

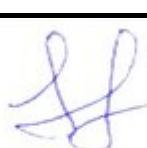
Historia Clínica N°	PQ4412-000080			Fecha	Día	11	Mes	01	Año	2022	
Tipo de evaluación	Pre Ocupacional		X	Periódico		Retiro		Otros			
Lugar del examen	Departamento	LIMA		Provincia	LIMA		Distrito				
<b>I. DATOS DE LA EMPRESA</b>											
Razón Social		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C									
Actividad Económica		fabricación de productos de plásticos									
Lugar del Trabajo		Av. Elmer Faucett Nro. 3486									
Ubicación	Departamento	PROV. CONST. DEL CALLAO		Provincia	CALLAO		Distrito	CALLAO			
Puesto al que postula (solo pre ocupacional)				AYUDANTE DE PRODUCCION							
Puesto laboral actual				-							
<b>II.- FILIACIÓN DEL TRABAJADOR</b>											
Nombres y apellidos		AXEL EDWIN PRADO CASTILLO									
Fecha de nacimiento		Día	04	Mes	02	Año	2003				
Edad	18	años									
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)					PER 72459719						
Domicilio fiscal											
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje		LAS COLINAS MZ I LOTE 2									
Número/Departamento/Interior			-			Urbanización			-		
Distrito	CALLAO		Provincia	CALLAO		Departamento	PROV. CONST. DEL CALLAO				
Residencia en lugar Trabajo		SI		NO	X	Tiempo de residencia en Lugar de trabajo					años
ESSALUD	-	EPS	-	OTRO		SCTR		-	OTRO	-	
Correo electrónico			AXEL2002TRES@GMAIL.COM			Teléfono			992367809		
Estado Civil			CONVIVIENTE			Grado de instrucción			SECUNDARIA COMPLETA		
Nº total de hijos vivos			1			Nº de dependientes			1		
<b>III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES</b>											
EMPRESA	Área de trabajo		Ocupación			Fecha		Tiempo	Exposición ocupacional		EPP
NESTLÉ PERÚ	PRODUCCION		OPERARIO DE PRODUCCION			I	Ago 2021	X	posturas, caídas, disergonómicos, movimientos repetitivos, ruido, polvo, cargas		botas, lentes, ropa, mascarilla, casco, tapones auditivos, guantes
						F	Dic 2021				
						I					
						F					
						I					
						F					
						I					
						F					
<b>IV . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES</b>											
Alergias	-	Diabetes	-	TBC	-	Hepatitis :	-				
Asma	-	HTA	-	ITS	-	Tifoidea	-				
Bronquitis	-	Neoplasia	-	Convulsiones	-	Otros	-				
Quemaduras	-										
Cirugías	-			Intoxicaciones	-	RAM	-				
Descripción											
Hábitos nocivos	Tipo			Cantidad			Frecuencia				

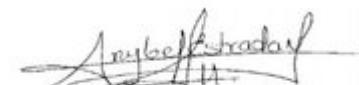
Alcohol	CERVEZA	SOCIAL	POCO
Tabaco	NIEGA	NIEGA	NIEGA
Drogas	NIEGA	NIEGA	NIEGA
Medicamentos		NIEGA	

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°	1	Hijos fallecidos	N°	0

VI . EVALUACIÓN MEDICA									
Anamnesis									
NO REFIERE									
Examen clínico	Talla (cm)	167	Peso (Kg)	59	IMC	21.16	Perímetro abdominal	80	
	Fr. Resp.	18	F. Card.	67	PA	100 / 60	PAmed	73.33	
	Otros	S O2 97 %	FUR: NO APLICA						
Ectoscopia	ABEG/ ABEH/ ABEN								
Estado mental	LOTEP								
<b>EXAMEN FÍSICO</b>									
<b>Organo o Sistemas</b>	<b>Sin Hallazgos</b>	<b>Hallazgos</b>							
Piel		TIBIA, HIDRATADA, ELASTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS. HIPERQUERATOSIS SUBUNGUEAL CON COLORACIÓN DE UNA AMARILLENTA EN QUINTO DEDO DE PIE IZQUIERDO							
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
	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								
					 <b>Dra. Yerussa Paredes García Urrutia</b> Médico Cirujano CMP 69925 DOKTUZ				
Nombre, Firma del Trabajador					Nombre, Firma y Sello del Médico Evaluador				

<b>VII . CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA</b>							
APTO CON RESTRICCIONES : DETERMINAR EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL POR ANSIEDAD EN SU EVALUACIÓN OCUPACIONAL.							
<b>VIII . CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS</b>							
TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL							
<b>IX . HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO</b>							
EXAMEN DE LABORATORIO: MARIHUANA POSITIVO							
<b>X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA</b>							
NORMOACUSIA BILATERAL							
<b>XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA</b>							
<b>XII . OTROS</b>							
<b>XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL</b>						<b>CIE-10</b>	
1				P	D	R	
2				P	D	R	
3				P	D	R	
4				P	D	R	
5				P	D	R	
OTROS DIAGNÓSTICOS							
6	NORMOACUSIA BILATERAL			P	D	R	Z01.1
7	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE			P	D	R	Z01.0
8	EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE NUTRICIÓN: IMC NORMAL			P	D	R	Z13.2
9	INDICADOR MODERADO DE ANSIEDAD POR PSICOLOGÍA			P	D	R	F41.9
10	TIÑA DE LAS UÑAS DEL PIE IZQUIERDO			P	D	R	B35.1
11	EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL			P	D	R	Z04.9
12	TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL			P	D	R	Z04.9
13	EXAMEN DE LABORATORIO: MARIHUANA POSITIVO			P	D	R	Z01.7
APTO	APTO CON RESTRICCIONES		NO APTO				X
<b>XIV . RECOMENDACIONES</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.</li> <li>- SU AGUDEZA VISUAL ES OPTIMA. NO OLVIDE REALIZAR UN CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.</li> <li>- DEBE LLEVAR UNA DIETA SALUDABLE Y REALIZAR EJERCICIO FÍSICO DIARIO POR 30 MINUTOS PARA MANTENER SU PESO ACORDE A SU TALLA.</li> <li>- ASISTIR A CONSULTA PSICOLÓGICA EN EL ÁREA CLÍNICA PARA SU RE EVALUACIÓN POR ANSIEDAD Y SU ABORDAJE. RE EVALUACIÓN OCUPACIONAL EN SEIS MESES.</li> <li>- EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIÓ LESIONES DESCAMATIVAS EN LAS UÑAS DEL PIE. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR DERMATOLOGÍA.</li> <li>- SE LE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS REGULARES (30 MINUTOS DIARIOS Y 5 VECES POR SEMANA) Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. LE AYUDARÁN A PREVENIR MOLESTIAS OSTEOMUSCULARES.</li> <li>- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.</li> <li>- SE RECOMIENDA SEGUIMIENTO POR EL MEDICO OCUPACIONAL DE LA EMPRESA.</li> </ul>							
  <p>Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra Médico Evaluador CNP 70087 DOKTUZ</p>							
<b>Nombre, Firma y Sello del Médico Ocupacional</b>							

**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL  
PREOCUPACIONAL**

APELLIDOS Y NOMBRES		PRADO CASTILLO AXEL EDWIN	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD			
DNI ( <input checked="" type="checkbox"/> )	C.E. ( <input type="checkbox"/> )	PER 72459719	
EDAD	18 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: A POSITIVO  
 ALTURA ESTRUCTURAL: NO APLICA  
 ALERGIA: NIEGA

		RESTRICCIONES	
APTO			
APTO CON RESTRICCIÓN			
NO APTO		X	MOTIVO DE OBSERVACIÓN, NO APTITUD O APTITUD NO DETERMINADA: NO APTO DE ACUERDO A LA POLITICA DE LA EMPRESA
OBSERVADO			

FECHA DEL EXAMEN 11-01-2022




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:	PRADO CASTILLO AXEL EDWIN		
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
TIPO DE EVALUACION:	PREOCUPACIONAL		
PUESTO	AYUDANTE DE PRODUCCION	AREA DE TRABAJO	OPERACIONES
FECHA DE EVALUACIÓN	11-01-2022	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL
FECHA DE EMISIÓN	11-01-2022		
DNI:	72459719	EDAD:	18 años
SEXO:	MASCULINO	HISTORIA CLÍNICA	PQ4412-000080

## **EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO**

<b>Hemoglobina:</b>	13.9 g/dL	<b>Grupo y Factor:</b>	A Positivo	<b>Orina Completa:</b>	NORMAL
<b>Glucosa:</b>	91 mg/dL	<b>Colesterol:</b>	127.6 mg/dL	<b>Triglicéridos</b>	104.2 mg/dL
<b>Col. HDL:</b>	NO APLICA	<b>Col. LDL:</b>	NO APLICA	<b>PSA:</b>	NO APLICA

TRIA.JF

**Talla:** 167 cm. **Peso:** 59 kg. **IMC:** 21.16 kg/m<sup>2</sup>  
**Presión Arterial:** 100/60 mmHg. **Frec. Respiratoria:** 18 x minuto. **Frec. Cardiaca:** 67 x minuto.

## **CONCLUSIÓN**

- 1.- NORMOACUSIA BILATERAL.
  - 2.- EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE
  - 3.- EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE NUTRICION: IMC NORMAL
  - 4.- INDICADOR MODERADO DE ANSIEDAD POR PSICOLOGIA
  - 5.- TIÑA DE LAS UÑAS DEL PIE IZQUIERDO
  - 6.- EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL
  - 7.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL
  - 8.- EXAMEN DE LABORATORIO: MARIHUANA POSITIVO

## **RECOMENDACIONES**

- 1.- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.
  - 2.- SU AGUDEZA VISUAL ES OPTIMA. NO OLVIDE REALIZAR UN CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.
  - 3.- DEBE LLEVAR UNA DIETA SALUDABLE Y REALIZAR EJERCICIO FÍSICO DIARIO POR 30 MINUTOS PARA MANTENER SU PESO ACORDE A SU TALLA.
  - 4.- ASISTIR A CONSULTA PSICOLÓGICA EN EL ÁREA CLÍNICA PARA SU RE EVALUACIÓN POR ANSIEDAD Y SU ABORDAJE. RE EVALUACIÓN OCUPACIONAL EN SEIS MESES.
  - 5.- EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIÓ LESIONES DESCAMATIVAS EN LAS UÑAS DEL PIE. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR DERMATOLOGÍA.
  - 6.- 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.
  - 7.- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.
  - 8.- SE RECOMIENDA SEGUIMIENTO POR EL MEDICO OCUPACIONAL DE LA EMPRESA.



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra  
Médico Evaluador  
CMP 70087  
DOKTUZ

---

Firma y Sello del Responsable de Revisión

**EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL**

APELLIDOS Y NOMBRES PRADO CASTILLO AXEL EDWIN EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.  
 EDAD 18 FECHA: 11-01-2022  
 OCUPACIÓN AYUDANTE DE PRODUCCION LENTES: NO USA  
 FECHA ULTIMO CAMBIO \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:**

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

**EXAMEN OCULAR EXTERNO :**

OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION

**EXAMEN OFTALMOLÓGICO:**

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

**REFLEJOS PUPILARES**

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

**FONDO DE OJO**

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

**TONOMETRÍA**

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

**CAMPIMETRÍA**

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

**OTRAS EVALUACIONES:**

NO APLICA
-----------

**DIAGNÓSTICOS:**

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



---

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

---

Nombre, Firma y Sello del Evaluador

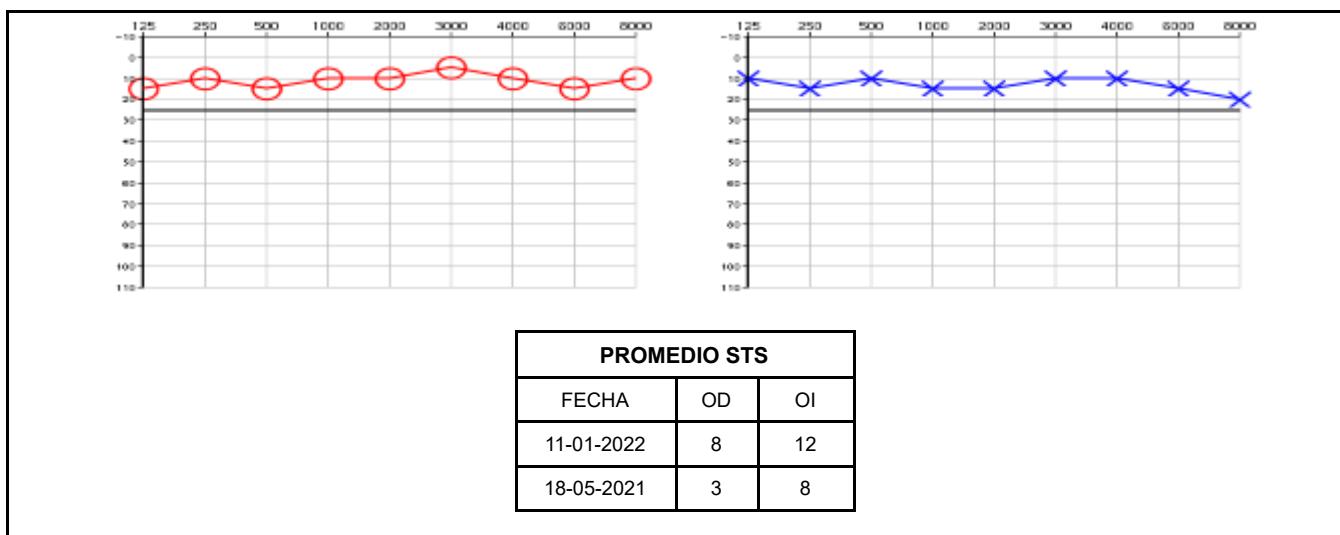
---

Firma y Sello del Médico

### FICHA AUDIOLÓGICA

Historia clínica	PQ4412-000080	Ficha audiológica				Audiometría	Marca: AMPLIVOX				
Fecha del Examen	11-01-2022	EXAMEN	Pre-ocupacional	X	Periodica			Modelo: 240			
			Retiro		Otro			Nº Serie: 31635 Fecha de Calibración de Equipo: 0000-00-00 Fecha de Calibración Biológica: 11-01-2022			
Nombres y apellidos		AXEL EDWIN PRADO CASTILLO									
Edad	18	Sexo	MASCULINO	Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C						
Ocupación	AYUDANTE DE PRODUCCION			Años de Trabajo	6 MESES	Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d			8 HORAS		
Uso de protectores auditivos	Tapones	X	Siempre	Orejeras		Apreciación al ruido	Ruido muy intenso	Ruido moderado	X	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 oido				X
Uso de ototóxicos			X	Exposición reciente a ruidos en las últimas 18 horas				X
Traumatismo encéfalo craneano, Meningitis			X	Otros			X	
Trauma acústico			X	PACIENTE REFIERE TRABAJA CON RUIDOS DE MAQUINAS DE PRODUCCION 6 MESES				
Parotiditis			X					
Deportes Acuáticos			X					
Parálisis Facial			X					
<b>OTOSCOPIA:</b>		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

<b>PACIENTE</b>	PRADO CASTILLO AXEL EDWIN	<b>EDAD</b>	18
<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>	Prov. Const. Del Callao Callao Callao	<b>F. NACIMIENTO</b>	04-02-2003
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>	LAS COLINAS MZ I LOTE 2	<b>F. EVALUACIÓN;</b>	11-01-2022
<b>PUESTO DE TRABAJO</b>	AYUDANTE DE PRODUCCION	<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	SECUNDARIA COMPLETA
<b>EMPRESA</b>	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
<b>ESTADO CIVIL</b>	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:	SUPERIOR	CI	114
2. Coordinación Visomotriz:	ADECUADO		
3. Nivel de Memoria:	CORTO PLAZO (ADECUADO) MEDIANO PLAZO (ADECUADO) LARGO PLAZO (ADECUADO)		
4. Personalidad:	CON TENDENCIA A LA INTROVERSIÓN		
5. Afectividad:	ESTABLE		
7. Manejo de Factores Psicosociales en el trabajo :	NO SOLICITADO		

### V.- CONCLUSIONES

1. **Área Cognitiva:** CON CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN A NIVEL SUPERIOR. SE MUESTRA COMO UN COLABORADOR RESPONSABLE EN SUS FUNCIONES, PUNTUAL Y DISFRUTAR DE RELACIONARSE CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO. PRESENTA INDICADORES DE ANSIEDAD EN LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL.
2. **Área Emocional :** ESTABLE
3. **Ansiedad:** MODERADO.

### VI.-RECOMENDACIONES

1. ASISTIR A CONSULTA PSICOLÓGICA EN EL ÁREA CLÍNICA PARA SU RE EVALUACIÓN POR ANSIEDAD Y SU ABORDAJE. RE EVALUACIÓN OCUPACIONAL EN SEIS MESES.
2. REALIZAR EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN ANTES Y DURANTE EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES PARA PODER EJERCER CONTROL SOBRE LA SITUACIÓN.
3. REFORZAR ESTRATEGIAS PARA EL ADECUADO AFRONTAMIENTO ANTE SITUACIONES QUE LE GENEREN ANSIEDAD.

### VII.- CONDICIÓN:

APTO CON RESTRICCIONES : DETERMINAR EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL POR ANSIEDAD EN SU EVALUACIÓN OCUPACIONAL.



Lic. Isabel Gonzales Brair  
Psicóloga  
CPSP 6380  
DOKTUZ SAC

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

## FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: PRADO CASTILLO AXEL EDWIN      EDAD 18      SEXO MASCULINO  
 EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C      PUESTO AYUDANTE DE PRODUCCION      FECHA 11-01-2022

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

### 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		

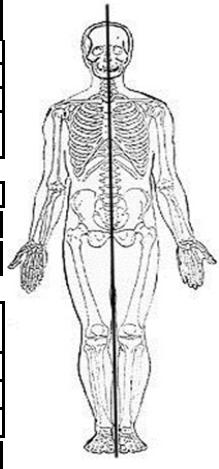
SIGNOS Y SÍNTOMAS	
GRADO 0	Ausencia de signos y síntomas.
GRADO 1	Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva.
GRADO 2	Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización.
GRADO 3	Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión.
GRADO 4	Grado 3 más limitación funcional evidente clínicamente.

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

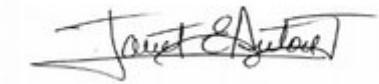
POSTURA	Óptima
---------	--------

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

Nº DE HISTORIA CLINICA	PQ4412-000080			DNI	PER 72459719
APELLIDOS Y NOMBRES	PRADO CASTILLO AXEL EDWIN			SEXO	MASCULINO
TIPO DE EXAMEN:	PREOCUPACIONAL				
FECHA DEL EXAMEN	11-01-2022				

I. N° 1: Riesgos

PUESTO OPERATIVO	OPERATIVO	100	ADMINISTRATIVO	0	Horas /días	12/4			
POSTURA	SEDEnte	0	BIPEDESTACIÓN	100					
POSTURA FORZADA	NO		MOVIMIENTO REPETITIVO	SI	FLEXION Y EXTENSION DE MIEMBROS SUPERIORES				
¿MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGA?	SI		PESO ENTRE	1	Kg y	25 Kg			
LEVANTA	X	COLOCA	X	EMPUJA	X	TRACCIONA		DESPLAZA	X
¿USUARIO DE PANTALLA VISUAL (PVD)?	NO		Horas /días						
DOMINANCIA			DIESTRO	X	ZURDO				

## II. N° 2: Evaluación.

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

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

### EXPLORACION FÍSICA DE ARTICULACIONES

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

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

### COLUMNA VERTEBRAL

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

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

#### EJE LATERAL

Eje lateral	Normal	Derecha	Izquierda
Dorsal	X		
Lumbar	X		

## EXAMEN FÍSICO

## MOVILIDAD - DOLOR

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

## PALPACIÓN (Marque con una X)

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

## MANIOBRA RADICULO /DISCOPASTÍAS

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

## REFLEJOS

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

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

## III. N° 3: Comentarios.

DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES

## IV. N° 4: Diagnóstico

Z04.9 EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL

## V. N° 5: Recomendaciones

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



Dra. Yerussa Paredes García Urrutia  
Médico Cirujano  
CMP 69925  
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

## INFORME RADIOGRÁFICO

**PACIENTE:** PRADO CASTILLO AXEL EDWIN

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

**EDAD:** 18

**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, 11 de Enero del 2022



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

---

Firma y Sello del Médico

Paciente:	PRADO CASTILLO AXEL EDWIN			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	18 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	11-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000080

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

#### BIOQUIMICA

GLUCOSA BASAL	91	mg/dL	60 - 100
COLESTEROL TOTAL	127.6	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	104.2	mg/dL	Normal < 150 mg/dL Nivel Límite: 150 - 199 mg/dL Nivel Alto: > 200 mg/dL

#### OBSERVACIONES



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

---

FIRMA

Paciente:	PRADO CASTILLO AXEL EDWIN		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	18 años
Fecha:	11-01-2022	Genero:	MASCULINO

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

## HEMATOLOGIA

### GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

### HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

A  
Positivo  
NORMAL

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

4.5 - 11

### FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

43.3 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

4.2 %

0 - 3

BASOFILOS %

0.3 %

0 - 1

MONOCITOS %

10.3 %

3 - 6

LINFOCITOS %

41.9 %

24 - 44

SEGMENTADOS

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

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

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

0.0 - 0.7

BASOFILOS

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

(0 - 0.09)

MONOCITOS

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

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

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

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

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

4.5 - 5.5

HEMOGLOBINA

13.9 g/dL

13.5 - 17.5

HEMATOCRITO

41 %

41 - 53

VCM

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

80.0 - 100

HCM

31 pg

26 - 34

CHCM

33.9 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

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

150.0 - 350

### OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	PRADO CASTILLO AXEL EDWIN		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	18 años
Fecha:	11-01-2022	Genero:	MASCULINO

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

### URIANALISIS

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



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

---

FIRMA

Paciente:	PRADO CASTILLO AXEL EDWIN		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	18 años
Fecha:	11-01-2022	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)	Positivo	REACTIVO > 50 ng/MI NO REACTIVO <50 ng/MI



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

---

**FIRMA**



PRADO CASTILLO AXEL EDWIN

PER 72459719

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



13

RUTA N

**Preocupacional**

DNI	72459719	FECHA	11-01-2022
EDAD	18	PERFIL	OPERATIVO 1-NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4412-000080	SEXO	MASCULINO
HORA DE INICIO EMO	08:01:03	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE		D. O.	
TECNOLOGÍA MÉDICA	Lic. Antón Jairo Janet Elizabeth Tecnólogo Médico C.I.M.P. 104444 Ferussa Paredes García Urquiza MEDICO CRUJANO 098225		Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL			Examen Medico
PSICOLOGÍA		S.B.	BARSIT Examen Psicologico
OFTALMOLOGÍA		A.R.	Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA		J.L.	Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES		E.C.	Radiografia de Tórax
ESPIROMETRÍA			ESPIROMETRÍA
LABORATORIO		C.S.	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	- 59	Talla	- 1.67	IMC	-	P. Abdominal	- 80
P.A. Sistólica	- 100	P.A. Diastólica	- 60	F. Cardiaca	- 67	F. Respiratoria	- 18
Temperatura	- 36.2	Sat. O2	- 92				
Cintura	- 77	Cadera	- 93	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 84	P.T. Inspiración	- 92	P.T. Reposo	- 86		

CREADO POR: RUTH JARAID ENCISO CRUZ FECHA: 11-01-2022 HORA: 07:58:41

V01



 Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751629	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-001.02
	Título: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	Fecha de Emisión: 2017-MAY-16
		Página: 1 de 1

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

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

1. Los exámenes médicos ocupacionales son de acuerdo al perfil laboral que corresponde, con el fin de determinar mi estado de salud.
2. El examen de salud incluirá lo siguiente (los exámenes que se me realizarán pueden variar, y dependerá del perfil médico que mi empresa designe para mi puesto):
  - a. Filiación (Datos personales como dirección, teléfonos, edad, estado civil, entre otros)
  - b. Anamnesis clínica (Datos de antecedentes personales, familiares y de enfermedades unidos a los síntomas clínicos que haya presentado o presente en la actualidad, alergia a medicamentos, sexualidad, y hábitos personales).
  - c. Examen físico general, por sistemas y por aparatos
  - d. Pruebas complementarias (psicológico, laboratorio, imágenes, espirometría, audiometría, electrocardiograma, entre otros).
3. Para la realización de los exámenes se me indicó que:
  - a. La toma de muestra de sangre para los análisis de laboratorio podría producirme en la zona de venopunción un hematoma y/o leve dolor.
  - b. Para la evaluación física general, se me solicitará que me retire mi vestimenta y se me proporcionará una bata.
  - c. Para la toma de radiografía de tórax, se me solicitará que me retire mi vestimenta de la parte superior del cuerpo (tórax, brazos) y se me proporcionará una bata.
  - d. Debo responder con veracidad los cuestionarios que se me realicen durante las evaluaciones médicas y otras pruebas.
  - e. Que el realizar las pruebas psicológicas puede ser de manera escrita en papel o en un equipo electrónico, para lo cual doy mi aceptación y certifico que las respuestas se ajustan a la verdad.
4. La información contenida en la Ficha Médica será mantenida en estricta confidencialidad por Doktuz y permanecerá en los archivos médicos (Ley General de Salud Artículo 15º, Norma Técnica de Historia Clínica para los establecimientos de salud tanto privados como públicos del Sector Salud: N.T.S. Nº 022-MINSA/DGSPV.02) por el periodo 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:

PRADO CASTILLO AXEL EDWIN

Fecha de Consentimiento:

11-01-2022

DNI:

PER 72459719

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Dra. Lucy Morquia Valdivia  
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora  
CMP 45724, RNA 04081  
DOKTUS SAC

Firma y sello del médico

V01





Tesisia Medical S.A.C.  
RUC: 20500751639

DIRECCIÓN MÉDICA
Título: AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE RESULTADOS, ADMINISTRACIÓN Y LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Código y Versión: DM-FR-003.02
Fecha de Emisión: 2017-MAY-16
Página: 1 de 1

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

Yo, PRADO CASTILLO AXEL EDWIN de 18 años de edad  
trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado  
con D.N.I./Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 72459719  
domiciliado en LAS COLINAS MZ I LOTE 2:

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: PRADO CASTILLO AXEL EDWIN  
DNI: PER 72459719  
Fecha de Autorización: 11-01-2022

Firma del paciente



Huella digital del paciente



Dra. Lucy Mónica Vela Vela  
Coordinadora Médica Ocupacional - Auditora  
CNP 45724 RNE 04081  
DOKTUS SAC

Firma y sello del médico

V01



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

### CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO

Yo, PRADO CASTILLO AXEL EDWIN, identificado (a) con DNI N° PER 72459719, 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: Ever Subra Firma J

FECHA 11 / 01 / 12  
DIA MES AÑO

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, PRADO CASTILLO AXEL EDWIN Identificado con D.N.I  
Nº PER 72459719 acudo a la Clínica

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

Por ello, autorizo el uso de mi firma y huella digital electrónicas para que se incluyan exclusivamente en los siguientes documentos que se generen el día 11-01-2022:

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

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

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

Firmo y dejo huella original para constatar lo mencionado.

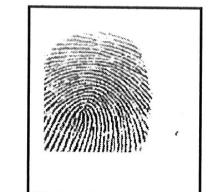
  
Firma manuscrita del paciente  
DNI: PER 72459719  
Fecha: 11-01-2022



Huella Digital del Paciente  
DNI: PER 72459719  
Fecha: 11-01-2022

V01

  
Firma Electrónica del paciente  
DNI: PER 72459719  
Fecha: 11-01-2022



Huella Electrónica del paciente  
DNI: PER 72459719  
Fecha: 11-01-2022





Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres: Pablo Castillo Axel EdwinDNI: 72469719

FECHA:

11/01/22

## ANTECEDENTES OCUPACIONALES

DNI: 72469719

FECHA:

11/01/22

## ANTECEDENTES LABORALES



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?	
								AÑO INICIO	AÑO SALIDA
1	Rey	Fábrica de cierres y plástico	Operario de producción	Operario de producción	2 meses	RUIDO	LENTES	<input checked="" type="checkbox"/> GUANTES	<input checked="" type="checkbox"/> MASCARILLA
2	Nestle	Rubro de Alimentos	Operario de producción	Operario de producción	1 año	RUIDO	LENTES	<input checked="" type="checkbox"/> GUANTES	<input checked="" type="checkbox"/> MASCARILLA
3					1 año	RUIDO	LENTES	<input checked="" type="checkbox"/> GUANTES	<input checked="" type="checkbox"/> MASCARILLA
4					1 año	RUIDO	LENTES	<input checked="" type="checkbox"/> GUANTES	<input checked="" type="checkbox"/> MASCARILLA
5					1 año	RUIDO	LENTES	<input checked="" type="checkbox"/> GUANTES	<input checked="" type="checkbox"/> MASCARILLA
6					1 año	RUIDO	LENTES	<input checked="" type="checkbox"/> GUANTES	<input checked="" type="checkbox"/> MASCARILLA

Yerusa Pareto García Uriarte  
MEDICO DE PUEBLO JUAN  
FIRMA:

Firma del Médico



Firma del Trabajador





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

Fecha:	11-01-2022
DNI:	PER 72459719

Nombre Completo: PRADO CASTILLO AXEL EDWIN

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

**DESCRIBA**

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

Describa en caso de tener alguna respuesta positiva:

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

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

FIRMA DEL TRABAJADOR	HUELLA

Yerusa Parada García Urrutia  
MEDICO PERMANENTE  
C.M.P. 69925

Firma y sello del Médico Evaluador

V01



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA EN LABORATORIO CLINICO

APELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO: Prado Castillo Axel Edwin  
DNI, PAS O CE: 72459719 EDAD: 18  
TELÉFONOS: 922315567

MENCIONE A CONTINUACIÓN SI ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO  
(ENCIERRE EN 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: 72459719  
Fecha: 11-01-22

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



13

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

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

Yo, Axel Edwin Pando Casperillo, identificado con DNI N° 1 72459719 y fecha de nacimiento 04/02/22, 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: Parmisa
- Dirección: Faucett

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: [Firma] Fecha: 11-01-22

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

### SECCIÓN 2. INFORMACION DE LA PRUEBA

#### MOTIVO DE LA PRUEBA

Pre-empleo       Al Azar       Retorno al trabajo       Con Causa       Otro

#### INDICAR DROGAS A ANALIZAR

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

#### RESPECTO AL KIT DE ANALISIS\*

Nº Lote: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

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

### SECCIÓN 3. INFORMACION DEL MUESTREADOR – TESTIGO

Nombres y Apellidos Vanessa Pineda Nº de DNI 003319882

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

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

Firma [Firma]

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

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

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

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

POSITIVA

NEGATIVA

Es positiva para los siguientes analitos: \_\_\_\_\_

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

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

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

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

CONFIDENCIAL. NO DEBE SER FOTOCOPIADO SIN PERMISO DE SYNLAB PERÚ S.A.C