

Historia Clínica N°	PQ4412-000090			Fecha	Día	13	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		ALVARO FRANCO PEZO SAENZ										
Fecha de nacimiento		Día	11	Mes	09	Año	1993					
Edad	28	años										
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)					PER 48182888							
Domicilio fiscal												
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje		CALLE C 1 MZ.A LOTE 11										
Número/Departamento/Interior			-			Urbanización			EL REMANSO DE NARANJAL			
Distrito	SAN MARTIN DE PORRES		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		PEZOSAENZA@GMAIL.COM				Teléfono			933995493			
Estado Civil		CONVIVIENTE				Grado de instrucción			SECUNDARIA COMPLETA			
Nº total de hijos vivos		1				Nº de dependientes			1			
III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES												
EMPRESA	Área de trabajo		Ocupación			Fecha		Tiempo	Exposición ocupacional		EPP	
PARAISO SAC	PRODUCCION		AYUDANTE DE PRODUCCION			I	Jul 2020		polvo, ruido, posturas, caídas, turnos nocturnos, disergonomicos, movimientos repetitivos		guantes, tapones auditivos, orejeras, casco, mascarilla, ropa, lentes, botas	
						F	Dic 2021					
						I						
						F						
						I						
						F						
						I						
						F						
						I						
						F						
						I						
						F						
IV . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES												
Alergias	-	Diabetes		-	TBC	-	Hepatitis :	-				
Asma	-	HTA		-	ITS	-	Tifoidea	-				
Bronquitis	-	Neoplasia		-	Convulsiones	-	Otros	-				
Quemaduras	-											
Cirugías					Intoxicaciones	-	RAM	-				
Descripción												
Hábitos nocivos	Tipo			Cantidad			Frecuencia					

Alcohol	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			HTA	Hermanos	Niega
Esposo(a)	Niega	Hijos vivos	N°	1	Hijos fallecidos	N°	0

VI . EVALUACIÓN MEDICA											
Anamnesis											
NO REFIERE											
Examen clínico	Talla (cm)	165	Peso (Kg)	69	IMC	25.34	Perímetro abdominal	92			
	Fr. Resp.	19	F. Card.	85	PA	110 / 80	PAmed	90			
	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	20/20	OI	20/20	Con correctores	OD		OI	
		Fondo de ojo	OD	NO REALIZADO	OI	NO REALIZADO	Visión de colores	OD	NORMAL	OI	NORMAL
		Visión de profundidad	NORMAL								
		Exámen ocular externo	OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION								
Oidos	X										
Nariz	X										
Boca	X										
Faringe	X										
Laringe	X										
Cuello	X										
Aparato Respiratorio	X										
Aparato Cardiovascular	X										
Aparato Genitourinario	X										
Aparato Locomotor	X										
Marcha	X										
Columna	X										
Abdomen	X										
Hernias	X										
Tacto Rectal		DIFERIDO									
Lenguaje	X										
Ganglios	X										
Varices	X										
Reflejos Osteotendinosos	X										
Miembros superiores	X										
Miembros inferiores	X										
Sistema linfático	X										
Sistema nervioso	X										
					  Dra. 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					
HIPERTRIGLICERIDEMIA					
X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA					
NORMOACUSIA BILATERAL					
XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA					
XII . OTROS					
RIESGO CORONARIO: 2 % - BAJO					
XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL					
				CIE-10	
1				P	D
2				P	R
3				P	D
4				P	D
5				P	R
OTROS DIAGNÓSTICOS					
6	NORMOACUSIA BILATERAL			P	D
7	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE			P	R
8	SOBREPESO			P	D
9	EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL			P	R
10	TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL			P	D
11	HIPERTRIGLICERIDEMIA			P	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. - SU AGUDEZA VISUAL ES OPTIMA. NO OLVIDE REALIZAR UN 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 ENDOCRINOGÍA PARA SU EVALUACIÓN. - 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. - ACUDE POR ESPECIALIDAD: SE INDICA DIETA HIPOCALORICA, HIPOSODICA E HIPOGRASA. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON COLMIBE Y VERTE. REEVALUACION 15/04/2022. 					
  <p>Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra Médico Evaluador CNP 70087 DOKTUZ</p>					
Nombre, Firma y Sello del Médico Ocupacional					

**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL
PREOCUPACIONAL**

APELLIDOS Y NOMBRES		PEZO SAENZ ALVARO FRANCO	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD			
DNI (<input checked="" type="checkbox"/>)	C.E. (<input type="checkbox"/>)	PER 48182888	
EDAD	28 años		
GÉNERO	MASCULINO		
PUESTO AL QUE POSTULA (SOLO PRE OCUPACIONAL)		AYUDANTE DE PRODUCCION	
EMPRESA		SEDE O PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

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

		RESTRICCIONES
APTO	X	
APTO CON RESTRICCIÓN		
NO APTO		MOTIVO DE OBSERVACIÓN, NO APTITUD O APTITUD NO DETERMINADA:
OBSERVADO		

FECHA DEL EXAMEN 13-01-2022




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:	PEZO SAENZ ALVARO FRANCO					
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C					
TIPO DE EVALUACION:	PREOCUPACIONAL					
PUESTO	AYUDANTE DE PRODUCCION			AREA DE TRABAJO	OPERACIONES	
FECHA DE EVALUACIÓN	13-01-2022			PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL	
FECHA DE EMISIÓN	17-01-2022					
DNI:	48182888	EDAD:	28 años	SEXO:	MASCULINO	HISTORIA CLÍNICA
						PQ4412-000090

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO							
Hemoglobina:	15.5 g/dL	Grupo y Factor:	O Positivo		Orina Completa: NORMAL		
Glucosa:	94 mg/dL	Colesterol:	181 mg/dL		Triglicéridos	328.9 mg/dL	
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA		PSA:	NO APLICA	

TRIAJE				
Talla:	165 cm.	Peso:	69 kg.	IMC: 25.34 kg/m ²
Presión Arterial:	110/80 mmHg.	Frec. Respiratoria:	19 x minuto.	Frec. Cardiaca: 85 x minuto.

<u>CONCLUSIÓN</u>	
1.- NORMOACUSIA BILATERAL.	
2.- EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE	
3.- SOBREPESO	
4.- EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL	
5.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL	
6.- HIPERTRIGLICERIDEMIA	

<u>RECOMENDACIONES</u>	
1.- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.	
2.- SU AGUDEZA VISUAL ES OPTIMA. NO OLVIDE REALIZAR UN CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.	
3.- 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.- 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.	
5.- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.	
6.- ACUDE POR ESPECIALIDAD: SE INDICA DIETA HIPOCALORICA, HIPOSODICA E HIPOGRASA. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CON COLMIBE Y VERTE. REEVALUACION 15/04/2022.	



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra
Médico Evaluador
CMP 70087
DOKTUZ

Firma y Sello del Responsable de Revisión



Tesalia Medical S.A.C.

RUC: 20600751639



Tesalia Medical S.A.C.

RUC: 20600751639

HOJA DE INTERCONSULTA

Paciente : PEZO SAENZ ALVARO FRANCO
Edad : 28 Sexo: F () M (X) Fecha 13-01-2022
Empresa : PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C
Puesto al que postula : AYUDANTE DE PRODUCCION

Especialidad a la que se Consulta: ENDOCRINOGRIA
Motivo de Consulta:

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 28 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS CONOCIDOS, ASINTOMATICO, QUIEN CUENTA CON TRIGLICERIDOS 328.9 MG/DL, ADICIONAL, IMC 25.34 KG/M2

SE SOLICITA EVALUACION Y MANEJO POR SU ESPECIALIDAD.

Diagnóstico CIE : 10
HIPERTRIGLICERIDEMIA E78.1
SOBREPESO E67.X

Médico Evaluador:

Nombre Completo: ESTRADA VIZCARRA ANYBEL ROXANA

CMP: 70087 RNE:

Firma y Sello

Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra
Médico Evaluador
CMP 70087
DOKTUS

RESPUESTA A LA INTERCONSULTA

Evaluación PACIENTE AUNE A REEVALUACION POR ESPECIALIDAD.
EXPRESA AUXILIAR: PESO 69 KG TALLA: 1.65 MTS.

Diagnóstico DISLIPIDE MIA CIE : 10
SOBREPESO

Indicaciones Médicas y Conclusión

TLV VERTE RONCO
COLIBRE 10120NG DIETA: HIPOCALORICA - HIPOSODICA - HIPOCRASO
ACTIVIDAD FISICA

Restricciones Laborales

SIN RESTRICCIONES PARA LABORAR (APTO)

Fecha de Reevaluación 15 . 04 . 22

APTITUD: APTO (X) NO APTO ()

Médico Especialista: MEDICO ENDOCRINOLÓGICO

Nombre Completo: CALDERON ANDREU HUMBERTO

CMP: 009315 RNE:

004251

Firma y Sello

CALDERON ANDREU HUMBERTO
ENDOCRINOLOGIA

Fecha y Hora de la Evaluación 7:00 AM.

CMP 009315 RNE 004251

15 . 01 . 22

EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES PEZO SAENZ ALVARO FRANCO EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.
 EDAD 28 FECHA: 13-01-2022
 OCUPACIÓN AYUDANTE DE PRODUCCION LENTES: NO USA
 FECHA ULTIMO CAMBIO _____

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

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

EXAMEN OCULAR EXTERNO :

OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

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

REFLEJOS PUPILARES

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

(Z01.0) EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE



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

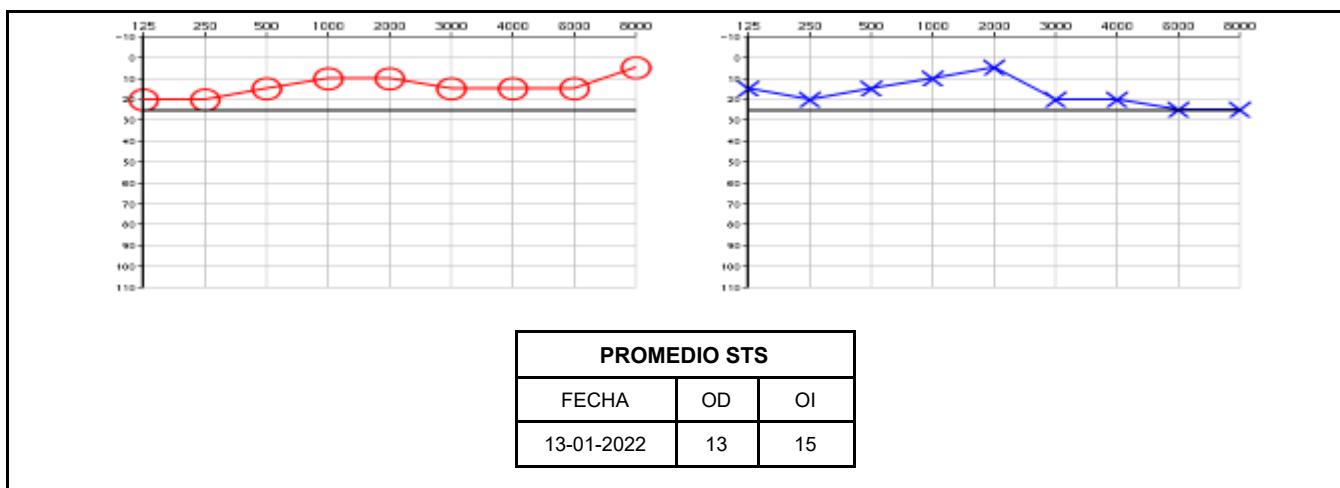
Nombre, Firma y Sello del Evaluador

Firma y Sello del Médico

FICHA AUDIOLÓGICA

Historia clínica		PQ4412-000090	Ficha audiológica				Audiometría	Marca: AMPLIVOX					
Fecha del Examen		13-01-2022	EXAMEN	Pre-ocupacional	X	Periodica			Modelo: 240				
				Retiro		Otro							
Nombres y apellidos		ALVARO FRANCO PEZO SAENZ				Nº Serie: 31635 Fecha de Calibración de Equipo: 0000-00-00 Fecha de Calibración Biológica: 13-01-2022							
Edad	28	Sexo	MASCULINO	Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C								
Ocupación	AYUDANTE DE PRODUCCION			Años de Trabajo	1A	Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d				12 HORAS			
Uso de protectores auditivos	Tapones	X	Siempre	Orejeras	X	Siempre	Apreciación al ruido	Ruido muy intenso	X	Ruido moderado		Ruido no molesto	

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



Conclusiones

OIDO DERECHO: Z01.1 NORMOACUSIA

OIDO IZQUIERDO: Z01.1 NORMOACUSIA

Recomendaciones

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



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

Firma y Sello del Responsable de evaluación



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

Firma y Sello del Responsable de Revisión

INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

I.- DATOS GENERALES

PACIENTE	PEZO SAENZ ALVARO FRANCO	EDAD	28
LUGAR DE NACIMIENTO	Lima Lima San Martin De Porres	F. NACIMIENTO	11-09-1993
LUGAR DE RESIDENCIA	CALLE C 1 MZ.A LOTE 11	F. EVALUACIÓN;	13-01-2022
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	GRADO DE INSTRUCCIÓN	SECUNDARIA COMPLETA
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 (X)
	Tono:	Bajo	()	Moderado	(X)	Alto ()
	Articulación:	con dificultad	()	sin dificultad	(X)	
ORIENTACIÓN	Tiempo:	Orientado	(X)	Desorientado	()	
	Espacio:	Orientado	(X)	Desorientado	()	
	Persona:	Orientado	(X)	Desorientado	()	

IV.- RESULTADOS DE EVALUACION

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

V.- CONCLUSIONES

1. Área Cognitiva:	CON CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN A NIVEL NORMAL PROMEDIO. SE MUESTRA COMPROMETIDO PARA LOGRAR SUS METAS. A NIVEL LABORAL ORIENTADO AL TRABAJO EN EQUIPO Y SE INVOLUCRA CON SUS PROYECTOS LABORALES. NO EVIDENCIA INDICADORES HASTA LA FECHA.
2. Área Emocional :	ESTABLE
3. Ansiedad:	AUSENTE

VI.-RECOMENDACIONES

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

VII.- CONDICIÓN:

APTO




Lic. Isabel Gonzales Brair
Psicóloga
CPSP 6300
DOKTUS SAC

Firma y Sello del Responsable de la evaluación

FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: PEZO SAENZ ALVARO FRANCO EDAD 28 SEXO MASCULINO
 EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C PUESTO AYUDANTE DE PRODUCCION FECHA 13-01-2022

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

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

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

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

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

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

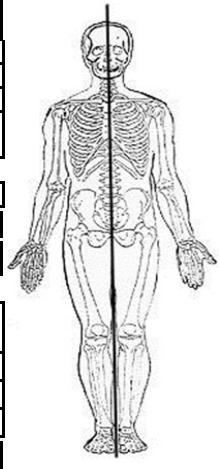
SIGNOS Y SÍNTOMAS	
GRADO 0	Ausencia de signos y síntomas.
GRADO 1	Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva.
GRADO 2	Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización.
GRADO 3	Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión.
GRADO 4	Grado 3 más limitación funcional evidente clínicamente.

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

RESULTADOS

POSTURA	Óptima
---------	--------

CIE 10	DIAGNÓSTICO PARA COLUMNA VERTEBRAL
Z04.9	EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL
Recomendaciones	SE LE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS REGULARES (30 MINUTOS DIARIOS Y 5 VECES POR SEMANA) Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. LE AYUDARÁN A PREVENIR MOLESTIAS OSTEOMUSCULARES.



EXTREMIDADES

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



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo
Terapia Física
CTMP 10444
DOKTUZ

Nombre y Firma del Evaluador



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo
Terapia Física
CTMP 10444
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

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

FICHA MUSCULO ESQUELETICA POR MÉDICO

N° DE HISTORIA CLINICA

PQ4412-000090

APELLIDOS Y NOMBRES

PEZO SAENZ ALVARO FRANCO

DNI

PER 48182888

TIPO DE EXAMEN:

PREOCUPACIONAL

SEXO

MASCULINO

FECHA DEL EXAMEN

13-01-2022

I. N° 1: Riesgos

PUESTO OPERATIVO

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

Horas /días	12H/4D
-------------	--------

POSTURA

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

POSTURA FORZADA

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

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

¿USUARIO DE PANTALLA VISUAL (PVD)?

NO

Horas /días

DOMINANCIA

DIESTRO	<input checked="" type="checkbox"/>
---------	-------------------------------------

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. Daviangelia Saireth Rausseo Portillo
Médico Ocupacional
CMP 093927
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

INFORME RADIOGRÁFICO

PACIENTE: PEZO SAENZ ALVARO FRANCO

EMPRESA: PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

EDAD: 28

PUESTO: AYUDANTE DE PRODUCCION

SEXO: MASCULINO

INFORME

El estudio radiográfico de tórax realizado muestra:

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

DIAGNÓSTICO:

- (Z01.6) TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL

Lima, 13 de Enero del 2022



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

Firma y Sello del Médico

Paciente:	PEZO SAENZ ALVARO FRANCO		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	28 años
Fecha:	13-01-2022	Historia Clínica:	PQ4412-000090

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

BIOQUIMICA

GLUCOSA BASAL	94	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	181	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	328.9	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:	PEZO SAENZ ALVARO FRANCO		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	28 años
Fecha:	13-01-2022	Genero:	MASCULINO

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

HEMATOLOGIA

GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

O
Positivo
NORMAL

6.56 $\times 10^3/\mu\text{L}$

4.5 - 11

FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 % 0 - 5

SEGMENTADOS %

58.9 % 35 - 66

EOSINOFILOS %

1.5 % 0 - 3

BASOFILOS %

0.5 % 0 - 1

MONOCITOS %

8.5 % 3 - 6

LINFOCITOS %

30.6 % 24 - 44

SEGMENTADOS

3.86 $\times 10^3 / \text{mm}^3$ 1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

0.1 $\times 10^3 / \text{mm}^3$ 0.0 - 0.7

BASOFILOS

0.03 $\times 10^3 / \text{mm}^3$ (0 - 0.09)

MONOCITOS

0.56 $\times 10^3 / \text{mm}^3$ 0.0 - 0.9

LINFOCITOS

2.01 $\times 10^3 / \text{mm}^3$ 1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

5.35 $\times 10^6/\mu\text{L}$ 4.5 - 5.5

HEMOGLOBINA

15.5 g/dL 13.5 - 17.5

HEMATOCRITO

45.5 % 41 - 53

VCM

85 μm^3 80.0 - 100

HCM

29 pg 26 - 34

CHCM

34.1 gr/dl 31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

402 $\times 10^3/\mu\text{L}$ 150.0 - 350

OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	PEZO SAENZ ALVARO FRANCO		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	28 años
Fecha:	13-01-2022	Genero:	MASCULINO

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	10			NEGATIVO
SEDIMENTO URINARIO:				
CELULAS EPITELIALES	Escamosas Escasas			
LEUCOCITOS	1 por campo	0	-	5
HEMATIES	2 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:	PEZO SAENZ ALVARO FRANCO		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	28 años
Fecha:	13-01-2022	Genero:	MASCULINO

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

FARMACOS Y TOXICOS

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



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

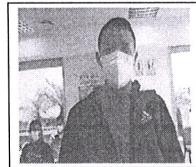
FIRMA



PEZO SAENZ ALVARO FRANCO

PER 48182888

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



10

RUTA N

Preocupacional

DNI	48182888	FECHA	13-01-2022
EDAD	28	PERFIL	OPERATIVO 1-NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4412-000090	SEXO	MASCULINO
HORA DE INICIO EMO	07:29:07	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE		J.L.	
TECNOLOGÍA MÉDICA	Lic. Antón Iabo Janet Elizabeth Tecnólogo Médico C.I.M.P. 10444		Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL	 Dra. Evangelia S. Rousseau P. MÉDICO CIRUJANO CMP: 093923		Examen Medico
PSICOLOGÍA		S.B	BARSIT Examen Psicológico
OFTALMOLOGÍA			Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA			Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES		M.A.	Radiografía de Tórax
ESPIROMETRÍA			ESPIROMETRÍA
LABORATORIO			COLESTEROL TOTAL, ORINA, EXAMEN COMPLETO, Glucosa Ayunas, GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH, HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO, TRIGLICÉRIDOS, COCAÍNA CUALITATIVA, EXAMEN (MARIHUANA) CUALITATIVO
EXAMENES PENDIENTE			Fecha Programada:
EXAMENES COMPLETADOS		Sello: _____ Iniciales: _____	Fecha: _____

TRIAJE							
Peso	- 69	Talla	- 165	IMC	-	P. Abdominal	92
P.A. Sistólica	- 110	P.A. Diastólica	- 80	F. Cardiaca	- 85	F. Respiratoria	19
Temperatura	- 36.3	Sat. O2	- 98				
Cintura	- 87	Cadera	- 104	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 97	P.T. Inspiración	- 100	P.T. Reposo	- 99		

CREADO POR: VELA SANCHEZ GUADALUPE FECHA: 13-01-2022 HORA: 07:26:42

V01



Doktuz

ANTECEDENTES LABORALES

Si piensas en Salud, piensa en Doktuz



Apellidos y Nombres: Ricardo Saenz Alvaro Franco DNI: 48182888

FECHA: 13-01-22

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)	OCCUPACIÓN O CARGO ¿Qué ocupación, cargo o puesto tenías en la empresa?	TIEMPO AÑOS / Meses	EXPOSICIÓN	USO DE EPP ¿Usó equipo de protección personal?	
							AÑO INICIO	AÑOS:
1	Paraíso S.A.C	Parador de bloques y engranador de resortes	Resortes	Ayudante de Producción	14-07-2020	POLVO RUIDO DISERGONOMICO	X	GUANTES LENTES MASCARILLA
2	Inversiones San Gabriel	Juntaba los cartones corrugado	Carton Corrugado	Ayudante de Producción	31-12-22-6	QUÍMICOS	X	TAPONES/OREJERAS
3					31-12-18-8	BIOLOGICOS	X	OTROS: GUANTES LENTES
4					AÑO INICIO	POLVO RUIDO DISERGONOMICO	X	GUANTES LENTESES MASCARILLA
5					AÑO SALIDA	MESES: QUÍMICOS	X	TAPONES/OREJERAS
6					AÑO SALIDA	MESES: BIOLÓGICOS	X	OTROS: TAPONES/OREJERAS

Firma del Médico

Firma del Trabajador





FICHA DE FILIACIÓN
LLENAR ESTA FICHA EN LETRA IMPRENTA

Empresa: CarvajalNombres: Alvaro FrancoApellidos: Perez SaenzTipo de Documento: DNI () C.E. () Pasaporte () Número: 48182888Sexo: Masculino () Femenino () Fecha de Nacimiento: 11/09/1993Edad: 28 Celular: 933995493Estado Civil: Soltero () Casado () Divorciado () Viudo () Conviviente ()Grado de Instrucción: Analfabeto () Primaria completa () Primaria incompleta ()Secundaria completa () Secundaria incompleta () Técnica completa ()Técnica incompleta () Universitario incompleto () Universitario completo ()Puesto de trabajo: Ayudante de Producción

Profesión u Ocupación: _____

Correo electrónico: Perez Saenz @gmail.com**Lugar de Residencia Actual**Dirección: Urb. remanso de Narangal Mz "A" Lt "11" S.M.PTipo de Seguro: ESSALUD () SIS () EPS () SCTR () OTROS ()**Cláusula de aceptación de términos y condiciones del servicio Doktuz App**

Mediante el presente documento declaro haber leído, comprendido y aceptado los términos y condiciones de uso de la aplicación DOKTUZ APP los cuales se encuentran en el siguiente enlace: <https://www.doktuz.com/terminos-y-condiciones>

Acepto () No Acepto ()**Cláusula de consentimiento para el tratamiento de datos personales por parte TESALIA MEDICAL S.A.C.**
para el envío de resultados por correo electrónico

De conformidad con la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento N° 003-2013-JUS en los términos vigentes de ambas, el titular de los datos personales anteriormente mencionados, queda informado/a que sus datos personales pasarán a formar parte del Banco de Datos Personales "Salud ocupaciones II" de titularidad de Tesalia Medical S.A.C. con domicilio legal en Av. La Marina N°3299 - San Miguel, provincia y departamento de Lima.

Acepto () No Acepto ()Fecha: 13-01-22Firma: [Firma]

El banco de datos personales "Pacientes y afiliados" se encuentra debidamente inscrito en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales, con la finalidad de prestar servicios de:

- Almacenamiento de información de exámenes de laboratorio.
- Medio de contacto con médicos y pacientes a nivel nacional e internacional.
- Publicación de mensajes de prevención y promoción de salud.

Denotarán que los datos personales solicitados y/o libre, previa e informada a Tesalia Medical S.A.C. para tratamiento de datos personales tanto en el Perú o

el extranjero, Sudamérica, Centro América y Norte América.

Los datos personales proporcionados podrán ser transferidos a terceros (nacionales o extranjeros) con la finalidad de ampliar o mejorar los servicios que proporciona Tesalia Medical S.A.C. a los pacientes, doctor en instituciones de salud

afiliadas, excepto los datos del historial clínico y del paciente.

El titular de datos personales autoriza a Tesalia Medical S.A.C. a conservar sus datos personales durante y después de finalizada la relación contractual (vigencia "Activa" desactivada en portal www.doktuz.com), para el cumplimiento de las obligaciones legales pertinentes (20 años después de la terminación de la relación contractual) y para que pueda recibir información publicitaria y ofertas comerciales, dentro de los límites legales permitidos.

Se le informa que sus derechos de información, acceso, rectificación, cancelación y oposición los podrá ejercer de forma gratuita a través de nuestro canal soporte@doktuz.com

Emitir la declaración de datos personales responderá a Tesalia Medical S.A.C. a conservar sus datos personales que ha proporcionado, reservándose Tesalia Medical S.A.C. el derecho a excluirlo o realizar la denuncia respectiva, en caso de constatar la falsedad o inexactitud de los mismos. Tesalia Medical S.A.C. ha adoptado los niveles de seguridad

para la protección de los Datos Personales legalmente requeridos. No obstante, el titular de los datos personales debe ser consciente de que dichas medidas en Internet no son inexpugnables.



 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, PEZO SAENZ ALVARO FRANCO Identificado con D.N.I.
Nº PER 48182888 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 13-01-2022:

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 48182888

Fecha: 13-01-2022



Firma Electrónica del paciente

DNI: PER 48182888

Fecha: 13-01-2022



Huella Digital del Paciente

DNI: PER 48182888

Fecha: 13-01-2022



Huella Electrónica del paciente

DNI: PER 48182888

Fecha: 13-01-2022

V01



 Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600731639	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-001.02
	Título: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	Fecha de Emisión: 2017-MAY-16 Página: 1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

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

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

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

Nombre en Letra Imprenta:

PEZO SAENZ ALVARO FRANCO

Fecha de Consentimiento:

13-01-2022

DNI:

PER 48182888

Firma del paciente




Huella digital del paciente

Firma y sello del médico



Dra. Lucy Marqués Valdivia
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora
CNP 45724 - RNA 04081
DOKTUS SAC

V01



 Tessia 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, PEZO SAENZ ALVARO FRANCO de 28 años de edad
trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado
con D.N.I./Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 48182888
domiciliado en CALLE C 1 MZ.A LOTE 11:

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: PEZO SAENZ ALVARO FRANCO
DNI: PER 48182888
Fecha de Autorización: 13-01-2022

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Dra. Ludy Murguia Valdivia
Coordinadora de Servicio Ocupacional - Auditora
CMP 45720000000000000001
DOKTUZ SAC

Firma y sello del médico
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, PEZO SAENZ ALVARO FRANCO, identificado (a) con DNI N° PER 48182888, el día del mes de: del año: , declaro en forma libre y voluntaria que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósitos de las pruebas que me realizarán por lo tanto autorizo expresamente al Centro Médico de la empresa con razón social: Tesalia Medical S.A.C. y con nombre comercial: Doktuz, para que efectué las pruebas necesarias para detectar en mi muestra de orina la presencia de Drogas de abuso.

A su vez, se me asegura la confidencialidad de los resultados y el debido asesoramiento por parte del médico a cargo del examen ocupacional.



HUELLA

FIRMA
LEY N° 26842 Art. 4

DATOS DEL PROFESIONAL TESTIGO:

NOMBRE:

Firma

FECHA:

13 / 01 / 22

DÍA MES AÑO

V01



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA EN LABORATORIO CLINICO

APELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO:

DNI, PAS O CE:

TELÉFONOS:

Pezo Saenz Alvaro Franco

EDAD: 28

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).

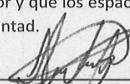
Acepto las indicaciones dadas por el personal encargado (Flebotomistas del Laboratorio Clínico) del procedimiento y acepto la total responsabilidad de los inconvenientes o consecuencias que surjan al no acatar dichas indicaciones y recomendaciones.

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: 48182898
Fecha: 13-01-22

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: 48182898
Fecha: 13-01-22



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

Nombre Completo: PEZO SAENZ ALVARO FRANCO	Fecha:	13-01-2022
	DNI:	PER 48182888

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"/>	Fibromialgas
<input checked="" type="checkbox"/>	Lumbalgias a repetición
<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de columna
<input checked="" type="checkbox"/>	Hernia del núcleo pulposo
<input checked="" type="checkbox"/>	Ciática
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad de la columna
<input checked="" type="checkbox"/>	Epilepsia o convulsiones
<input checked="" type="checkbox"/>	Vértigo/mareos
<input checked="" type="checkbox"/>	Parálisis facial
<input checked="" type="checkbox"/>	Desordenes del Sistema nervioso
<input checked="" type="checkbox"/>	Desmayos
<input checked="" type="checkbox"/>	Pérdida de conciencia
<input checked="" type="checkbox"/>	Depresión
<input checked="" type="checkbox"/>	Intento de suicidio
<input checked="" type="checkbox"/>	Tuberculosis Pulmonar
<input checked="" type="checkbox"/>	Asma bronquial
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfisema
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad pleural
<input checked="" type="checkbox"/>	Tos con sangrado (espunto en sangre)
<input checked="" type="checkbox"/>	Disminución de la audición (sordera)
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad del oído
<input checked="" type="checkbox"/>	Movilidad limitada de extremidades
	si no
	Enfermedades renales
	Accidente cerebro vascular (derrame)
	Isquemia o infartos
	Hipertensión arterial
	Arritmias o enfermedades cardíacas
	Alergia a medicamentos
	Palpitaciones
	Enfermedades oculares como glaucoma o catarata.
	Visión monocular (con un sólo ojo)
	Enfermedad de la tiroides
	Diabetes
	Gota
	Lupus
	Enfermedades articulares (artritis, artrosis)
	Reumatismo
	Enfermedad de la piel
	Hernia abdominal
	Hernia inguinal
	Enfermedades del hueso
	Hemofilia
	Desordenes de la coagulación
	Otras enfermedades o condiciones no descritas:

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

FIRMA DEL TRABAJADOR	HUELLA
	

V01


Dra. Daviangelia S. Rousseau
MÉDICO CIRJUANO
 CMP-095572

Firma y sello del Médico Evaluador



MIEMBRO DEL GRUPO **SYNLAB**
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION DE DROGAS DE ABUSO
SECCIÓN 1. IDENTIFICACION Y CERTIFICACION DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA LA MUESTRA

Yo, Pezo Saenz Alvaro Franco, identificado con DNI N° 48182888 y fecha de nacimiento 11-09-93, Certifico haber sido informado y acepto el procedimiento para la toma de muestra de orina, así como también doy mi consentimiento para la investigación de drogas de abuso por parte del laboratorio SYNLAB PERÚ S.A.C. SYNLAB PERÚ S.A.C queda autorizado para:

- Entregar los resultados únicamente a mi persona
- Entregar los resultados a: _____ (Identificar a la persona designada con indicación de su DNI) _____ DNI: _____
- Entregar una copia de los resultados a la Empresa para la cual trabajo o postulo si ésta fuera la solicitante del presente estudio:
Nombre de la Empresa: Pamisa
Dirección: Faucet

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: 

 Fecha: 13-01-22
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*

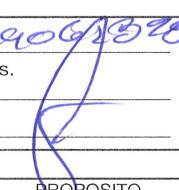
N° Lote: _____

Fecha de vencimiento: _____

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

SECCIÓN 3. INFORMACION DEL MUESTREADOR – TESTIGO

Nombres y Apellidos Eber Pepe Oye N° de DNI 49069152
 Certifico que la muestra corresponde al donante identificado en la sección 1, la cual proporciono si problemas.
 NOTA: _____

 Firma 
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 _____