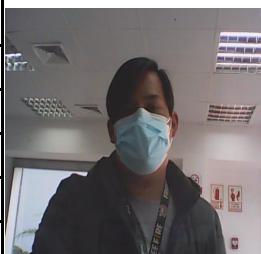


Historia Clínica N°	PQ4411-000008			Fecha	Día	15	Mes	01	Año	2022
Tipo de evaluación	Pre Ocupacional	X	Periódico		Retiro		Otros			
Lugar del examen	Departamento	LIMA		Provincia	LIMA		Distrito			
I. DATOS DE LA EMPRESA										
Razón Social		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C								
Actividad Económica		fabricación de productos de plásticos								
Lugar del Trabajo		Av. Elmer Faucett Nro. 3486								
Ubicación	Departamento	PROV. CONST. DEL CALLAO		Provincia	CALLAO		Distrito	CALLAO		
Puesto al que postula (solo pre ocupacional)				ANALISTA DE PLANIFICACION DE LA DEMANDA						
Puesto laboral actual				-						
II.- FILIACIÓN DEL TRABAJADOR										
Nombres y apellidos		HECTOR JAVIER BINDA RAMIREZ								
Fecha de nacimiento		Día	04	Mes	11	Año	1986			
Edad	35	años								
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)					PER 44047598					
Domicilio fiscal										
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje		JR VICTOR LARCOHERRERA 3973								
Número/Departamento/Interior			-			Urbanización			-	
Distrito	LOS OLIVOS		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	HECTORBINDA@GMAIL.COM				Teléfono			924965708		
Estado Civil	CASADO				Grado de instrucción			UNIVERSITARIO COMPLETO		
Nº total de hijos vivos	2				Nº de dependientes			2		
III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES										
EMPRESA	Área de trabajo		Ocupación		Fecha		Tiempo	Exposición ocupacional		EPP
DELICE SAC	OPERACIONES		PLANIFICADOR DE PRODUCCION		I	Mar 2021		polvo, ruido, posturas, caídas, movimientos repetitivos, disergonomicos, pvd		mascarilla, casco, orejeras, tapones auditivos, guantes, ropa, lentes, botas
					F	Ene 2022				
					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	X		
Quemaduras	-									
Cirugías					Intoxicaciones	-	RAM	-		
Descripción	1- AMETROPIA DX EN 2002 CON USO DE LENTES CORRECTIVOS									
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	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)	176	Peso (Kg)	93	IMC	30.02	Perímetro abdominal	101	
	Fr. Resp.	18	F. Card.	78	PA	110 / 70	PAmed	83.33	
	Otros	S O2 97 %	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, SE EVIDENCIA HIPERQUERATOSIS SUBUNGUEAL CON DESCAMACIÓN EN UNA DEL PRIMER DEDO DE AMBOS PIES							
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	20/30	OI	20/30	Con correctores	OD	20/20	OI
	Fondo de ojo	OD	NO REALIZADO	OI	NO REALIZADO	Visión de colores	OD	NORMAL	OI
	Visión de profundidad				NORMAL				
	Exámen ocular externo				OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION				
Oidos	X								
Nariz	X								
Boca	X								
Faringe	X								
Laringe	X								
Cuello	X								
Aparato Respiratorio	X								
Aparato Cardiovascular	X								
Aparato Genitourinario	X								
Aparato Locomotor	X								
Marcha	X								
Columna	X								
Abdomen	X								
Hernias	X								
Tacto Rectal		DIFERIDO							
Lenguaje	X								
Ganglios	X								
Varices	X								
Reflejos Osteotendinosos	X								
Miembros superiores	X								
Miembros inferiores	X								
Sistema linfático	X								
Sistema nervioso	X								
				  Dra. Daviangeles Saileth Rausseo Portillo Médico Ocupacional CMP 093927 DOKTUZ					
Nombre, Firma del Trabajador				Nombre, Firma y Sello del Médico Evaluador					

VII . CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA							
APTO							
VIII . CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS							
NO APLICA							
IX . HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO							
LEUCOCITOSIS NO ESPECIFICADO							
X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA							
NO APLICA							
XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA							
NO APLICA							
XII . OTROS							
RIESGO CORONARIO: 3 % - BAJO							
XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL							
1				P	D	R	CIE-10
2				P	D	R	
3				P	D	R	
4				P	D	R	
5				P	D	R	
OTROS DIAGNÓSTICOS							
6	AMETROPIA LEVE CORREGIDA			P	D	R	H52.X
7	OBESIDAD TIPO I			P	D	R	E66.9
8	TIÑA DE LAS UÑAS DE LOS PIES			P	D	R	B35.1
9	EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL			P	D	R	Z04.9
10	LEUCOCITOSIS NO ESPECIFICADO			P	D	R	D72.8
APTO	X	APTO CON RESTRICCIONES		NO APTO			
XIV . RECOMENDACIONES							
<ul style="list-style-type: none"> - SE LE SUGIERE CONTINUAR CON EL USO DE SUS LENTES CORRECTORES Y EL CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA - PACIENTE ACUDE POR ESPECIALIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA: SE INDICA DIETA Y EJERCICIO MINIMO 150 MIN A LA SEMANA. EVITAR AZUCARES AÑADIDOS Y CARNES ROJAS 2 VECES POR SEMANA. CONTROL ANUAL. - EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIÓ ALTERACIÓN EN LAS UÑAS DEL PIE. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR DERMATOLOGÍA. - 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. - PACIENTE PRESENTA RESULTADOS DE EXAMEN DE ORINA Y VSG CON RESULTADOS DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES. SE RECOMIENDA SEGUIMIENTO POR EL MEDICO DE LA EMPRESA. 							
  <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		BINDA RAMIREZ HECTOR JAVIER		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD				
DNI (<input checked="" type="checkbox"/>)	C.E. (<input type="checkbox"/>)	PER 44047598		
EDAD	35 años			
GÉNERO	MASCULINO			
PUESTO AL QUE POSTULA (SOLO PRE OCUPACIONAL)		ANALISTA DE PLANIFICACION DE LA DEMANDA		
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	<input checked="" type="checkbox"/>	RESTRICCIONES MOTIVO DE OBSERVACIÓN, NO APTITUD O APTITUD NO DETERMINADA:
APTO CON RESTRICCIÓN		
NO APTO		
OBSERVADO		

FECHA DEL EXAMEN 15-01-2022




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

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO OCUPACIONAL

INFORME MÉDICO

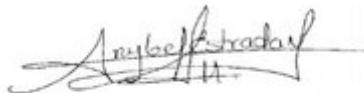
APELLIDOS Y NOMBRES:	BINDA RAMIREZ HECTOR JAVIER					
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C					
TIPO DE EVALUACION:	PREOCUPACIONAL					
PUESTO	ANALISTA DE PLANIFICACION DE LA DEMANDA			AREA DE TRABAJO	COMERCIAL	
FECHA DE EVALUACIÓN	15-01-2022			PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL	
FECHA DE EMISIÓN	25-01-2022					
DNI:	44047598	EDAD:	35 años	SEXO:	MASCULINO	HISTORIA CLÍNICA
						PQ4411-000008

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO							
Hemoglobina:	14.4 g/dL	Grupo y Factor:	O Positivo		Orina Completa: NORMAL		
Glucosa:	88 mg/dL	Colesterol:	168.2 mg/dL		Triglicéridos	125.4 mg/dL	
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA		PSA:	NO APLICA	

TRIAJE				
Talla:	176 cm.	Peso:	93 kg.	IMC: 30.02 kg/m ²
Presión Arterial:	110/70 mmHg.	Frec. Respiratoria:	18 x minuto.	Frec. Cardiaca: 78 x minuto.

<u>CONCLUSIÓN</u>	
1.- AMETROPIA LEVE CORREGIDA	
2.- OBESIDAD TIPO I	
3.- TIÑA DE LAS UÑAS DE LOS PIES	
4.- EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL	
5.- LEUCOCITOSIS NO ESPECIFICADO	

<u>RECOMENDACIONES</u>	
1.- SE LE SUGIERE CONTINUAR CON EL USO DE SUS LENTES CORRECTORES Y EL CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA	
2.- PACIENTE ACUDE POR ESPECIALIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA: SE INDICA DIETA Y EJERCICIO MINIMO 150 MIN A LA SEMANA. EVITAR AZUCARES AÑADIDOS Y CARNES ROJAS 2 VECES POR SEMANA. CONTROL ANUAL.	
3.- EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIÓ ALTERACIÓN EN LAS UÑAS DEL PIE. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR DERMATOLOGÍA.	
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.- PACIENTE PRESENTA RESULTADOS DE EXAMEN DE ORINA Y VSG CON RESULTADOS DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES. SE RECOMIENDA SEGUIMIENTO POR EL MEDICO DE LA EMPRESA.	




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	: BINDA RAMIREZ HECTOR JAVIER		
Edad	: 35	Sexo:	F () M (X)
Empresa	: PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
Puesto al que postula	: ANALISTA DE PLANIFICACION DE LA DEMANDA		

Fecha 15-01-2022

Especialidad a la que se Consulta: ENDOCRINOGRIA

Motivo de Consulta

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 35 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS CONOCIDOS, ASINTOMÁTICO, QUIEN CUENTA CON IMC 30.02 KG/M2. RESULTADOS DE BIOQUIMICA DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES.

SE SOLICITA EVALUACIÓN Y MANEJO POR SU ESPECIALIDAD.

Diagnóstico

OBESIDAD TIPO I

CIE : 10

E66.9

Médico Evaluador:

Nombre Completo:

ESTRADA VIZCARRA ANYBEL ROXANA

CMP: 70087

RNE:

Firma y Sello




Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra
Médico Evaluador
CMP 70087
DOKTUZ

RESPUESTA A LA INTERCONSULTA

Evaluación

Paciente sin antecedentes personales ni familiares

Diagnóstico

Obesidad debido a exceso de calorías

CIE : 10

E66.0

Indicaciones Médicas y Conclusión

Dieta y ejercicio fisico mínimo 150min. por semana
carnes rojas max. 2 veces por semana
Evitar azucarres añadidos / control anual

Restricciones Laborales

ninguna

Fecha de Reevaluación

APTIUD: APTO

NO APTO ()

Médico Especialista:

Nombre Completo:

Podesta Ampuero Rossana Chiarina

CMP: 71958

RNE: 038692

Firma y Sello

Dra. Rossana Chiarina Podesta Ampuero

Endocrinología

C.M.P:71958 - R.N.E: 038692

Fecha y Hora de la Evaluación

20/01/22

7:23 am



Tesalia Medical S.A.C.

RUC: 20600751639

HOJA DE INTERCONSULTA

Paciente : BINDA RAMIREZ HECTOR JAVIER
 Edad : 35 Sexo: F () M (X) Fecha 15-01-2022
 Empresa : PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C
 Puesto al que postula : ANALISTA DE PLANIFICACION DE LA DEMANDA

Especialidad a la que se Consulta: MEDICINA INTERNA

Motivo de Consulta

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 35 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS CONOCIDOS, ASINTOMÁTICO, QUIEN CUENTA CON LEUCOCITOS 11.660 U/L

SE SOLICITA EVALUACIÓN Y MANEJO POR SU ESPECIALIDAD.

Diagnóstico

LEUCOCITOSIS NO ESPECIFICADA

CIE : 10

D72.8

Médico Evaluador:

Nombre Completo:

ESTRADA VIZCARRA ANYBEL ROXANA

CMP: 70087

RNE:

Firma y Sello




Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra
 Médico Evaluador
 CMP 70087
 DOKTUZ

RESPUESTA A LA INTERCONSULTA

Evaluación

Último examen de orina y hemograma completo normales.

Diagnóstico

Tratamiento de los leucocitos, no especificada

CIE : 10

D72.9

Indicaciones Médicas y Conclusión

Ninguno.

Restricciones Laborales

Ninguna

Fecha de Reevaluación —

APTO NO APTO

Médico Especialista:

Nombre Completo: Percy Javier Grados Carrión

CMP: 25501 RNE: 15608

Firma y Sello

Dr. Percy Javier Grados Carrión
 Médico Internista/Audiotor Médico
 C.M.P.: 25501 - R.N.E.: 15608

Fecha y Hora de la Evaluación: 14021 20/01/2022 07:30 am

EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES BINDA RAMIREZ HECTOR JAVIER EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.
 EDAD 35 FECHA: 15-01-2022
 OCUACIÓN ANALISTA DE PLANIFICACION DE LA DEMANDA LENTES: LEJOS
 FECHA ULTIMO CAMBIO HACE 1 AÑO

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	20/30	20/30	20/20	20/20		
BINOCULAR	20/20					

REFLEJOS PUPILARES

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

FONDO DE OJO

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

TONOMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

CAMPIMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

OTRAS EVALUACIONES:

NO APLICA

DIAGNÓSTICOS:

(H52.X) AMETROPIA LEVE CORREGIDA



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

Nombre, Firma y Sello del Evaluador

Firma y Sello del Médico

INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

I.- DATOS GENERALES

PACIENTE	BINDA RAMIREZ HECTOR JAVIER	EDAD	35
LUGAR DE NACIMIENTO	Lima Lima Los Olivos	F. NACIMIENTO	04-11-1986
LUGAR DE RESIDENCIA	JR VICTOR LARCOHERRERA 3973	F. EVALUACIÓN;	15-01-2022
PUESTO DE TRABAJO	ANALISTA DE PLANIFICACION DE LA DEMANDA	GRADO DE INSTRUCCIÓN	UNIVERSITARIO COMPLETO
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
ESTADO CIVIL	CASADO		

II. - MOTIVO DE EVALUACIÓN: PREOCUPACIONAL

III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS:

PRESENTACIÓN	Adecuado	(X)	Inadecuado	()		
POSTURA	Erguida	(X)	Encorvada	()		
DISCURSO	Ritmo:	Lento	()	Rápido	()	Fluido
	Tono:	Bajo	()	Moderado	(X)	Alto
ORIENTACIÓN	Articulación:	con dificultad	()	sin dificultad	(X)	
	Tiempo:	Orientado	(X)	Desorientado	()	
	Espacio:	Orientado	(X)	Desorientado	()	
	Persona:	Orientado	(X)	Desorientado	()	

IV.- RESULTADOS DE EVALUACION

1. Nivel Intelectual:	SUPERIOR	CI	118
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. DURANTE LA ENTREVISTA SE MUESTRA COMO UNA PERSONA AMIGABLE, SOCIAL, RESPONSABLE, COOPERA CON SU EQUIPO DE TRABAJO PARA LOGRAR LAS METAS DE TRABAJO Y SABE RELACIONAR CON SUS COMPAÑEROS DE LABORES. 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 FORTALECER LAS RELACIONES INTERPERSONALES ENTRE SUS COMPAÑEROS.

VII.- CONDICIÓN:

APTO



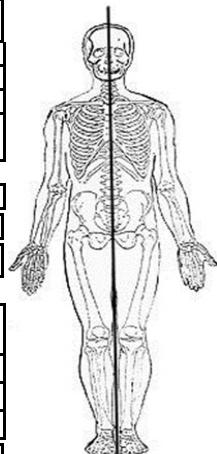

Lic. Isabel Gonzales Brair
Psicóloga
CPSP 6380
DOKTUZ SAC

Firma y Sello del Responsable de la evaluación

FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: BINDA RAMIREZ HECTOR JAVIER EDAD 35 SEXO MASCULINO
 EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C PUESTO ANALISTA DE PLANIFICACION DE LA DEMANDA FECHA 15-01-2022

ACTIVIDAD LABORAL:	Sedentario			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	Limitación Funcional	Irradiación
Cervical	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no
Dorsal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no
Lumbar	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no

Pueba de Adams Negativo

EXPLORACIÓN

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

PALPACIÓN

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

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

EVALUACIÓN DE LA MARCHA

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

SIGLOS Y SÍNTOMAS

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

EXIGENCIAS FÍSICAS

Condición Física (Test de Ruffier)			
Manejo manual de cargas	Es capaz de cargar hasta		
Marcha sobre el terreno irregular			
Evaluación de destreza manual			
- Punteado	Errores:	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 posturales.

FICHA MUSCULO ESQUELETICA POR MÉDICO

Nº DE HISTORIA CLINICA	PQ4411-000008			DNI	PER 44047598
APELLIDOS Y NOMBRES	BINDA RAMIREZ HECTOR JAVIER			SEXO	MASCULINO
TIPO DE EXAMEN:	PREOCUPACIONAL				
FECHA DEL EXAMEN	15-01-2022				

I. N° 1: Riesgos

PUESTO OPERATIVO	OPERATIVO	10	ADMINISTRATIVO	90	Horas /días	8H/6D
------------------	-----------	----	----------------	----	-------------	-------

POSTURA	SEDENTE	90	BIPEDESTACIÓN	10
---------	---------	----	---------------	----

POSTURA FORZADA	NO	MOVIMIENTO REPETITIVO	NO	
-----------------	----	-----------------------	----	--

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

¿USUARIO DE PANTALLA VISUAL (PVD)?	SI	Horas /días	8HORAS
------------------------------------	----	-------------	--------

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. Daviangelia Saireth Rausseo Portillo
Médico Ocupacional
CMP 093927
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

Paciente:	BINDA RAMIREZ HECTOR JAVIER			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	35 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	15-01-2022	Historia Clínica:		PQ4411-000008

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

BIOQUIMICA

GLUCOSA BASAL	88	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	168.2	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	125.4	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:	BINDA RAMIREZ HECTOR JAVIER		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	35 años
Fecha:	15-01-2022	Genero:	MASCULINO

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

HEMATOLOGIA

GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

O
Positivo
ANORMAL

11.66 $\times 10^3/\mu\text{L}$

4.5 - 11

FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

64.2 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

1.8 %

0 - 3

BASOFILOS %

0.5 %

0 - 1

MONOCITOS %

10.9 %

3 - 6

LINFOCITOS %

22.6 %

24 - 44

SEGMENTADOS

7.49 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

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

0.0 - 0.7

BASOFILOS

0.06 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

(0 - 0.09)

MONOCITOS

1.27 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

2.63 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

4.9 $\times 10^6/\mu\text{L}$

4.5 - 5.5

HEMOGLOBINA

14.4 g/dL

13.5 - 17.5

HEMATOCRITO

42.9 %

41 - 53

VCM

87.6 μm^3

80.0 - 100

HCM

29.4 pg

26 - 34

CHCM

33.6 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

345 $\times 10^3/\mu\text{L}$

150.0 - 350

OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	BINDA RAMIREZ HECTOR JAVIER			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO		Edad:	35 años
Fecha:	15-01-2022	Genero:		MASCULINO
		Historia Clínica:		PQ4411-000008

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

URIANALISIS

CUERPOS CETONICOS	Negativo	0	-	14
EXAMEN COMPLETO DE ORINA	NORMAL			
EXAMEN FISICO:				
COLOR	Amarillo			
ASPECTO	Transparente			TRANSPARENTE
EXAMEN QUIMICO:				
DENSIDAD	1.02	1.005	-	1.030
pH	5	5	-	8
GLUCOSA	Negativo			NEGATIVO
PROTEINAS	Negativo	0	-	15
PIGMENTOS BILIARES	Negativo			NEGATIVO
UROBILINOGENO	Negativo			NEGATIVO
NITRITOS	Negativo			NEGATIVO
SANGRE	Negativo			NEGATIVO
SEDIMENTO URINARIO:				
CELULAS EPITELIALES	Escamosas Escasas			
LEUCOCITOS	1 por campo	0	-	5
HEMATIES	1 por campo	0	-	2
CILINDROS	No se observan			
CRISTALES	No se observan			
OBSERVACIONES				



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

FIRMA

Paciente:	BINDA RAMIREZ HECTOR JAVIER		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	35 años
Fecha:	15-01-2022	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



BINDA RAMIREZ HECTOR JAVIER

PER 44047598

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



RUTA N

Preocupacional

DNI	44047598	FECHA	15-01-2022
EDAD	35	PERFIL	ADMINISTRATIVO 1- NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4411-000008	SEXO	MASCULINO
HORA DE INICIO EMO	07:51:02	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	ANALISTA DE PLANIFICACION DE LA DEMANDA	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE		R.C	
TECNOLOGÍA MÉDICA	Lic. Antoni Fabo Janet Elizabeth Tecnólogo Médico C.T.M.P. 10444		Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL	Dra. Domingo S. Rousseau P. MÉDICO CIRUJANO C.M.P. 093923		Examen Medico
PSICOLOGÍA			BARSIT Examen Psicologico
OFTALMOLOGÍA			Examen Oftalmológico Ocupacional
LABORATORIO			COLESTEROL TOTAL, ORINA, EXAMEN COMPLETO, Glucosa Ayunas, GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH, HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO, TRIGLICÉRIDOS, COCAÍNA CUALITATIVA, EXAMEN (MARIHUANA) CUALITATIVO
EXAMENES PENDIENTE			Fecha Programada:
EXAMENES COMPLETADOS		Sello: Iniciales:	Fecha:

TRIAJE							
Peso	- 93	Talla	- 176	IMC	-	P. Abdominal	- 101
P.A. Sistólica	- 110	P.A. Diastólica	- 70	F. Cardiaca	- 78	F. Respiratoria	- 18
Temperatura	- 36	Sat. O2	- 97				
Cintura	- 99	Cadera	- 109	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 106	P.T. Inspiración	- 110	P.T. Reposo	- 111		

CREADO POR: VELA SANCHEZ GUADALUPE FECHA: 15-01-2022 HORA: 07:48:39

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, BINDA RAMIREZ HECTOR JAVIER Identificado con D.N.I
 N° PER 44047598 acudo a la Clínica

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

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

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

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

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

Firmo y dejo huella original para constatar lo mencionado.



Firma manuscrita del paciente
 DNI: PER 44047598
 Fecha: 15-01-2022



Firma Electrónica del paciente
 DNI: PER 44047598
 Fecha: 15-01-2022



Huella Digital del Paciente
 DNI: PER 44047598
 Fecha: 15-01-2022



Huella Electrónica del paciente
 DNI: PER 44047598
 Fecha: 15-01-2022

V01





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

Código y Versión:
DM-FR-006.02

Fecha de Emisión:
2017-MAY-16

Página:
1 de 1

CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO

Yo, BINDA RAMIREZ HECTOR JAVIER, identificado (a) con DNI N° PER 44047598, 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:

Hector Abas

Firma

FECHA 15 / 01 / 17
DIA MES AÑO

V01



Doktuz Tessia Medical S.A.C. RUC: 20600751639	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-003.02
	Título: AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE RESULTADOS, ADMINISTRACIÓN Y LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	Fecha de Emisión: 2017-MAY-16
		Página: 1 de 1

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

Yo, BINDA RAMIREZ HECTOR JAVIER de 35 años de edad
trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado
con D.N.I./Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 44047598
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 dependerá del perfil médico que mi empresa designe para mi puesto).

Así mismo declaro haber sido informado:

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

Nombre de Paciente: BINDA RAMIREZ HECTOR JAVIER
DNI: PER 44047598
Fecha de Autorización: 15-01-2022

Firma del paciente



Huella digital del paciente



Dra. Lucy Marpa Vidal
Coordinadora Médica Ocupacional - Auditora
CMP 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-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 **ANALISTA DE PLANIFICACION DE LA DEMANDA**, 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 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: BINDA RAMIREZ HECTOR JAVIER

Fecha de Consentimiento: 15-01-2022

DNI: PER 44047598

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Dra. Lucy Murguía Valdivia
Coordinadora de Evaluación Médica - Auditora
CNP 45724 - RNA 04081
DOKTUZ SAC

Firma y sello del médico

V01





Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres:

BINDA RAMIREZ Héctor JAVIER

DNI:

44047598

FECHA: 15/01/22

ANTECEDENTES OCUPACIONALES**ANTECEDENTES LABORALES**

Nº	EMPRESA (Nombre de la empresa que trabajó)	ACTIVIDAD DE LA EMPRESA (A qué se dedicaba la empresa)	ÁREA DE TRABAJO (En qué área estuvo)	¿Qué ocupación, cargo o puesto tenías en la empresa?	OCUPACIÓN O CARGO PLANIFICADOR DE PRODUCCIÓN	FECHA 2021	TIEMPO AÑOS / Meses	EXPOSICIÓN	USO DE EPP ¿Usó equipo de protección personal?	
									AÑO INICIO	POLVO RUIDO DISERGONÓMICO
1	DELICÉ SAC	INDUSTRIA ALIMENTARIA	OPERACIONES	PLANIFICADOR DE PRODUCCIÓN	MESES: 10	QUÍMICOS	AÑO SALIDA 2022	0 / 1	BIOLÓGICOS	X
2	IGASA SA (GRUPO PALMA)	INDUSTRIA ALIMENTARIA	SUPPLY CHAIN	PLANIFICADOR DE PRODUCCIÓN	AÑO INICIO 2019	RUIDO	AÑO SALIDA 2021	0 / 7	DISERGONÓMICO	X
3	MOLITALIA SA	INDUSTRIA ALIMENTARIA	OPERACIONES	PLANIFICADOR DE PRODUCCIÓN	AÑO SALIDA 2019	QUÍMICOS	AÑO INICIO 2017	0 / 9	RUIDO	X
4	SERVICIOS GRÁFICOS CALLAO SAC	INDUSTRIA GRÁFICA	OPERACIONES	PLANIFICADOR DE PRODUCCIÓN	AÑO SALIDA 2019	BIOLÓGICOS	AÑO INICIO 2019	0 / 2	DISERGONÓMICO	X
5	GRAFICAS CANEPA SAC	INDUSTRIA GRÁFICA	OPERACIONES	PLANIFICADOR DE PRODUCCIÓN	AÑO SALIDA 2013	QUÍMICOS	AÑO INICIO 2013	0 / 9	DISERGONÓMICO	X
6					AÑO SALIDA 2015	OTROS:	AÑO INICIO 2015	0 / 5	BIOLÓGICOS	X
					AÑO SALIDA 2015	OTROS:	AÑO INICIO 2015	0 / 5	BIOLÓGICOS	X
					AÑO SALIDA 2015	OTROS:	AÑO INICIO 2015	0 / 5	BIOLÓGICOS	X



Firma del Trabajador



Firma del Médico



Firma del Médico



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

Nombre Completo: BINDA RAMIREZ HECTOR JAVIER	Fecha: 15-01-2022
	DNI: PER 44047598

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

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

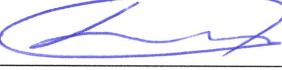
Describa en caso de tener alguna respuesta positiva:

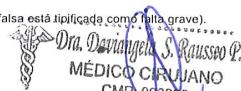
8 Marque si tuvo o tiene alguna enfermedad detallada en la siguiente relación

si	no
<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de cabeza frecuentemente
<input checked="" type="checkbox"/>	Migraña
<input checked="" type="checkbox"/>	Fibromialgias
<input checked="" type="checkbox"/>	Lumbalgias a repetición
<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de columna
<input checked="" type="checkbox"/>	Hernia del núcleo pulposo
<input checked="" type="checkbox"/>	Ciática
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad de la columna
<input checked="" type="checkbox"/>	Epilepsia o convulsiones
<input checked="" type="checkbox"/>	Vértigo/mareos
<input checked="" type="checkbox"/>	Parálisis facial
<input checked="" type="checkbox"/>	Desórdenes del Sistema nervioso
<input checked="" type="checkbox"/>	Desmayos
<input checked="" type="checkbox"/>	Pérdida de conciencia
<input checked="" type="checkbox"/>	Depresión
<input checked="" type="checkbox"/>	Intento de suicidio
<input checked="" type="checkbox"/>	Tuberculosis Pulmonar
<input checked="" type="checkbox"/>	Asma bronquial
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfisema
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad pleural
<input checked="" type="checkbox"/>	Tos con sangrado (espulo en sangre)
<input checked="" type="checkbox"/>	Disminución de la audición (sordera)
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad del oído
<input checked="" type="checkbox"/>	Movilidad limitada de extremidades

si	no
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades renales
<input checked="" type="checkbox"/>	Accidente cerebro vascular (derrame)
<input checked="" type="checkbox"/>	Isquemia o infartos
<input checked="" type="checkbox"/>	Hipertensión arterial
<input checked="" type="checkbox"/>	Arritmias o enfermedades cardíacas
<input checked="" type="checkbox"/>	Alergia a medicamentos
<input checked="" type="checkbox"/>	Palpitaciones
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades oculares como glaucoma o catarata.
<input checked="" type="checkbox"/>	Visión monocular (con un sólo ojo)
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroides
<input checked="" type="checkbox"/>	Diabetes
<input checked="" type="checkbox"/>	Gota
<input checked="" type="checkbox"/>	Lupus
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades articulares (artritis,artrrosis)
<input checked="" type="checkbox"/>	Rheumatismo
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad de la piel
<input checked="" type="checkbox"/>	Hernia abdominal
<input checked="" type="checkbox"/>	Hernia inguinal
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades del hueso
<input checked="" type="checkbox"/>	Hemofilia
<input checked="" type="checkbox"/>	Desórdenes de la coagulación
<input checked="" type="checkbox"/>	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
	


Dra. Dayanara S. Rousse P.
MÉDICO CIRUJANO
CMP: 093928

Firma y sello del Médico Evaluador

V01



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA EN LABORATORIO CLINICO

APPELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO: BINDA RAMIREZ HECTOR JAVIER
 DNI PAS O CE: 44047598 EDAD: 35
TELÉFONOS: 924 965 708

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: 44047598
Fecha: 15/01/2022

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: _____

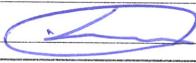


FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION DE DROGAS DE ABUSO
SECCIÓN 1. IDENTIFICACION Y CERTIFICACION DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA LA MUESTRA

Yo, HECTOR JAVIER BINDA RAMIREZ, identificado con DNI N° 44047598 y fecha de nacimiento 04/11/1986, 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: - CARVAJAL ENPAQUES
Dirección: AU- Elmer Faucci 3711 - 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: 

 Fecha: 15/01/2022
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*

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 Ber Adu 092 N° de DNI 44062698
 Certifico que la muestra corresponde al donante identificado en la sección 1, la cual proporciono si problemas.
 NOTA: _____
 Firma: 

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

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

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

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

POSITIVA NEGATIVA

Es positiva para los siguientes analitos: _____

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

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

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

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

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