

Historia Clínica N°	PQ4412-000067			Fecha	Día	11	Mes	01	Año	2022
Tipo de evaluación	Pre Ocupacional		X	Periódico		Retiro		Otros		
Lugar del examen	Departamento	LIMA		Provincia	LIMA		Distrito			
I. DATOS DE LA EMPRESA										
Razón Social		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C								
Actividad Económica		fabricación de productos de plásticos								
Lugar del Trabajo		Av. Elmer Faucett Nro. 3486								
Ubicación	Departamento	PROV. CONST. DEL CALLAO		Provincia	CALLAO		Distrito	CALLAO		
Puesto al que postula (solo pre ocupacional)				OPERARIO						
Puesto laboral actual				-						
II.- FILIACIÓN DEL TRABAJADOR										
Nombres y apellidos		NOE SANCHEZ MONSALVE								
Fecha de nacimiento		Día	05	Mes	08	Año	1995			
Edad	26	años								
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)					PER 77702728					
Domicilio fiscal										
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje		BARBARA ALCAZAR 1480								
Número/Departamento/Interior			-			Urbanización			-	
Distrito	CERCADO DE LIMA		Provincia	LIMA		Departamento	LIMA			
Residencia en lugar Trabajo		SI		NO	X	Tiempo de residencia en Lugar de trabajo				años
ESSALUD	-	EPS	-	OTRO		SCTR	-	OTRO	-	
Correo electrónico			-			Teléfono		-		
Estado Civil			SOLTERO			Grado de instrucción		-		
Nº total de hijos vivos			1			Nº de dependientes		1		
III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES										
EMPRESA	Área de trabajo		Ocupación		Fecha		Tiempo	Exposición ocupacional		EPP
SMI	PRODUCCION		OPERARIO DE PRODUCCION		I	Mar 2021		polvo, ruido, disergonomicos, movimientos repetitivos, turnos, turnos nocturnos, caídas, posturas		guantes, tapones auditivos, orejeras, casco, mascarilla, ropa, lentes, botas
					F	Dic 2021				
					I					
					F					
					I					
					F					
					I					
					F					
					I					
					F					
					I					
					F					
IV . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES										
Alergias	-	Diabetes		-	TBC	-	Hepatitis :	-		
Asma	-	HTA		-	ITS	-	Tifoidea	-		
Bronquitis	-	Neoplasia		-	Convulsiones	-	Otros	-		
Quemaduras	-									
Cirugías					Intoxicaciones	-	RAM	-		
Descripción										
Hábitos nocivos	Tipo			Cantidad			Frecuencia			

Alcohol	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	CANCER	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)	170	Peso (Kg)	82	IMC	28.37	Perímetro abdominal	94			
	Fr. Resp.	18	F. Card.	67	PA	110 / 60	PAmed	76.67			
	Otros	S O2 98 %	FUR: NO APLICA								
Ectoscopia	ABEG/ ABEH/ ABEN										
Estado mental	LOTEP										
EXAMEN FÍSICO											
Organo o Sistemas	Sin Hallazgos	Hallazgos									
Piel		TIBIA, HIDRATADA, ELASTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS NO LESIONES.									
Cabeza / Cabello	X										
Ojos y anexos		Ojos	OD	Normal	OI	Normal					
		Agudeza Visual Cerca	OD	20/20	OI	20/20	Con correctores	OD		OI	
		Agudeza Visual Lejos	OD	20/70	OI	20/100	Con correctores	OD	20/20	OI	20/20
		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										
					  <p>Dra. Daviangeila Saireth Rausseo Portillo Médico Ocupacional CNP 093927 DOKTUZ</p>						
Nombre, Firma del Trabajador					Nombre, Firma y Sello del Médico Evaluador						

VII . CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA							
APTO							
VIII . CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS							
TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL							
IX . HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO							
HIPERTRIGLICERIDEMIA GLICEMIA EN EL LIMITE SUPERIOR							
X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA							
NORMOACUSIA BILATERAL							
XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA							
XII . OTROS							
RIESGO CORONARIO: 2 % - BAJO							
XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL							
CIE-10							
1				P	D	R	
2				P	D	R	
3				P	D	R	
4				P	D	R	
5				P	D	R	
OTROS DIAGNÓSTICOS							
6	NORMOACUSIA BILATERAL			P	D	R	Z01.1
7	AMETROPIA MODERADA CORREGIDA			P	D	R	H52.X
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	HIPERTRIGLICERIDEMIA			P	D	R	E78.1
12	GLICEMIA EN EL LIMITE SUPERIOR			P	D	R	R73.9
APTO		APTO CON RESTRICCIONES	X	NO APTO			
XIV . RECOMENDACIONES							
<ul style="list-style-type: none"> - SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL. - SE LE SUGIERE CONTINUAR CON EL USO DE SUS LENTES CORRECTORES Y EL CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA. - SE LE SUGIERE UNA DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, INCREMENTE LA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS, NO OLVIDE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA. ACUDA A NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA PARA SU EVALUACIÓN. - SE LE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS REGULARES (30 MINUTOS DIARIOS Y 5 VECES POR SEMANA) Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. LE AYUDARÁN A PREVENIR MOLESTIAS OSTEOMUSCULARES. - SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO. - ACUDE POR ESPECIALIDAD: SE INDICA DIETA DE INTERCAMBIOS Y EJERCICIO FÍSICO 1 HORA/DIA. ADICIONAL, TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON METFORMINA 850 MG Y GEMFIBROZILO 600 MG. CONTROL EL 12/04/2022 CON NUEVOS ANALISIS DE PERFIL LIPIDICO, GLUCOSA E INSULINA BASAL. - ACUDE POR ESPECIALIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA: SE INDICA DIETA, EJERCICIO FÍSICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON METFORMINA 850 MG. REEVALUACION EN ABRIL 2022 CON RESULTADOS DE BIOQUÍMICA CONTROL. DRA LOURDES LOYOLA AVELLANEDA CMP 40461 RNE 19185 							
  <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		SANCHEZ MONSALVE NOE		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD				
DNI (<input checked="" type="checkbox"/>)	C.E. (<input type="checkbox"/>)	PER 77702728		
EDAD	26 años			
GÉNERO	MASCULINO			
PUESTO AL QUE POSTULA (SOLO PRE OCUPACIONAL)		OPERARIO		
EMPRESA		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C	SEDE O PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

CONCLUSIONES

GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH: O POSITIVO

ALTURA ESTRUCTURAL: NO APLICA

ALERGIA: NIEGA

APTO		RESTRICCIONES 1 SE RESTRINGEN LABORES SIN EL USO PERMANENTE DE LENTES CORRECTORES.
APTO CON RESTRICCIÓN	X	
NO APTO		MOTIVO DE OBSERVACIÓN, NO APTITUD O APTITUD NO DETERMINADA:
OBSERVADO		

FECHA DEL EXAMEN 11-01-2022




Dra. Rudy Murguia Valdivia
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora
CNP 45724 - RNA 04081
DOKTUZ SAC

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO OCUPACIONAL

INFORME MÉDICO

APELLIDOS Y NOMBRES:	SANCHEZ MONSALVE NOE					
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C					
TIPO DE EVALUACION:	PREOCUPACIONAL					
PUESTO	OPERARIO		AREA DE TRABAJO	OPERACIONES		
FECHA DE EVALUACIÓN	11-01-2022		PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL		
FECHA DE EMISIÓN	20-01-2022					
DNI:	77702728	EDAD:	26 años	SEXO:	MASCULINO	HISTORIA CLÍNICA
						PQ4412-000067

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO							
Hemoglobina:	14.8 g/dL	Grupo y Factor:	O Positivo		Orina Completa: NORMAL		
Glucosa:	104 mg/dL	Colesterol:	188.2 mg/dL		Triglicéridos	529.4 mg/dL	
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA		PSA:	NO APLICA	

TRIAJE				
Talla:	170 cm.	Peso:	82 kg.	IMC: 28.37 kg/m ²
Presión Arterial:	110/60 mmHg.	Frec. Respiratoria:	18 x minuto.	Frec. Cardiaca: 67 x minuto.

<u>CONCLUSIÓN</u>	
1.- NORMOACUSIA BILATERAL.	
2.- AMETROPIA MODERADA CORREGIDA	
3.- SOBREPESO	
4.- EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL	
5.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL	
6.- HIPERTRIGLICERIDEMIA	
7.- GLICEMIA EN EL LIMITE SUPERIOR	

<u>RECOMENDACIONES</u>	
1.- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.	
2.- SE LE SUGIERE CONTINUAR CON EL USO DE SUS LENTES CORRECTORES Y EL CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.	
3.- SE LE SUGIERE UNA DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, INCREMENTE LA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS, NO OLVIDE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA. ACUDA A NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA PARA SU EVALUACIÓN.	
4.- SE LE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS REGULARES (30 MINUTOS DIARIOS Y 5 VECES POR SEMANA) Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. LE AYUDARÁN A PREVENIR MOLESTIAS OSTEOMUSCULARES.	
5.- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.	
6.- ACUDE POR ESPECIALIDAD: SE INDICA DIETA DE INTERCAMBIOS Y EJERCICIO FÍSICO 1 HORA/DIA. ADICIONAL, TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CON METFORMINA 850 MG Y GEMFIBROZILO 600 MG. CONTROL EL 12/04/2022 CON NUEVOS ANALISIS DE PERFIL LIPIDICO, GLUCOSA E INSULINA BASAL.	
7.- ACUDE POR ESPECIALIDAD DE ENDOCRINOLOGIA: SE INDICA DIETA, EJERCICIO FÍSICO Y TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CON METFORMINA 850 MG. REEVALUACION EN ABRIL 2022 CON RESULTADOS DE BIOQUIMICA CONTROL. DRA LOURDES LOYOLA AVELLANEDA CMP 40461 RNE 19185	



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	: SANCHEZ MONSALVE NOE	Sexo:	F () M (X)	Fecha	11-01-2022
Edad	: 26				
Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C				
Puesto al que postula	OPERARIO				

Especialidad a la que se Consulta: ENDOCRINOLOGIA

Motivo de Consulta

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 26 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS CONOCIDOS, ASINTOMÁTICO, QUIEN CUENTA CON TRIGLICERIDOS 529.4 MG/DL Y GLUCOSA BASAL 104 MG/DL. ADICIONAL, IMC 28.37 KG/M2

SE SOLICITA EVALUACIÓN Y MANEJO POR SU ESPECIALIDAD.

Diagnóstico	CIE : 10
HIPERTRIGLICERIDEMIA	E78.1
GLICEMIA EN EL LIMITE SUPERIOR	R73.9
SOBREPESO	E67.X

Médico Evaluador:

Nombre Completo:	ESTRADA VIZCARRA ANYBEL ROXANA
------------------	--------------------------------

CMP: 70087	RNE:
------------	------

Firma y Sello

 Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra
Médico Evaluador
CMP 70087
DOKTUS

RESPUESTA A LA INTERCONSULTA

Evaluación OT 26 AÑOS REFERIDO POR E78.1 + R73.9 + E66.0. NIEGA SINTOMAS DE DESCOMFORTACION METABOLICA. CLINICAMENTE ESTABLE. TIENE IMC. 28.37 KG/M2. ANALISIS 11/01/2022 GLUCOSA: 104 COLESTEROL TOTAL: 198 mg/dl TRIGLICERIDOS: 529 mg/dl.

Diagnóstico	CIE : 10
HIPERGLICEMIA DE ANUN CIE 10 E73.9	SUBDEPESO CIE 10 E66.0
HIPERTRIGLICERIDEMIA CIE 10 E78.1	
Indicaciones Médicas y Conclusión	DIETA INTERCRIATIVOS - EJERCICIOS SEMANALMENTE - METFORMINA 850MG 42 TABS DESAYUNO Y ALMUERZO 800 - GEMFP 800MG 1/2 TAB 9PM DIAZUO

Restricciones Laborales: APTO SIN RESTRICCIONES POR ENDOCRINOLOGIA PARA LABOR PRO OPERARIO. CONTINUAR ENDOCRINOLOGIA 12 ABRIL 2022 (UN ANALISIS DE GLUCOSA, PERFILE LIPITICO E INSULINA BASAL DE ABRIL 2022).

Fecha de Reevaluación 12 ABRIL 2022.

APTITUD: APTO (X) NO APTO () APTO SIN RESTRICCIONES EN ENDOCRINOLOGIA.

Médico Especialista:

Nombre Completo:	JUANDES MARITA LOYOLA AVELLANEDA
CMP:	Loyola
RNE:	19185
Firma y Sello:	JUANDES LOYOLA AVELLANEDA
Médico Endocrinólogo	
CMP. N° 40461 RNE. 19185	

Fecha y Hora de la Evaluación 12 ENERO 2022 16: 20 MRS



Tesalia Medical S.A.C.

RUC: 20600751639

INSTITUTO CANCEROLÓGICO Y DIABETES DEL CALAO - ICADIC	
RECOMENDACIONES DE DIETA INTERCAMBIOS	
NOMBRE DEL PACIENTE: SANCHEZ MONSALVE NOÉ	FECHA: 12 ENERO 2022
DIAGNOSTICO: HIPERTIGLICEMIA / HIPERGLICEMIA DE ALMUERZO / SOBRE CARBOHIDRATOS	
Sobre Carbohidratos	
1. Todas sus bebidas preparadas sin azúcar, ni miel, ni algodronina.	
2. No consumir jugos ni extractos, todas las frutas y verduras deben consumirse masticadas	
3. Usted puede consumir 3 porciones de fruta del tamaño de su puño por día, distribuidas en tres tomas (una porción con cada alimento).	
4. Su plato de segundo debe estar distribuido de la siguiente manera:	
50% de su plato son vegetales	
25% de su plato pueden ser: papa, arroz, carne, yuca, yacón, choclo, fideos, menestras, ollucos, oca.	
25% de su plato puede ser pescado, pollo, pavo, o dos claras de huevo, no debe ser frío, puede optar por formas guisadas, horneadas, a la plancha, al vapor, sancochadas, a la oriental.	
5. Para calmar la sed beba agua o infusiones sin azúcar.	
6. Evite consumo de bebidas rehidratantes, gaseosas, golosinas, postres, pizzas, bocadillos.	
7. No consuma a comida rápida (Fast food: hamburguesas, broaster, etc)	
8. No se alimente entre comidas, coma sus tres comidas básicas (desayuno, almuerzo y cena) en horarios ordenados según recomendaciones de su nutricionista y médico.	
Sobre Grasas	
1. Elimine de su alimentación:	
Frituras	
Embutidos	
Productos de pastelería: empanadas, bocadillos, emparedados, pizzas, crema de pastelería y chantilly.	
Golosinas: chocolate, galletas con crema, snacks, bocadillos	
Quesos especialmente los más amarillos, duros y grastos	
Entradas tipo humitas y lamiñas o alimentos a base de maníteca	
Carne de cerdo.	
Visceras. Entradas de res y aves.	
Mantequilla y maníteca	
Piel de las aves	
Comida rápida (Fast food: hamburguesas, broaster, pizzas, etc)	
2. Límite en alimentación: acorde indicación médica o nutricional	
Carne de Cerdo y Res.	
Yemas de huevo	
Consumo de pescado (preferentemente oscuro), pollo, pavo y claras de huevo. Las aves se cocinan sin piel ni grasa.	
Leche dietética (Light), sin nata.	
Consumo de aceitunas, atún bajo en sal, 1/2 de palta, combinadas con cebolla, tomate, lechuga o apio en el desayuno.	
Consumo vegetales frescos en ensaladas aliñadas con limón y aceite de oliva o girasol.	
- DAR COMPROBANTE ESTRENUO	
LOURDES LOYOLA AVELLANEDA Médico Endocrinólogo CNP. N° 40461 RNE-19185	

INSTITUTO CANCEROLÓGICO Y DIABETES DEL CALAO - ICADIC	
ORDEN DE ANALISIS	
NOMBRE DEL PACIENTE: SANCHEZ MONSALVE NOÉ	
EDAD: 26 AÑOS	
FECHA DE EMISION DE ORDEN: 12 ENERO 2022	
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: HIPERTIGLICEMIA / HIPERGLICEMIA DE ALMUERZO / SOBRE PESO	
Se solicita.	
Se solicita.	
GLU COSA	
PERFIL LIPIDICO	
TOMAR ANALISIS EN MUNAS LA PRIMERA SEMANA DE ABRIL 2022 - Cumplir	
Lourdes Loyola Avellaneda Médico Endocrinólogo CNP. N° 40461 RNE-19185 Firma y sello del médico solicitante	

INSTITUTO CANCEROLÓGICO Y DIABETES DEL CALAO - ICADIC	
INDICACIONES MEDICAS	
NOMBRE DEL PACIENTE: SANCHEZ MONSALVE NOÉ	
EDAD: 26 AÑOS	
FECHA DE EMISION DE RECETA: 12 ENERO 2022	
DIAGNOSTICO: HIPERTIGLICEMIA / HIPERGLICEMIA DE ALMUERZO / SOBREPESO	
Rp.	
(1) DIETA INTERCAMBIOS: DAR CUMPLIMENTO	
(2) ESTERILICIO: 30 MINUTOS MAÑANA Y NOCHE DIA RIO	
(3) CONTROL DE PESO CADA 2 SEMANAS LLEVAR REGISTRO EN LIBRETA APUNTE (PESO Y FECHA) CUMPLIR	
(4) METFORMINA 850 mg (#90 TAB LETAS)	
1/2 TABLETA DE JAMUANO Y CENA DIARIO VIT ORAL	
(5) X 03 MESES - CUMPLIR	
(5) GLEMFI BROZILO 600mg (#135 TAB LETAS)	
1/2 TAB LETA QPM (3900mg) DIARIO VIT ORAL	
X 03 MESES - CUMPLIR	
(6) CONTROL X EN DOCTORIO LOGICA	
DIA 12 ABRIL 2022 CON	
RESULTADOS DE ANALISIS DE ABRIL 2022. DAR	
CUMPLIMENTO	
Lourdes Loyola Avellaneda Médico Endocrinólogo CNP. N° 40461 RNE-19185 Firma y sello del médico evaluador	

EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES SANCHEZ MONSALVE NOE EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.
 EDAD 26 FECHA: 11-01-2022
 OCUPACIÓN OPERARIO LENTES: LEJOS
 FECHA ULTIMO CAMBIO HACE 3 meses

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	20/70	20/100	20/20	20/20	20/20	20/20
BINOCULAR	20/20					

REFLEJOS PUPILARES

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

FONDO DE OJO

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

TONOMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

CAMPIMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

OTRAS EVALUACIONES:

NO APLICA

DIAGNÓSTICOS:

(H52.X) AMETROPIA MODERADA CORREGIDA



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

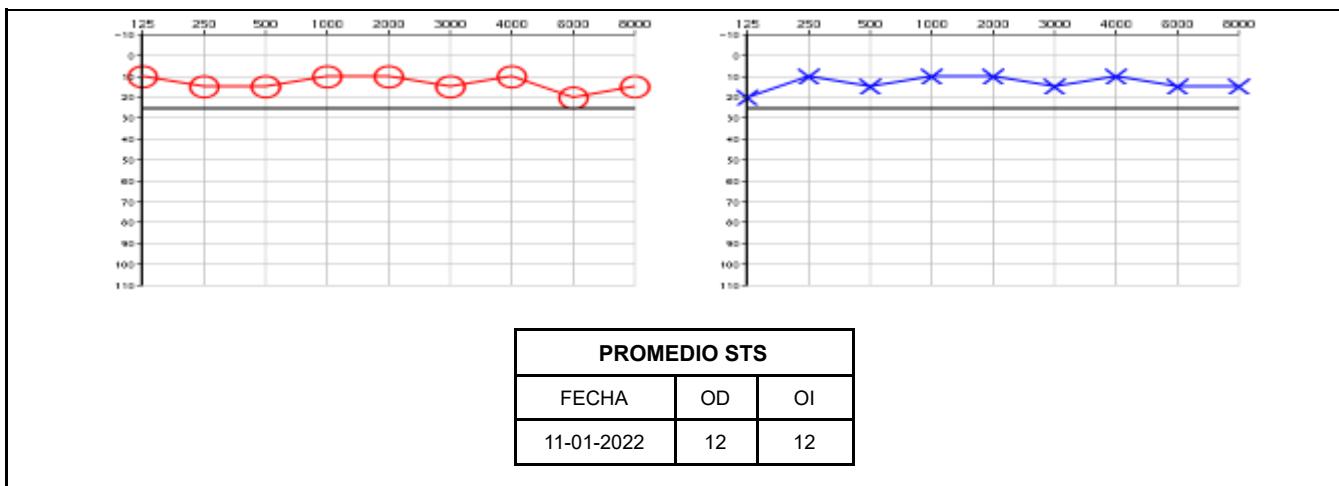
Nombre, Firma y Sello del Evaluador

Firma y Sello del Médico

FICHA AUDIOLÓGICA

Historia clínica	PQ4412-000067	Ficha audiológica				Audiometría	Marca: AMPLIVOX					
Fecha del Examen	11-01-2022	EXAMEN	Pre-ocupacional	X	Periodica			Modelo: 240 Nº Serie: 31635 Fecha de Calibración de Equipo: 0000-00-00 Fecha de Calibración Biológica: 11-01-2022				
			Retiro		Otro							
Nombres y apellidos		NOE SANCHEZ MONSALVE										
Edad	26	Sexo	MASCULINO	Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C							
Ocupación	OPERARIO			Años de Trabajo	4 AÑOS	Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d			8 HORAS			
Uso de protectores auditivos	Tapones	X	Siempre	Orejeras	X	Siempre	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 oído				X
Uso de ototóxicos			X	Exposición reciente a ruidos en las últimas 18 horas				X
Traumatismo encéfalo craneano, Meningitis			X	Otros			X	
Trauma acústico			X	PACIENTE REFIERE TRABAJA CON RUIDOS DE MAQUINAS CORTADORAS FAJAS TRANSPORTADORAS 4 AÑOS				
Parotiditis			X					
Deportes Acuáticos			X					
Parálisis Facial			X					
OTOSCOPIA:		Oido Derecho: NORMAL CAE Permeable, Membrana timpánica íntegra Oido Izquierdo: NORMAL CAE Permeable, Membrana timpánica íntegra						



Conclusiones

OIDO DERECHO: 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	SANCHEZ MONSALVE NOE	EDAD	26
LUGAR DE NACIMIENTO	Lima Lima Cercado de Lima	F. NACIMIENTO	05-08-1995
LUGAR DE RESIDENCIA	BARBARA ALCAZAR 1480	F. EVALUACIÓN;	11-01-2022
PUESTO DE TRABAJO	OPERARIO	GRADO DE INSTRUCCIÓN	
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
ESTADO CIVIL	SOLTERO		

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	112
2. Coordinación Visomotriz:	ADECUADO		
3. Nivel de Memoria:	CORTO PLAZO (ADECUADO) MEDIANO PLAZO (ADECUADO) LARGO PLAZO (ADECUADO)		
4. Personalidad:	CON TENDENCIA A LA INTROVERSIÓN		
5. Afectividad:	ESTABLE		
7. Manejo de Factores Psicosociales en el trabajo :	NO SOLICITADO		

V.- CONCLUSIONES

1. Área Cognitiva:	CON CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN A NIVEL SUPERIOR. SE DEFINE COMO PUNTUAL, ORGANIZADO, ORIENTADO AL TRABAJO EN EQUIPO Y CON ACTITUD POSITIVA ANTES LAS DIFICULTADES. NO EVIDENCIA INDICADORES HASTA LA FECHA.
2. Área Emocional :	ESTABLE
3. Ansiedad:	LEVE

VI.-RECOMENDACIONES

1. SE SUGIERE CONTROL ANUAL EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA.
2. SEGUIR MANEJANDO ADECUADAMENTE SU INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PODER INTEGRARSE CON FACILIDAD EN SU ÁREA LABORAL.
3. TRATE DE REALIZAR EJERCICIOS DE MANERA DISCIPLINADA PARA CONTRARRESTAR LA PRESIÓN DEL DÍA.

VII.- CONDICIÓN:

APTO



Lic. Isabel Gonzales Brair
Psicóloga
CPSP 6300
DOKTUS SAC

Firma y Sello del Responsable de la evaluación

FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: SANCHEZ MONSALVE NOE
EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.

EDAD 26
PUESTO OPERARIO

SEXO MASCULINO
FECHA 11-01-2022

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	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		

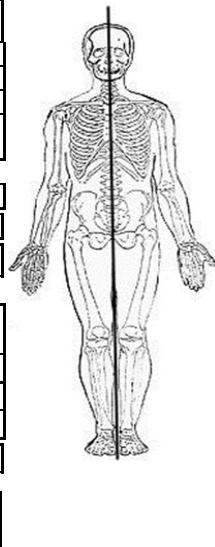
SIGNOS Y SÍNTOMAS	
GRADO 0	Ausencia de signos y síntomas.
GRADO 1	Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva.
GRADO 2	Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización.
GRADO 3	Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión.
GRADO 4	Grado 3 más limitación funcional evidente clínicamente.

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

N° DE HISTORIA CLINICA

PQ4412-000067

APELLIDOS Y NOMBRES

SANCHEZ MONSALVE NOE

DNI

PER 77702728

TIPO DE EXAMEN:

PREOCUPACIONAL

SEXO

MASCULINO

FECHA DEL EXAMEN

11-01-2022

I. N° 1: Riesgos

PUESTO OPERATIVO

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

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

POSTURA

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

POSTURA FORZADA

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

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

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

Horas /días

DOMINANCIA

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

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

II. N° 2: Evaluación.

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

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

EXPLORACION FÍSICA DE ARTICULACIONES

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

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

COLUMNA VERTEBRAL

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

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

EJE LATERAL

Eje lateral	Normal	Derecha	Izquierda
Dorsal	X		
Lumbar	X		

EXAMEN FÍSICO

MOVILIDAD - DOLOR

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

PALPACIÓN (Marque con una X)

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

MANIOBRA RADICULO /DISCOPASTÍAS

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

REFLEJOS

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

Mutilación de Miembro**NO**

III. N° 3: Comentarios.

DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES

IV. N° 4: Diagnóstico

Z04.9 EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL

V. N° 5: Recomendaciones

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




Dra. Daviangelia Saireth Rausseo Portillo
Médico Ocupacional
CMP 093927
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

INFORME RADIOGRÁFICO

PACIENTE: SANCHEZ MONSALVE NOE

EMPRESA: PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

EDAD: 26

PUESTO: OPERARIO

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 zárate
Médico Radiólogo
CMP 031432 RNE 13966
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

Paciente:	SANCHEZ MONSALVE NOE		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	26 años
Fecha:	11-01-2022	Genero:	MASCULINO

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

BIOQUIMICA

GLUCOSA BASAL	104	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	188.2	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	529.4	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:	SANCHEZ MONSALVE NOE		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	26 años
Fecha:	11-01-2022	Historia Clínica:	PQ4412-000067

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

HEMATOLOGIA

GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

O
Positivo
NORMAL

7.45 $\times 10^3/\mu\text{L}$

4.5 - 11

FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

57.5 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

2.8 %

0 - 3

BASOFILOS %

0.5 %

0 - 1

MONOCITOS %

7.4 %

3 - 6

LINFOCITOS %

31.8 %

24 - 44

SEGMENTADOS

4.28 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

0.21 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

0.0 - 0.7

BASOFILOS

0.04 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

(0 - 0.09)

MONOCITOS

0.55 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

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

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

5.14 $\times 10^6/\mu\text{L}$

4.5 - 5.5

HEMOGLOBINA

14.8 g/dL

13.5 - 17.5

HEMATOCRITO

43.1 %

41 - 53

VCM

83.9 μm^3

80.0 - 100

HCM

28.8 pg

26 - 34

CHCM

34.3 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

231 $\times 10^3/\mu\text{L}$

150.0 - 350

OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	SANCHEZ MONSALVE NOE		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	26 años
Fecha:	11-01-2022	Genero:	MASCULINO

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

URIANALISIS

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



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

FIRMA

Paciente:	SANCHEZ MONSALVE NOE		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	26 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)	Negativo	REACTIVO > 50 ng/MI NO REACTIVO <50 ng/MI



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

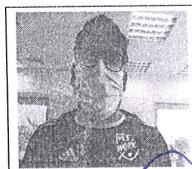
FIRMA



SANCHEZ MONSALVE NOE

PER 77702728

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



RUTA N

Preocupacional

DNI	77702728	FECHA	11-01-2022
EDAD	26	PERFIL	OPERATIVO 1-NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4412-000067	SEXO	MASCULINO
HORA DE INICIO EMO	07:00:14	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	OPERARIO	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE		D.O.	
TECNOLOGÍA MÉDICA	Lic. Antón Jabo Janet Elizabeth Tecnólogo Médico C.T.M.P. 10444		Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL	 Dra. Marilú S. Rousseau MÉDICO CIRUJANO C.M.P. 003923		Examen Medico
PSICOLOGÍA		J.B.	BARSIT Examen Psicológico
OFTALMOLOGÍA		A.O.	Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA		J.L.	Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES		EC.	Radiografía de Tórax
ESPIROMETRÍA			ESPIROMETRÍA
LABORATORIO		M.S.	COLESTEROL TOTAL, ORINA, EXAMEN COMPLETO, Glucosa Ayunas, GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH, HEMOGRAMMA COMPLETO AUTOMATIZADO, TRIGLICÉRIDOS, COCAÍNA CUALITATIVA, EXAMEN (MARIHUANA) CUALITATIVO
EXAMENES PENDIENTE			Fecha Programada:
EXAMENES COMPLETADOS		Sello: Iniciales: Fecha:	

TRIAJE							
Peso	- 82.	Talla	- 1.70.	IMC	-	P. Abdominal	- 94
P.A. Sistólica	- 110	P.A. Diastólica	- 60	F. Cardiaca	- 67	F. Respiratoria	- 18
Temperatura	- 36.3	Sat. O2	- 98				
Cintura	- 90	Cadera	- 105	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 72	P.T. Inspiración	- 101	P.T. Reposo	- 94		

CREADO POR: GIULIANA ARBULU FECHA: 11-01-2022 HORA: 06:57:39

V01



 Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20500751689	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, SANCHEZ MONSALVE NOE, identificado (a) con DNI N° PER 77702728, el día del mes de: _____ del año: _____, declaro en forma libre y voluntaria que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósitos de las pruebas que me realizarán por lo tanto autorizo expresamente al Centro Médico de la empresa con razón social: Tesalia Medical S.A.C. y con nombre comercial: Doktuz, para que efectué las pruebas necesarias para detectar en mi muestra de orina la presencia de Drogas de abuso.

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



HUELLA



FIRMA
LEY N° 26842 Art. 4

DATOS DEL PROFESIONAL TESTIGO:

NOMBRE: _____ Firma: _____

FECHA : _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

V01



 <p>Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751639</p>	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, SANCHEZ MONSALVE NOE de 26 años de edad
 trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado
 con D.N.I./Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 77702728
 domiciliado en BARBARA ALCAZAR 1480 :

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 podrá ejercer mis derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición que me brinda la Ley de Protección de Datos Personales – Ley 29733.

Nombre de Paciente: SANCHEZ MONSALVE NOE

DNI: PER 77702728

Fecha de Autorización: 11-01-2022

Firma del paciente




Huella digital del paciente

Firma y sello del médico



Dra. Luisa Muñoz Valdivia
Coordinadora de Medicina Ocupacional - Auditora
CNP 45724 - RNA 03691
DOKTUS SAC

V01



 <p>Tesalia Medical S.A.C. RUC: 206000751639</p>	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-001.02
	Título: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	Fecha de Emisión: 2017-MAY-16 Página: 1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Dejo constancia que acudo de forma voluntaria al Centro Médico Doktuz (Tesalia Medical S.A.C.), acreditado en servicios de salud ocupacional, y que he sido informado(a) sobre el tipo de Evaluación Médica Ocupacional a realizarme para el puesto de **OPERARIO**, 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:
 - 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:

SANCHEZ MONSALVE NOE

Fecha de Consentimiento:

11-01-2022

DNI:

PER 77702728

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Dra. Ledy Murguia Valdivia
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora
C.M.P. N° 022-RNU-04051
DOKTUS SAC

Firma y sello del médico

V01



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

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICAS

Yo, SANCHEZ MONSALVE NOE Identificado con D.N.I
Nº PER 77702728 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 77702728

Fecha: 11-01-2022



Firma Electrónica del paciente

DNI: PER 77702728

Fecha: 11-01-2022



Huella Digital del Paciente

DNI: PER 77702728

Fecha: 11-01-2022

V01



Huella Electrónica del paciente

DNI: PER 77702728

Fecha: 11-01-2022



Doktuz

Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres:

Sánchez Manzur Noé'

ANTECEDENTES LABORALES

FECHA: 11-01-22

DNI: 7702428



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 estuvo)	¿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:	POLVO	GUANTES ✓
1	S. M. i Profesionales	Soldado de Profesional	Producción	ayudante Producción	2021	✓	RUIDO	✓	✓	LENTES ✓	MASCARILLA ✓
2	Nestle	Encargados y almaceneros	Holanda	operario	2020	1	DISERGONOMICO	✓	✓	OTROS:	TAPONES / OREJERAS
3	6.n.ch	Cocinero	Panificadora	operario	2016	✓	DISERGONOMICO	✓	✓	GUANTES ✓	MASCARILLA ✓
4					2016	✓	DISERGONOMICO	✓	✓	OTROS:	TAPONES / OREJERAS
5							DISERGONOMICO	✓	✓	GUANTES ✓	MASCARILLA ✓
6							DISERGONOMICO	✓	✓	OTROS:	TAPONES / OREJERAS



Noé'
Firma del Trabajador



Firma del Médico



MÉDICO C. JUAN
MÉDICO: 03323





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

Nombre Completo: SANCHEZ MONSALVE NOE	Fecha: 11-01-2022
	DNI: PER 77702728

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

Describa en caso de tener alguna respuesta positiva:

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

FIRMA DEL TRABAJADOR	HUELLA
	

V01

Dra. Desiré Gómez S. Rausco P.
MEDICO CRUJANO
CNP: 983923



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA
DE MUESTRA EN LABORATORIO CLINICO

APPELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO:

DNI, PAS O CE:

TELÉFONOS:

Sánchez Montalvo Noé

EDAD:

26

MENCIONE A CONTINUACIÓN SI ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO
(ENCIERRE EN UN CÍRCULO SU RESPUESTA) SI NO

NOMBRE (S) DEL MEDICAMENTO (S): _____

CERTIFICO QUE:

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Paciente o Persona Responsable
Documento de Identidad: 77702728
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: _____




FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION DE DROGAS DE ABUSO
SECCIÓN 1. IDENTIFICACION Y CERTIFICACION DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA LA MUESTRA

Yo, Nic Sánchez, identificado con DNI N° 77702178 y fecha de nacimiento S-8-95, 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: Pumalino
- Dirección: Farell

Asimismo, hago de su conocimiento que en los últimos 30 días, he consumido los fármacos que a continuación indico y la razón de su utilización:

Firma: [Signature] Fecha: 17-01-22

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

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

INDICAR DROGAS A ANALIZAR

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

RESPECTO AL KIT DE ANALISIS* N° Lote: _____ Fecha de vencimiento: _____

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

SECCIÓN 3. INFORMACION DEL MUESTREADOR – TESTIGO

Nombres y Apellidos Melanie Sánchez N° de DNI 7510657

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

NOTA: _____

Firma [Signature]

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

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

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

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

POSITIVA

NEGATIVA

Es positiva para los siguientes analitos: _____

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

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

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

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

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

CONFIDENCIAL NO DEBE SER FOTOCOPIADO SIN PERMISO DFI I ÍNFR DF CAI IDAN Y MF.IORA CONTINUA DE SYNLAB PERÚ S.A.C.