									
Número/Departamento/Interior			-			Urbanización			-		
Distrito	-		Provincia	LIMA		Departamento	LIMA				
Residencia en lugar Trabajo	SI		NO	X	Tiempo de residencia en Lugar de trabajo					años	
ESSALUD	-	EPS	-	OTRO	-	SCTR	-	OTRO	-		
Correo electrónico	DIOGO.ZBUSTAMANTE@HOTMAIL.COM					Teléfono		934044592			
Estado Civil	CONVIVIENTE					Grado de instrucción		TECNICO INCOMPLETO			
Nº total de hijos vivos	2					Nº de dependientes		2			
III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES											
EMPRESA	Área de trabajo		Ocupación			Fecha	Tiempo	Exposición ocupacional		EPP	
COGORNO	ALMACEN		OPERADOR DE MONTACARGAS			I	Oct 2016	disergonomicos, polvo, ruido, movimientos repetitivos, turnos, vibración total, posturas, caídas, turnos nocturnos		mascarilla, casco, orejeras, guantes, tapones auditivos, ropa, lentes, botas	
						F					Dic 2021
						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	CERVEZA	1-2	POCO
Tabaco	NIEGA	NIEGA	NIEGA
Drogas	NIEGA	NIEGA	NIEGA
Medicamentos		NIEGA	

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

V . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Padre	Niega	Madre			Niega	Hermanos	Niega
Esposo(a)	Niega	Hijos vivos	N°	2	Hijos fallecidos	N°	0

VI . EVALUACIÓN MEDICA											
Anamnesis											
NO REFIERE											
Examen clínico	Talla (cm)	168	Peso (Kg)	72	IMC	25.51	Perímetro abdominal	88			
	Fr. Resp.	18	F. Card.	62	PA	110 / 70	PAmed	83.33			
	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		OI	
		Agudeza Visual Lejos	OD	20/25	OI	20/25	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		TAPON DE CERUMEN PARCIAL OI									
Nariz	X										
Boca	X										
Faringe	X										
Laringe	X										
Cuello	X										
Aparato Respiratorio	X										
Aparato Cardiovascular	X										
Aparato Genitourinario	X										
Aparato Locomotor	X										
Marcha	X										
Columna	X										
Abdomen	X										
Hernias	X										
Tacto Rectal		DIFERIDO									
Lenguaje	X										
Ganglios	X										
Varices	X										
Reflejos Osteotendinosos	X										
Miembros superiores	X										
Miembros inferiores	X										
Sistema linfático	X										
Sistema nervioso	X										
					 Dra. Daviangeila Saireth Rausseo Portillo Médico Ocupacional CMP 093927 DOKTUZ						
Nombre, Firma del Trabajador					Nombre, Firma y Sello del Médico Evaluador						

VII . CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA						
APTO						
VIII . CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS						
TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL						
IX . HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO						
COLESTEROL EN LIMITE SUPERIOR						
X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA						
NORMOACUSIA BILATERAL						
XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA						
NO APLICA						
XII . OTROS						
RIESGO CORONARIO: 3 % - BAJO						
XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL						
1				P	D	R
2				P	D	R
3				P	D	R
4				P	D	R
5				P	D	R
OTROS DIAGNÓSTICOS						
6	NORMOACUSIA BILATERAL			P	D	R
7	AMETROPIA LEVE NO CORREGIDA			P	D	R
8	SOBREPESO			P	D	R
9	TAPÓN DE CERUMEN PARCIAL OIDO IZQUIERDO			P	D	R
10	EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL			P	D	R
11	TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL			P	D	R
12	COLESTEROL EN LIMITE SUPERIOR			P	D	R
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. - SE LE SUGIERE USO DE LENTES CORRECTORES Y EL CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA. - SE LE SUGIERE UNA DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, INCREMTE LA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS, NO OLVIDE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA. ACUDA A NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLÓGIA PARA SU EVALUACIÓN. - EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA TAPÓN DE CERUMEN POR LO QUE SE SUGIERE SER EVALUADO POR OTORRINOLARINGOLOGÍA. - 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. - 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 REPETIR 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**

APELLIDOS Y NOMBRES		ZAMORA BUSTAMANTE DIEGO GIANCARLO	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD			
DNI (<input checked="" type="checkbox"/>)	C.E. (<input type="checkbox"/>)	PER 44753808	
EDAD	34 años		
GÉNERO	MASCULINO		
PUESTO AL QUE POSTULA (SOLO PRE OCUPACIONAL)		OPERADOR AUXILIAR DE MONTACARGA	
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 15-01-2022




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

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO OCUPACIONAL

INFORME MÉDICO

APELLIDOS Y NOMBRES:	ZAMORA BUSTAMANTE DIEGO GIANCARLO					
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C					
TIPO DE EVALUACION:	PREOCUPACIONAL					
PUESTO	OPERADOR AUXILIAR DE MONTACARGA			AREA DE TRABAJO	OPERACIONES	
FECHA DE EVALUACIÓN	15-01-2022			PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL	
FECHA DE EMISIÓN	16-01-2022					
DNI:	44753808	EDAD:	34 años	SEXO:	MASCULINO	HISTORIA CLÍNICA
						PQ4415-000007

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO							
Hemoglobina:	14.9 g/dL	Grupo y Factor:	O Positivo		Orina Completa: NORMAL		
Glucosa:	85 mg/dL	Colesterol:	207.7 mg/dL		Triglicéridos	81.8 mg/dL	
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA		PSA:	NO APLICA	

TRIAJE				
Talla:	168 cm.	Peso:	72 kg.	IMC: 25.51 kg/m ²
Presión Arterial:	110/70 mmHg.	Frec. Respiratoria:	18 x minuto.	Frec. Cardiaca: 62 x minuto.

<u>CONCLUSIÓN</u>	
1.- NORMOACUSIA BILATERAL.	
2.- AMETROPIA LEVE NO CORREGIDA	
3.- SOBREPESO	
4.- TAPÓN DE CERUMEN PARCIAL OÍDO IZQUIERDO	
5.- EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL	
6.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL	
7.- COLESTEROL EN LÍMITE SUPERIOR	

<u>RECOMENDACIONES</u>	
1.- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO 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 ENDOCRINOLÓGIA PARA SU EVALUACIÓN.	
4.- EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA TAPÓN DE CERUMEN POR LO QUE SE SUGIERE SER EVALUADO POR OTORRINOLARINGOLOGÍA.	
5.- SE LE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS REGULARES (30 MINUTOS DIARIOS Y 5 VECES POR SEMANA) Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. LE AYUDARÁN A PREVENIR MOLESTIAS OSTEOMUSCULARES.	
6.- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.	
7.- SE LE SUGIERE DIETA BAJA EN GRASAS SATURADAS Y REPETIR 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 ZAMORA BUSTAMANTE DIEGO GIANCARLO EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.
 EDAD 34 FECHA: 15-01-2022
 OCUACIÓN OPERADOR AUXILIAR DE MONTACARGA 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	20/25	20/25				
BINOCULAR	20/25					

REFLEJOS PUPILARES

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

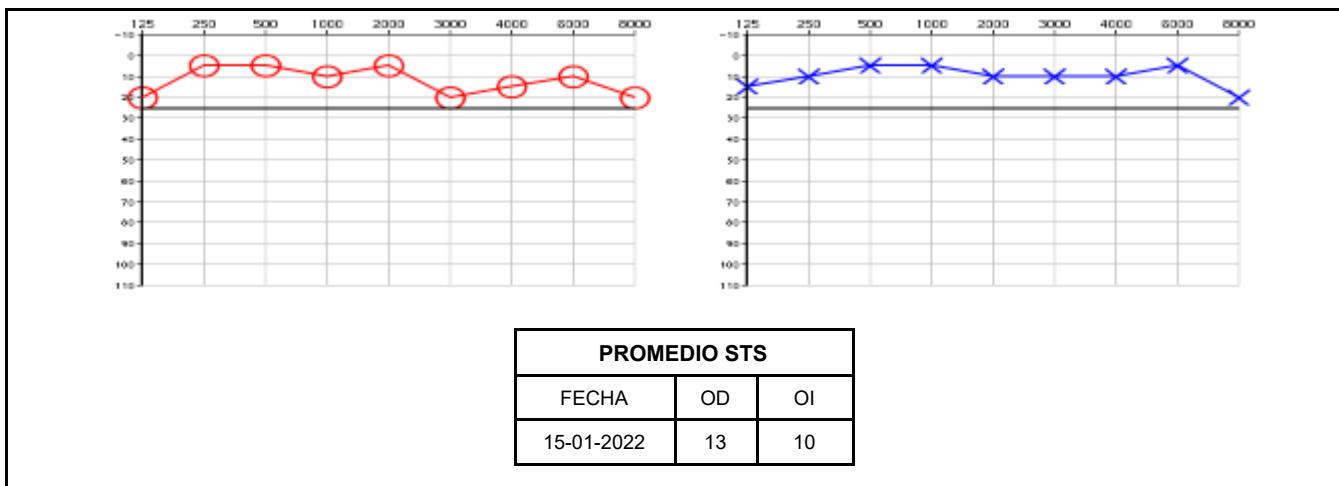
Nombre, Firma y Sello del Evaluador

Firma y Sello del Médico

FICHA AUDIOLÓGICA

Historia clínica		PQ4415-00007	Ficha audiológica				Audiometría		Marca: AMPLIVOX			
Fecha del Examen		15-01-2022	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: 15-01-2022		
Edad	34	Sexo	MASCULINO	Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C							
Ocupación	OPERADOR AUXILIAR DE MONTACARGA				Años de Trabajo	6A	Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d			8 HORAS		
Uso de protectores auditivos	Tapones	<input checked="" type="checkbox"/>	A Veces	Orejeras	<input checked="" type="checkbox"/>	A Veces	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: ALTERADO Tapón de Cerumen Oido Izquierdo: ALTERADO PRESENCIA DE CERUMEN 50%						



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	ZAMORA BUSTAMANTE DIEGO GIANCARLO	EDAD	34
LUGAR DE NACIMIENTO	Lima Lima	F. NACIMIENTO	25-10-1987
LUGAR DE RESIDENCIA	CA LOS COLONOS MZ D LTE 5	F. EVALUACIÓN;	15-01-2022
PUESTO DE TRABAJO	OPERADOR AUXILIAR DE MONTACARGA	GRADO DE INSTRUCCIÓN	TECNICO INCOMPLETO
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
ESTADO CIVIL	CONVIVIENTE		

II. - MOTIVO DE EVALUACIÓN: PREOCUPACIONAL

III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS:

PRESENTACIÓN	Adecuado	(X)	Inadecuado	()		
POSTURA	Erguida	(X)	Encorvada	()		
DISCURSO	Ritmo:	Lento	()	Rápido	()	Fluido
	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	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		
6. Cuestionario de Pittsburgh:	SIN DIFICULTAD		
7. Manejo de Factores Psicosociales en el trabajo :	NO SOLICITADO		
9. Cuestionario De Pittsburgh :	SIN DIFICULTAD		
	Cansancio emocional: BAJO		
10. Cuestionario De Maslach-Burnout :	Despersonalización BAJO		
	Realización personal ALTO		
11. Cuestionario De Epworth :	NO PRESENTA INDICADORES DE FATIGA Y SOMNOLENCIA DIURNO.		

V.- CONCLUSIONES

1. Área Cognitiva:	CON CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN A NIVEL SUPERIOR. DURANTE LA ENTREVISTA SE MUESTRA COLABORADOR, ALEGRE, AMABLE, SU NIVEL DE AUTOESTIMA ES ADECUADO, LO CUAL LE PERMITE TENER CONFIANZA EN LAS DECISIONES Y ACCIONES QUE REALIZA. NO EVIDENCIA INDICADORES HASTA LA FECHA.
2. Area Emocional :	ESTABLE
3. Ansiedad:	AUSENTE

VI.-RECOMENDACIONES

1. SE SUGIERE CONTROL ANUAL EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA.
2. SEGUIR REFORZANDO SUS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO FRENTE A LAS ADVERSIDADES.

VII.- CONDICIÓN:

APTO



Lic. Isabel Gonzales Brair
Psicóloga
CPSP 6380
DOKTUZ SAC

Firma y Sello del Responsable de la evaluación

FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: ZAMORA BUSTAMANTE DIEGO
GIANCARLO

EDAD 34

SEXO MASCULINO

EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

PUESTO OPERADOR AUXILIAR DE MONTACARGA

FECHA 15-01-2022

ACTIVIDAD LABORAL:	Sedentario	PRESENTA DOLOR	NO
---------------------------	------------	-----------------------	----

EVALUACIÓN ESTÁTICA

SEGMENTOS		CARACTERÍSTICAS QUE PRESENTA					
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	Anteversión	Rodillas	Normal				
Pie	Normal X	Cavo	No	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

Puebla de Adams Negativo

EXPLORACIÓN

Test específicos	+/-
LASSEGUE	Derecho
	Izquierdo
SCHOBER	-

PALPACIÓN

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

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

EVALUACIÓN DE LA MARCHA

Sí No

Realiza el contacto inicial con apoyo de talón.	X
Movimiento armónico de rodilla, tobillo y pie	X
La longitud del paso es simétrico.	X
Presenta claudicación de uno de los miembros inferiores	X
Integración de ambos hemicuerpos	X
Tipo de pisada	Normal

SIGLOS 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

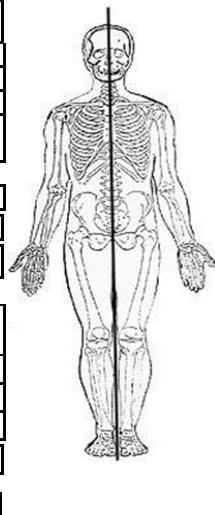
POSTURA Óptima

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



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo
Terapia Física
CTMP 10444
DOKTUZ

Nombre y Firma del Evaluador



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo
Terapia Física
CTMP 10444
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

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

FICHA MUSCULO ESQUELETICA POR MÉDICO

N° DE HISTORIA CLINICA

PQ4415-000007

APELLIDOS Y NOMBRES

ZAMORA BUSTAMANTE DIEGO GIANCARLO

DNI

PER 44753808

TIPO DE EXAMEN:

PREOCUPACIONAL

SEXO

MASCULINO

FECHA DEL EXAMEN

15-01-2022

I. N° 1: Riesgos

PUESTO OPERATIVO

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

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

POSTURA

SEDENTE	100	BIPEDESTACIÓN	0
---------	-----	---------------	---

POSTURA FORZADA

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

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

¿USUARIO DE PANTALLA VISUAL (PVD)?	NO
------------------------------------	----

Horas /días

DOMINANCIA

DIESTRO	X	ZURDO	
---------	---	-------	--

II. N° 2: Evaluación.

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

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

EXPLORACION FÍSICA DE ARTICULACIONES

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

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

COLUMNA VERTEBRAL

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

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

EJE LATERAL

Eje lateral	Normal	Derecha	Izquierda
Dorsal	X		
Lumbar	X		

EXAMEN FÍSICO

MOVILIDAD - DOLOR

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

PALPACIÓN (Marque con una X)

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

MANIOBRA RADICULO /DISCOPASTÍAS

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

REFLEJOS

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

Mutilación de Miembro**NO**

III. N° 3: Comentarios.

DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES

IV. N° 4: Diagnóstico

Z04.9 EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL

V. N° 5: Recomendaciones

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




Dra. Daviangelia Saireth Rausseo Portillo
Médico Ocupacional
CMP 093927
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

INFORME RADIOGRÁFICO

PACIENTE: ZAMORA BUSTAMANTE DIEGO GIANCARLO

EDAD: 34

SEXO: MASCULINO

EMPRESA: PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

PUESTO: OPERADOR AUXILIAR DE MONTACARGA

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, 15 de Enero del 2022

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

Firma y Sello del Médico

Paciente:	ZAMORA BUSTAMANTE DIEGO GIANCARLO			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	34 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	15-01-2022	Historia Clínica:		PQ4415-000007

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

BIOQUIMICA

GLUCOSA BASAL	85	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	207.7	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	81.8	mg/dL	Normal < 150 mg/dL Nivel Límite: 150 - 199 mg/dL Nivel Alto: > 200 mg/dL

OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	ZAMORA BUSTAMANTE DIEGO GIANCARLO			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO		Edad:	34 años
Fecha:	15-01-2022		Genero:	MASCULINO
	Historia Clínica:		PQ4415-000007	

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

HEMATOLOGIA

GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

O
Positivo
NORMAL

7.48 $\times 10^3/\mu\text{L}$

4.5 - 11

FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

61.3 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

1.2 %

0 - 3

BASOFILOS %

0.1 %

0 - 1

MONOCITOS %

5.7 %

3 - 6

LINFOCITOS %

31.7 %

24 - 44

SEGMENTADOS

4.58 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

0.09 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

0.0 - 0.7

BASOFILOS

0.01 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

(0 - 0.09)

MONOCITOS

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

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

2.37 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

5.18 $\times 10^6/\mu\text{L}$

4.5 - 5.5

HEMOGLOBINA

14.9 g/dL

13.5 - 17.5

HEMATOCRITO

43.4 %

41 - 53

VCM

83.8 μm^3

80.0 - 100

HCM

28.8 pg

26 - 34

CHCM

34.3 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

251 $\times 10^3/\mu\text{L}$

150.0 - 350

OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	ZAMORA BUSTAMANTE DIEGO GIANCARLO			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO		Edad:	34 años
Fecha:	15-01-2022	Historia Clínica:		PQ4415-000007

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

URIANALISIS

CUERPOS CETONICOS	Negativo	0	-	14
EXAMEN COMPLETO DE ORINA	NORMAL			
EXAMEN FISICO:				
COLOR	Amarillo			
ASPECTO	Transparente			TRANSPARENTE
EXAMEN QUIMICO:				
DENSIDAD	1.02	1.005	-	1.030
pH	5	5	-	8
GLUCOSA	Negativo			NEGATIVO
PROTEINAS	Negativo	0	-	15
PIGMENTOS BILIARES	Negativo			NEGATIVO
UROBILINOGENO	Negativo			NEGATIVO
NITRITOS	Negativo			NEGATIVO
SANGRE	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:	ZAMORA BUSTAMANTE DIEGO GIANCARLO			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	34 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	15-01-2022	Historia Clínica:		PQ4415-000007

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



ZAMORA BUSTAMANTE DIEGO
GIANCARLO

PER 44753808

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



3

RUTA N

Preocupacional

DNI	44753808	FECHA	15-01-2022
EDAD	34	PERFIL	OPERATIVO 4 -NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4415-000007	SEXO	MASCULINO
HORA DE INICIO EMO	07:25:37	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	OPERADOR AUXILIAR DE MONTACARGA	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE		R.C	
TECNOLOGÍA MÉDICA	Lic. Anton Jabo Janet Elizabeth Tecnólogo Médico C.T.M.R. 10444		Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL	 Dr. Beatriz S. Rausch MÉDICO CIRUJANO CMP: 093923		Examen Medico
PSICOLOGÍA		J.B	CUESTIONARIO DE PITTSBURGH BARSIT Examen Psicológico Maslach (Burnout, Stress) Test de Somnolencia y Fatiga - Epworth
OFTALMOLOGÍA			Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA			Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES			Radiografía de Tórax
LABORATORIO			COLESTEROL TOTAL, ORINA, EXAMEN COMPLETO, Glucosa Ayunas, GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH, HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO, TRIGLICÉRIDOS, COCAÍNA CUALITATIVA, EXAMEN (MARIHUANA) CUALITATIVO
EXAMENES PENDIENTE			Fecha Programada:
EXAMENES COMPLETADOS		Sello: Iniciales:	Fecha:

TRIAJE							
Peso	- 72	Talla	- 168	IMC	-	P. Abdominal	- 88
P.A. Sistólica	- 110	P.A. Diastólica	- 70	F. Cardiaca	- 62	F. Respiratoria	- 18
Temperatura	- 35	Sat. O2	- 98				
Cintura	- 86	Cadera	- 102	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 101	P.T. Inspiración	- 103	P.T. Reposo	- 102		

CREADO POR: VELA SANCHEZ GUADALUPE FECHA: 15-01-2022 HORA: 07:21:23

V01





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

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

CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO

Yo, ZAMORA BUSTAMANTE DIEGO GIANCARLO, identificado (a) con DNI N° PER 44753808, 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 efectúe 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 Alvarado

Firma

FECHA: 15/01/2022

DIA MES AÑO

15 01 22

V01





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, ZAMORA BUSTAMANTE DIEGO GIANCARLO de 34 años de edad
trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado
con D.N.I/Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 44753808
domiciliado en CA LOS COLONOS MZ D LTE 5:

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: ZAMORA BUSTAMANTE DIEGO GIANCARLO
DNI: PER 44753808
Fecha de Autorización: 15-01-2022

Firma del paciente



Huella digital del paciente



Dra. Ludy Murguia Velarde
Coordinadora Medico Ocupacional - Auditora
CMP 45724 - RNA 04083
DOKTUZ SAC

Firma y sello del médico

V01



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

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

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

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

Nombre en Letra Impresa:

ZAMORA BUSTAMANTE DIEGO GIANCARLO

Fecha de Consentimiento:

15-01-2022

DNI:

PER 44753808

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Dra. Lidy Murguía Valdivia
Coordinadora Médica Ocupacional - Auditora
CMB 45724 - RINA 03001
DOKTUZ SAC

Firma y sello del médico
V01



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

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICAS

Yo, ZAMORA BUSTAMANTE DIEGO GIANCARLO Identificado con D.N.I
 N° PER 44753808 acudo a la Clínica

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

Por ello, autorizo el uso de mi firma y huella digital electrónicas para que se incluyan exclusivamente en los siguientes documentos que se generen el día 15-01-2022:

1. Consentimiento Informado para Evaluación Médica Ocupacional

2. Autorización de Información de Resultados, Administración y Liberación de Información Médica Ocupacional

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

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

Firmo y dejo huella original para constatar lo mencionado.



Firma manuscrita del paciente

DNI: PER 44753808

Fecha: 15-01-2022



Firma Electrónica del paciente

DNI: PER 44753808

Fecha: 15-01-2022

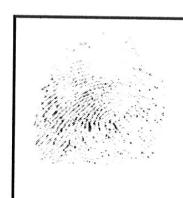


Huella Digital del Paciente

DNI: PER 44753808

Fecha: 15-01-2022

V01



Huella Electrónica del paciente

DNI: PER 44753808

Fecha: 15-01-2022



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

Nombre Completo: ZAMORA BUSTAMANTE DIEGO GIANCARLO	Fecha:	15-01-2022
	DNI:	PER 44753808

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

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

Describa en caso de tener alguna respuesta positiva:

8	Marque si tuvo o tiene alguna enfermedad detallada en la siguiente relación	si	no	
	Dolor de cabeza frecuentemente	X	X	Enfermedades renales
	Migraña	X	X	Accidente cerebro vascular (derrame)
	Fibromialgas	X	X	Isquemia o infartos
	Lumbalgias a repetición	X	X	Hipertensión arterial
	Dolor de columna	X	X	Arritmias o enfermedades cardíacas
	Hernia del núcleo pulposo	X	X	Alergia a medicamentos
	Clática	X	X	Palpitaciones
	Enfermedad de la columna	X	X	Enfermedades oculares como glaucoma o catarata.
	Epilepsia o convulsiones	X	X	Visión monocular (con un sólo ojo)
	Vértigo/mareos	X	X	Enfermedad de la tiroideas
	Parálisis facial	X	X	Diabetes
	Desórdenes del Sistema nervioso	X	X	Gota
	Desmayos	X	X	Lupus
	Pérdida de conciencia	X	X	Enfermedades articulares (artritis, artrosis)
	Depresión	X	X	Reumatismo
	Intento de suicidio	X	X	Enfermedad de la piel
	Tuberculosis Pulmonar	X	X	Hernia abdominal
	Asma bronquial	X	X	Hernia inguinal
	Enfisema	X	X	Enfermedades del hueso
	Enfermedad pleural	X	X	Hemofilia
	Tos con sangrado (espuma en sangre)	X	X	Desórdenes de la coagulación
	Disminución de la audición (sordera)	X	X	Otras enfermedades o condiciones no descritas:
	Enfermedad del oído	X	X	
	Movilidad limitada de extremidades	X	X	

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

Dra. Daviangel S. Quispe P.
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. N° 000000000000000000
Firma y sello del Médico Evaluador



Doktuz

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA EN LABORATORIO CLINICO

APELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO:

DNI, PAS O CE: 44753606

TELEFONOS: 934004592

EDAD: 34

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 corriente).

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: 44753606
Fecha: 15-01-22

DESISTIMIENTO O REVOCACION

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

Firma del Paciente o Persona Responsable

Documento de Identidad: _____

Fecha: _____



Doktuz

ANTECEDENTES LABORALES

Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres:
Zamora Bustamante Diego G. DNI: 44753808



FECHA: 15-01-17

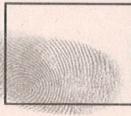
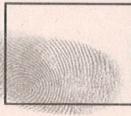
ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Nº	EMPRESA (Nombre de la empresa que trabajó)	ACTIVIDAD DE LA EMPRESA (A qué se dedicaba la empresa)	ÁREA DE TRABAJO (En qué área estuve)	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?	
								POLVO	X GUANTES
1	COCORNO FIDEOS	HARINAS Y ALMACEN	MONTAJISTA	AÑO INICIO 2016	AÑOS: 5	RUIDO DISERGONOMICO	X LENTES MASCARILLA		
				AÑO SALIDA 2021	MESES: QUÍMICOS	BIOLÓGICOS	X TAPONES / OREJERAS		
2	STORKOS	LLANTAS	Almacén	AÑO INICIO 2015	AÑOS: 1	POLVO DISERGONOMICO	X GUANTES LENTESES		
				AÑO SALIDA 2016	MESES: QUÍMICOS	BIOLÓGICOS	X MASCARILLA TAPONES / OREJERAS		
3				AÑO INICIO AÑO INICIO	AÑOS: POLVO	RUIDO DISERGONOMICO	X GUANTES LENTESES		
				AÑO SALIDA AÑO SALIDA	MESES: QUÍMICOS	QUÍMICOS BIOLÓGICOS	X MASCARILLA TAPONES / OREJERAS		
4				AÑO INICIO	AÑOS: POLVO	RUIDO DISERGONOMICO	X GUANTES LENTESES		
				AÑO SALIDA AÑO SALIDA	MESES: QUÍMICOS	DISERGONOMICO BIOLÓGICOS	X MASCARILLA TAPONES / OREJERAS		
5				AÑO INICIO	AÑOS: POLVO	RUIDO DISERGONOMICO	X GUANTES LENTESES		
				AÑO SALIDA AÑO SALIDA	MESES: QUÍMICOS	BIOLÓGICOS	X MASCARILLA TAPONES / OREJERAS		
6				AÑO INICIO	AÑOS: POLVO	RUIDO DISERGONOMICO	X GUANTES LENTESES		
				AÑO SALIDA AÑO SALIDA	MESES: QUÍMICOS	DISERGONOMICO BIOLÓGICOS	X MASCARILLA TAPONES / OREJERAS		

Via: Dr. Juan P. Zamora
MÉDICO CIRUJANO
Cédula: 44753808

Firma del Médico

Firma del Trabajador







MIEMBRO DEL GRUPO SYNLAB

3

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION DE DROGAS DE ABUSO

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

Yo, Diego Giancarlo Ramon Bustamante, identificado con DNI N° 44753608 y fecha de nacimiento 25-10-77, 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: Promesa
Dirección: fawcett

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: Bustamante

Fecha: 15-01-22

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

SECCIÓN 2. INFORMACION DE LA PRUEBA

MOTIVO DE LA PRUEBA

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

INDICAR DROGAS A ANALIZAR

- Marihuana Cocaína Anfetamina Metanfetamina Barbitúricos
 Benzodiacepinas Metadona Morfina Phencyclidine Antidepresivos tricíclicos

RESPECTO AL KIT DE ANALISIS*

Nº Lote: _____

Fecha de vencimiento: _____

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

SECCIÓN 3. INFORMACION DEL MUESTREADOR – TESTIGO

Nombres y Apellidos Eduardo Bustamante N° de DNI 44753608
Certifico que la muestra corresponde al donante identificado en la sección 1, la cual proporciono si problemas.
NOTA: _____

Firma Eduardo Bustamante

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

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

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

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

POSITIVA

NEGATIVA

Es positiva para los siguientes analitos:

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

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

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

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

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