

Historia Clínica N°	PQ4412-000103			Fecha	Día	17	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		GABRIELA MARIA LUZ CASTILLO GAMARRA								
Fecha de nacimiento		Día	21	Mes	02	Año	1993			
Edad	28	años								
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)						PER 73519019				
Domicilio fiscal										
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje		-								
Número/Departamento/Interior			-			Urbanización			-	
Distrito	-		Provincia	-		Departamento	-			
Residencia en lugar Trabajo	SI	-	NO	X	Tiempo de residencia en Lugar de trabajo				-	años
ESSALUD	-	EPS	-	OTRO	-	SCTR	-	OTRO	-	
Correo electrónico			-			Teléfono		-		
Estado Civil			-			Grado de instrucción		-		
Nº total de hijos vivos			2			Nº de dependientes		2		
III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES										
EMPRESA	Área de trabajo		Ocupación		Fecha		Tiempo	Exposición ocupacional		EPP
NESTLÉ PERÚ	PRODUCCION		OPERARIO DE PRODUCCION		I	May 2021	X	posturas, caídas, disergonómicos, movimientos repetitivos, cargas, polvo, ruido		botas, lentes, ropa, guantes, tapones auditivos, casco, mascarilla
					F	Set 2021				
					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	Dolor de Cabeza: ESPORADICO, CEDE A ANALGESICOS TAB.;									
Antecedentes Ginecológicos:										

Fecha última Regla	09/01/22	Gestaciones	12	Hijos vivos	12	Hijos muertos	0
Régimen Catamenial	4/30	Método anticonceptivo	NIEGA				
Hábitos nocivos	Type	Cantidad	Frecuencia				
Alcohol	NIEGA	NIEGA	NIEGA				
Tabaco	NIEGA	NIEGA	NIEGA				
Drogas	NIEGA	NIEGA	NIEGA				
Medicamentos		NIEGA					

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

V . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

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

VI . EVALUACIÓN MEDICA											
Anamnesis											
NO REFIERE											
Examen clínico	Talla (cm)	165	Peso (Kg)	75	IMC	27.55	Perímetro abdominal	96			
	Fr. Resp.	18	F. Card.	76	PA	100 / 50	PAmed	66.67			
	Otros	S O2 98 %	FUR: 09/01/22								
Ectoscopia	ABEG/ ABEH/ ABEN										
Estado mental	LOTEP										
EXAMEN FÍSICO											
Organo o Sistemas	Sin Hallazgos	Hallazgos									
Piel		TIBIA, HIDRATADA, ELASTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS NO LESIONES.									
Cabeza / Cabello	X										
Ojos y anexos		Ojos	OD	Normal	OI	Normal					
		Agudeza Visual Cerca	OD	20/20	OI	20/20	Con correctores	OD		OI	
		Agudeza Visual Lejos	OD	20/20	OI	20/20	Con correctores	OD		OI	
		Fondo de ojo	OD	NO REALIZADO	OI	NO REALIZADO	Visión de colores	OD	NORMAL	OI	NORMAL
		Visión de profundidad	NORMAL								
		Exámen ocular externo	OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION								
Oidos	X										
Nariz	X										
Boca	X										
Faringe	X										
Laringe	X										
Cuello	X										
Aparato Respiratorio	X										
Aparato Cardiovascular	X										
Aparato Genitourinario	X										
Aparato Locomotor	X										
Marcha	X										
Columna	X										
Abdomen	X										
Hernias	X										
Tacto Rectal		DIFERIDO									
Lenguaje	X										
Ganglios	X										
Varices	X										
Reflejos Osteotendinosos	X										
Miembros superiores	X										
Miembros inferiores	X										
Sistema linfático	X										
Sistema nervioso	X										
					  Dra. Yerussa Paredes García Urrutia Médico Cirujano CMP 69925 DOKTUZ						
Nombre, Firma del Trabajador					Nombre, Firma y Sello del Médico Evaluador						

VII . CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA							
APTO							
VIII . CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS							
TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL							
IX . HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO							
ANEMIA LEVE NO ESPECIFICADA COLESTEROL EN LIMITE SUPERIOR HALLAZGOS ANORMALES EN LA ORINA: LEUCOCITURIA							
X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA							
NORMOACUSIA BILATERAL							
XI . CONCLUSIÓN DE SPIROMETRÍA							
XII . OTROS							
XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL					CIE-10		
1				P	D	R	
2				P	D	R	
3				P	D	R	
4				P	D	R	
5				P	D	R	
OTROS DIAGNÓSTICOS							
6	NORMOACUSIA BILATERAL			P	D	R	Z01.1
7	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE			P	D	R	Z01.0
8	SOBREPESO			P	D	R	E67.X
9	EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL			P	D	R	Z04.9
10	TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL			P	D	R	Z04.9
11	ANEMIA LEVE NO ESPECIFICADA			P	D	R	D64.9
12	COLESTEROL EN LIMITE SUPERIOR			P	D	R	E78.0
13	HALLAZGOS ANORMALES EN LA ORINA: LEUCOCITURIA			P	D	R	R82.9
APTO	X	APTO CON RESTRICCIONES		NO APTO			
XIV . RECOMENDACIONES							
<ul style="list-style-type: none"> - SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL. - SU AGUDEZA VISUAL ES OPTIMA. NO OLVIDE REALIZAR UN CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA. - 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. - 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. - PACIENTE ACUDE POR ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA: SE INDICA TRATAMIENTO CON SULFATO FERROSO 300 MG TAB POR 30 DIAS. DR RICHARD RODRIGUEZ PASTOR. CMP 055096 RNE 025902 - SE LE SUGIERE DIETA BAJA EN GRASAS SATURADAS Y REPETIR EL EXAMEN EN 3 MESES. EVALUACIÓN Y MANEJO POR MEDICINA GENERAL. - PACIENTE ACUDE POR ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA: NO REQUIERE TRATAMIENTO. DR RICHARD RODRIGUEZ PASTOR. CMP 055096 RNE 025902 							
  <p>Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra Médico Evaluador CMP 70087 DOKTUZ</p>							
Nombre, Firma y Sello del Médico Ocupacional							

**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL
PREOCUPACIONAL**

APELLIDOS Y NOMBRES		CASTILLO GAMARRA GABRIELA MARIA LUZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD				
DNI (<input checked="" type="checkbox"/>)	C.E. (<input type="checkbox"/>)	PER 73519019		
EDAD	28 años			
GÉNERO	FEMENINO			
PUESTO AL QUE POSTULA (SOLO PRE OCUPACIONAL)		AYUDANTE DE PRODUCCION		
EMPRESA		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C	SEDE O PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

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

APTO	<input checked="" type="checkbox"/>	RESTRICCIONES MOTIVO DE OBSERVACIÓN, NO APTITUD O APTITUD NO DETERMINADA:
APTO CON RESTRICCIÓN		
NO APTO		
OBSERVADO		

FECHA DEL EXAMEN 17-01-2022




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:	CASTILLO GAMARRA GABRIELA MARIA LUZ					
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C					
TIPO DE EVALUACION:	PREOCUPACIONAL					
PUESTO	AYUDANTE DE PRODUCCION			AREA DE TRABAJO	OPERACIONES	
FECHA DE EVALUACIÓN	17-01-2022			PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL	
FECHA DE EMISIÓN	18-01-2022					
DNI:	73519019	EDAD:	28 años	SEXO:	FEMENINO	HISTORIA CLÍNICA
						PQ4412-000103

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO							
Hemoglobina:	11.4 g/dL	Grupo y Factor:	A Positivo		Orina Completa: ANORMAL		
Glucosa:	98 mg/dL	Colesterol:	234.4 mg/dL		Triglicéridos	80.7 mg/dL	
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA		PSA:	NO APLICA	

TRIAJE				
Talla:	165 cm.	Peso:	75 kg.	IMC: 27.55 kg/m ²
Presión Arterial:	100/50 mmHg.	Frec. Respiratoria:	18 x minuto.	Frec. Cardiaca: 76 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.- ANEMIA LEVE NO ESPECIFICADA	
7.- COLESTEROL EN LIMITE SUPERIOR	
8.- HALLAZGOS ANORMALES EN LA ORINA: LEUCOCITURIA	

<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.- PACIENTE ACUDE POR ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA: SE INDICA TRATAMIENTO CON SULFATO FERROSO 300 MG TAB POR 30 DIAS. DR RICHARD RODRIGUEZ PASTOR. CMP 055096 RNE 025902	
7.- SE LE SUGIERE DIETA BAJA EN GRASAS SATURADAS Y REPETIR EL EXAMEN EN 3 MESES. EVALUACIÓN Y MANEJO POR MEDICINA GENERAL.	
8.- PACIENTE ACUDE POR ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA: NO REQUIERE TRATAMIENTO. DR RICHARD RODRIGUEZ PASTOR. CMP 055096 RNE 025902	



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra
Médico Evaluador
CMP 70087
DOKTUZ

Firma y Sello del Responsable de Revisión



Tesalia Medical S.A.C.

RUC: 20600751639

HOJA DE INTERCONSULTA

Paciente	: CASTILLO GAMARRA GABRIELA MARIA LUZ	Sexo:	F (X) M ()	Fecha	17-01-2022
Edad	: 28				
Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C				
Puesto al que postula	AYUDANTE DE PRODUCCION				

Especialidad a la que se Consulta: MEDICINA INTERNA

Motivo de Consulta

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 28 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS CONOCIDOS, ASINTOMÁTICO, QUIEN CUENTA CON EXAMEN DE ORINA LEUCOCITOS 10 por campo. ADICIONAL, HB 11.4 G/DL

SE SOLICITA EVALUACIÓN Y MANEJO POR SU ESPECIALIDAD.

Diagnóstico	CIE : 10
HALLAZGOS ANORMALES EN LA ORINA: LEUCOCITURIA	R82.9
ANEMIA LEVE NO ESPECIFICADA	D64.9

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 DURANTE LA SEMANA EN MECÁ MOLDEAMOS
Experiencia: CONFIRMADA

Diagnóstico	① ANEMIA LEVE	CIE : 10
	② LEUCOCITURA ASINTOMATICA	D50.9

Indicaciones Médicas y Conclusión

- SUSTITUTO FE MUYO 30g WC/24h + 30mls

Restricciones Laborales

No RESTRICCIONES LIBRES

Fecha de Reevaluación

APITUD: APTO

NO APTO

Médico Especialista:

MEDICINA INTERNA

Nombre Completo:

RICARDO RUMAEZ PILOTA

CMP:

55096

RNE:

25802

Firma y Sello

Dr. Richard Rodríguez Pastor
MEDICO-INTERNA
CMP. 55096 RNE. 25802

Fecha y Hora de la Evaluación MEDICO-INTERNA

27/01/2022 15:22 pm



Tesalia Medical S.A.C.

RUC: 20600751639



MEDICINA GENERAL - UROLOGÍA - MEDICINA INTERNA - ANÁLISIS CLÍNICOS EN GENERAL

Av. Pedro Beltrán 125 / 1er Piso - Urb. Pedro Beltrán - Ventanilla

Telf.: 5532008 Cel.: 999032140 / 997457071 E-mail: joriz_reyes1@hotmail.com

ATENCIÓN: Lunes a Sábado: LAS 24 HORAS
Domingos y Feriados 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

INDICACIONES

Rp.

rx 01 tablet w ° 24h

11:00 AM - 3pm

- supuesto de mero 30g DM #30

Dr. Richard Rodriguez Pastor
MEDICO INTERNISTA
SIMP. 59096 RNE. 25902

Médico Tratante
Firma y Sello

20/01/2022

EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES CASTILLO GAMARRA GABRIELA MARIA LUZ EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.
 EDAD 28 FECHA: 17-01-2022
 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

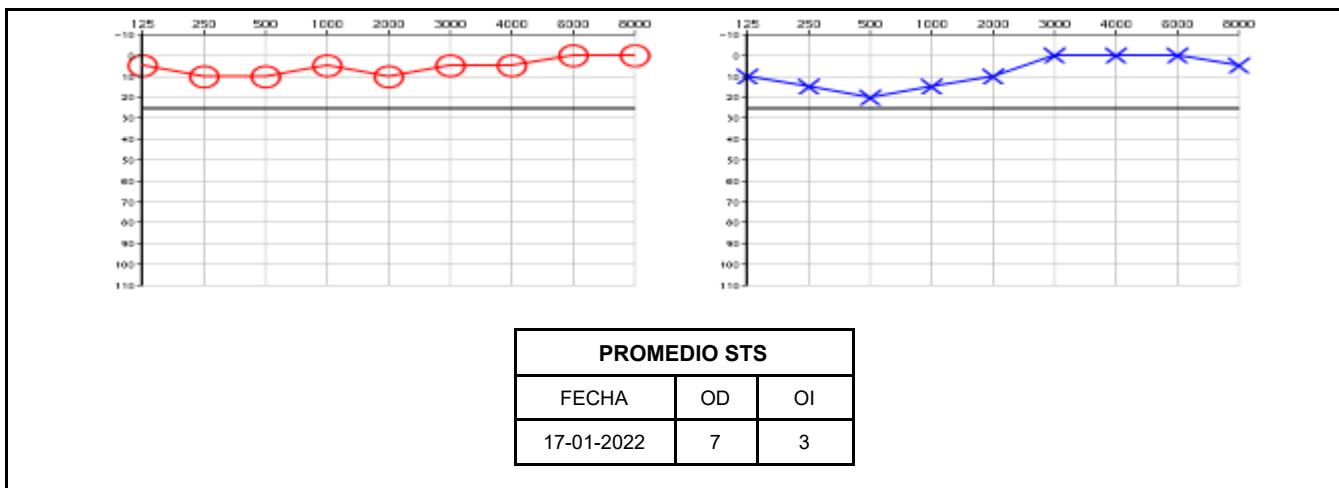
Nombre, Firma y Sello del Evaluador

Firma y Sello del Médico

FICHA AUDIOLÓGICA

Historia clínica		PQ4412-000103	Ficha audiológica				Audiometría	Marca: AMPLIVOX				
Fecha del Examen		17-01-2022	EXAMEN	Pre-ocupacional	<input checked="" type="checkbox"/>	Periodica			Modelo: 240			
				Retiro		Otro						
Nombres y apellidos		GABRIELA MARIA LUZ CASTILLO GAMARRA						Nº Serie: 31635 Fecha de Calibración de Equipo: 0000-00-00 Fecha de Calibración Biológica: 17-01-2022				
Edad	28	Sexo	FEMENINO	Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C							
Ocupación	AYUDANTE DE PRODUCCION			Años de Trabajo	7A	Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d				8 HORAS		
Uso de protectores auditivos	Tapones	<input checked="" type="checkbox"/>	Siempre	Orejeras	<input checked="" type="checkbox"/>	Siempre	Apreciación al ruido	Ruido muy intenso	<input checked="" type="checkbox"/>	Ruido moderado		Ruido no molesto

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



Conclusiones

OIDO DERECHO: Z01.1 NORMOACUSIA

OIDO IZQUIERDO: Z01.1 NORMOACUSIA

Recomendaciones

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



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

Firma y Sello del Responsable de evaluación



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

Firma y Sello del Responsable de Revisión

INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

I.- DATOS GENERALES

PACIENTE	CASTILLO GAMARRA GABRIELA MARIA LUZ	EDAD	28
LUGAR DE NACIMIENTO		F. NACIMIENTO	21-02-1993
LUGAR DE RESIDENCIA		F. EVALUACIÓN;	17-01-2022
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	GRADO DE INSTRUCCIÓN	
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
ESTADO CIVIL			

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	106
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. CON TENDENCIA A LA INTROVERSIÓN, SE MUESTRA COMO UNA COLABORADORA QUE LOGRA TOMAR DECISIONES BAJO TENSIÓN, COMPROMETIDA CON SU EQUIPO DE TRABAJO Y CUMPLIR LAS METAS DE LA ORGANIZACIÓN. 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. SIGA MEJORANDO SU DISPOSICIÓN PARA EL TRABAJO EN EQUIPO Y MEJORARÁ SUS RESULTADOS LABORALES.

VII.- CONDICIÓN:

APTO




Lic. Isabel Gonzales Brair
Psicóloga
CPSP 6380
DOKTUS SAC

Firma y Sello del Responsable de la evaluación

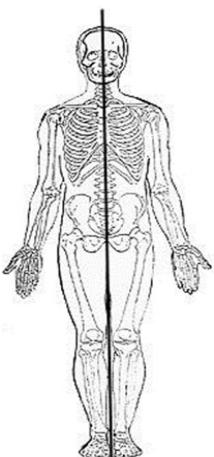
FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: CASTILLO GAMARRA GABRIELA MARIA
EDAD 28
SEXO FEMENINO

LUZ
EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C PUESTO AYUDANTE DE PRODUCCION

FECHA 17-01-2022

ACTIVIDAD LABORAL:	Sedestación/De pie			PRESENTA DOLOR	NO						
EVALUACIÓN ESTÁTICA											
SEGMENTOS											
Cabeza	Antepulsión	Antepulsión	Inclinación	No presenta	Rotación	No presenta					
Hombros	Antepulsados	Antepulsión	Elevación de	Ninguno de los hombros	Éscapulas	Normal					
Abdomen	Normal										
Curvaturas Fisiológicas	Cervical	Normal	Dorsal	Normal	Lumbar	Normal					
Pelvis	Retroversión	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					
Cervical	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no					
Dorsal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no					
Lumbar	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	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			

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 posturales.

FICHA MUSCULO ESQUELETICA POR MÉDICO

N° DE HISTORIA CLINICA

PQ4412-000103

APELLIDOS Y NOMBRES

CASTILLO GAMARRA GABRIELA MARIA LUZ

DNI

PER 73519019

TIPO DE EXAMEN:

PREOCUPACIONAL

SEXO

FEMENINO

FECHA DEL EXAMEN

17-01-2022

I. N° 1: Riesgos

PUESTO OPERATIVO	OPERATIVO	100	ADMINISTRATIVO	0	Horas /días	12/6			
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	15 Kg			
LEVANTA	X	COLOCA	X	EMPUJA	X	TRACCIONA		DESPLAZA	X
¿USUARIO DE PANTALLA VISUAL (PVD)?	NO		Horas /días						
DOMINANCIA			DIESTRO	X	ZURDO				

II. N° 2: Evaluación.

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

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

EXPLORACION FÍSICA DE ARTICULACIONES

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

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

COLUMNA VERTEBRAL

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

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

EJE LATERAL

Eje lateral	Normal	Derecha	Izquierda
Dorsal	X		
Lumbar	X		

EXAMEN FÍSICO

MOVILIDAD - DOLOR

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

PALPACIÓN (Marque con una X)

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

MANIOBRA RADICULO /DISCOPASTÍAS

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

REFLEJOS

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

Mutilación de Miembro**NO**

III. N° 3: Comentarios.

DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES

IV. N° 4: Diagnóstico

Z04.9 EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL

V. N° 5: Recomendaciones

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

Dra. Yerussa Paredes García Urrutia
Médico Cirujano
CMP 69925
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

INFORME RADIOGRÁFICO

PACIENTE: CASTILLO GAMARRA GABRIELA MARIA LUZ

EDAD: 28

SEXO: FEMENINO

EMPRESA: PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

PUESTO: AYUDANTE DE PRODUCCION

INFORME

El estudio radiográfico de tórax realizado muestra:

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

DIAGNÓSTICO:

- (Z01.6) TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL

Lima, 17 de Enero del 2022



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

Firma y Sello del Médico

Paciente:	CASTILLO GAMARRA GABRIELA MARIA LUZ		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	28 años
Fecha:	17-01-2022	Historia Clínica:	PQ4412-000103

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

BIOQUIMICA

GLUCOSA BASAL	98	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	234.4	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	80.7	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:	CASTILLO GAMARRA GABRIELA MARIA LUZ			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	28 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	17-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000103

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

HEMATOLOGIA

GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

A
Positivo
ANORMAL

10.48 $\times 10^3/\mu\text{L}$

4.5 - 11

FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

66 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

0.1 %

0 - 3

BASOFILOS %

0.3 %

0 - 1

MONOCITOS %

6.2 %

3 - 6

LINFOCITOS %

27.4 %

24 - 44

SEGMENTADOS

6.92 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

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

0.0 - 0.7

BASOFILOS

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

(0 - 0.09)

MONOCITOS

0.65 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

2.87 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

3.95 $\times 10^6/\mu\text{L}$

4 - 4.9

HEMOGLOBINA

11.4 g/dL

12.0 - 16

HEMATOCRITO

34.5 %

36 - 46

VCM

87.3 μm^3

80.0 - 100

HCM

28.9 pg

26 - 34

CHCM

33 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

317 $\times 10^3/\mu\text{L}$

150.0 - 350

OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	CASTILLO GAMARRA GABRIELA MARIA LUZ			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	28 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	17-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000103

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

URIANALISIS

CUERPOS CETONICOS	Negativo	0	-	14
EXAMEN COMPLETO DE ORINA				
EXAMEN FISICO:				
COLOR	Ambar			
ASPECTO	Ligeramente turbio			TRANSPARENTE
EXAMEN QUIMICO:				
DENSIDAD	1.015	1.005	-	1.030
pH	6	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 Abundantes			
LEUCOCITOS	10 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:	CASTILLO GAMARRA GABRIELA MARIA LUZ			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	28 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	17-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000103

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

INMUNOLOGIA

HCG CUALITATIVO (PRUEBA DE
EMBARAZO)

Menor de 0.6



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

FIRMA

Paciente:	CASTILLO GAMARRA GABRIELA MARIA LUZ			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	28 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	17-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000103

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

FARMACOS Y TOXICOS

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



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

FIRMA



CASTILLO GAMARRA GABRIELA
MARIA LUZ

PER 73519019

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



13

RUTA N

Preocupacional

DNI	73519019	FECHA	17-01-2022
EDAD	28	PERFIL	OPERATIVO 1-NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4412-000103	SEXO	FEMENINO
HORA DE INICIO EMO	08:02:42	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE		R.C	
TECNOLOGÍA MÉDICA			Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL			Examen Medico
PSICOLOGÍA		S.K.	BARSIT Examen Psicologico
OFTALMOLOGÍA		A.O	Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA		D.O	Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES		EC	Radiografía de Tórax
ESPIROMETRÍA			ESPIROMETRÍA
LABORATORIO		Gal	HCG CUALITATIVO (PRUEBA DE EMBARAZO), COLESTEROL TOTAL, ORINA, EXAMEN COMPLETO, Glucosa Ayunas, GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH, HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO, TRIGLICERIDOS, COCAÍNA CUALITATIVA, EXAMEN (MARIHUANA) CUALITATIVO
EXAMENES PENDIENTE			Fecha Programada:
EXAMENES COMPLETADOS		Sello: Iniciales: Fecha:	

TRIAJE							
Peso	- 75	Talla	- 165	IMC	-	P. Abdominal	- 96
P.A. Sistólica	- 100	P.A. Diastólica	- 50	F. Cardiaca	- 76	F. Respiratoria	- 18
Temperatura	- 36	Sat. O2	- 98				
Cintura	- 94	Cadera	- 112	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 103	P.T. Inspiración	- 107	P.T. Reposo	- 106		

CREADO POR: VELA SANCHEZ GUADALUPE FECHA: 17-01-2022 HORA: 08:00:24

V01



 Tesalia Medical S.A.C. RUC. 20500751639	DIRECCIÓN MÉDICA Título: AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICAS	Código y Versión: DM-FR-004.02
		Fecha de Emisión: 2017-MAY-16
		Página: 1 de 1

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICAS

Yo, CASTILLO GAMARRA GABRIELA MARIA LUZ Identificado con D.N.I.

Nº PER 73519019 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 17-01-2022:

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 73519019

Fecha: 17-01-2022



Huella Digital del Paciente

DNI: PER 73519019

Fecha: 17-01-2022

V01



Firma Electrónica del paciente

DNI: PER 73519019

Fecha: 17-01-2022



Huella Electrónica del paciente

DNI: PER 73519019

Fecha: 17-01-2022



Doktuz Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751633	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-001.02
	Título: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	Fecha de Emisión: 2017-MAY-16
		Página: 1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

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

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

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

Nombre en Letra Imprenta: CASTILLO GAMARRA GABRIELA MARIA LUZ
 Fecha de Consentimiento: 17-01-2022
 DNI: PER 73519019

Firma del paciente



Huella digital del paciente



Dra. Lucy Muñoz Valdés
Coordinadora de Ocupacional - Auditora
CNP 45732 RMA C-0061
DOKTUZ SAC

Firma y sello del médico

V01



Doktuz Tesisia 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, CASTILLO GAMARRA GABRIELA MARIA LUZ 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 73519019
domiciliado en :

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

Así mismo declaro haber sido informado:

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

Nombre de Paciente: CASTILLO GAMARRA GABRIELA MARIA LUZ
DNI: PER 73519019
Fecha de Autorización: 17-01-2022

Firma del paciente



Huella digital del paciente



Dra. Lucy Muñoz Valdivia
Coordinadora Médica Ocupacional - Auditora
CNP 45724 - RNA 04081
DOKTUZ SAC

Firma y sello del médico

V01



 <p>Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751639</p>	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-006,02
	Título: CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO	Fecha de Emisión: 2017-MAY-16
		Página: 1 de 1

CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO

Yo, CASTILLO GAMARRA GABRIELA MARIA LUZ, identificado (a) con DNI N° PER 73519019, el dia 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

DIA MES AÑO

V01



 Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20500751639	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-005.02
	Título: DECLARACIÓN JURADA DE NO GESTANTE PARA REALIZACIÓN DE EXAMENES RADIOGRÁFICOS EN MUJERES	Fecha de Emisión: 2017-MAY-16
		Página: 1 de 1

DECLARACIÓN JURADA DE NO GESTANTE PARA REALIZACIÓN DE EXAMENES RADIOGRÁFICOS EN MUJERES

Se me ha explicado satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este examen, así como sus posibles riesgos y complicaciones. Por esto doy mi consentimiento para que el Centro Médico de la empresa con razón social: Tesalia Medical S.A.C. y con nombre comercial: Doktuz, me realice el examen radiológico correspondiente.

Asimismo declaro no estar embarazada en este momento, lo cual constituiría una contraindicación para la realización de las radiografías e ingresar a la unidad de Radiología.

Nombres y Apellidos: GABRIELA MARIA LUZ CASTILLO GAMARRA
 Fecha de Declaración: 17-01-2022
 DNI: PER 73519019

Firma del paciente .



HUELLA DEL PACIENTE

V01



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

Nombre Completo: CASTILLO GAMARRA GABRIELA MARIA LUZ	Fecha: 17-01-2022
	DNI: PER 73519019

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

Describa en caso de tener alguna respuesta positiva:

8 Marque si tuvo o tiene alguna enfermedad detallada en la siguiente relación	
si	no
X	Dolor de cabeza frecuentemente
X	Migraña
X	Fibromialgias
X	Lumbalgias a repetición
X	Dolor de columna
X	Hernia del núcleo pulposo
X	Ciática
X	Enfermedad de la columna
X	Epilepsia o convulsiones
X	Vértigo/mareos
X	Parálisis facial
X	Desórdenes del Sistema nervioso
X	Desmayos
X	Pérdida de conciencia
X	Depresión
X	Intento de suicidio
X	Tuberculosis Pulmonar
X	Aσmo bronquial
X	Enfisema
X	Enfermedad pleural
X	Tos con sangrado (espusto en sangre)
X	Disminución de la audición (sordera)
X	Enfermedad del oido
X	Movilidad limitada de extremidades
	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 tiroides
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
	

Yerussa Paredes García Urrutia
MEDICO CIRUJANO



Doktuz

Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres: Casilio Gamella García la María Luiz

ANTECEDENTES LABORALES

FECHA: 17/01/2022

DNI: 73519079

FECHA:

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?	FECHA	TIEMPO Años / Meses	EXPOSICIÓN	USO DE EPP ¿Usó equipo de protección personal?	
								AÑO INICIO	AÑOS:
1	ALICORP	Producción de Alimentos gelatinosas, productos de aseo.	SASA 1	Ayudante en taller de Aseo	23/10/2013	1	RUIDO DISERGONÓMICO	X LENTES	MASCARILLA
								X	TAPONES / OREJERAS
2	NESTLÉ	Producción de lácteos, productos glosinarios Panetones	PLANTA HELADOS	OPERARIO DE PRODUCCIÓN	01/09/2020		DISERGONÓMICO	X LENTES	MASCARILLA
								X	TAPONES / OREJERAS
3	NESTLÉ	Producción de lácteos, productos glosinarios Panetonés	CONFITERIA	OPERARIO DE PRODUCCIÓN	30/03/2021	06	BIOLÓGICOS	X LENTES	MASCARILLA
								X	TAPONES / OREJERAS
4					07/05/2021		RUIDO DISERGONÓMICO	X LENTES	MASCARILLA
								X	TAPONES / OREJERAS
5					20/09/2021	04	BIOLÓGICOS	X LENTES	MASCARILLA
								X	TAPONES / OREJERAS
6								X	Otros:

Yessica Pareja García Urutia
MEDICO IRUANO
C.M.P. 65025

Firma del Médico



Firma del Trabajador





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, *GABRIELA MARÍA LUZ CASTILLO GAMARRA, identificado con DNI N° * 73519019, y fecha de nacimiento * 21/02/93, 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: PANOLSA
 Dirección: CALLAO

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: M. Castillo Fecha: 17/01/2022

PARA SER LLENADO POR EL PERSONAL DE SYNLAB PERÚ S.A.C
SECCIÓN 2. INFORMACION DE LA PRUEBA

MOTIVO DE LA PRUEBA

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

INDICAR DROGAS A ANALIZAR

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

RESPECTO AL KIT DE ANALISIS*

Nº Lote: _____

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

Fecha de vencimiento: _____

SECCIÓN 3. INFORMACION DEL MUESTREADOR - TESTIGO

Nombres y Apellidos Karla Chávez de la Torre Nº de DNI 47708860
 Certifico que la muestra corresponde al donante identificado en la sección 1, la cual proporciono si problemas.
 NOTA: _____

Firma KCT

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 I ÍNDER DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA			