

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			

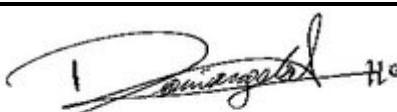
III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

EMPRESA	Área de trabajo	Ocupación	Fecha	Tiempo	Exposición ocupacional	EPP
SMI	PRODUCCION	OPERARIO DE PRODUCCION	I F	Mar 2021 Dic 2021	polvo, ruido, disergonomicos, movimientos repetitivos, turnos, turnos nocturnos, caídas, posturas	guantes, tapones auditivos, orejeras, casco, mascarilla, ropa, lentes, botas
			I F			
			I F			
			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	Días de descanso	
		SI	NO			
NIEGA						
NIEGA						
NIEGA						
NIEGA						
V . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES						
Padre	CANCER	Madre			Niega	Hermanos
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										
				 Dra. Daviangelis Saireth Rausseo Portillo Médico Ocupacional CMP 093927 DOKTUZ							
Nombre, Firma del Trabajador				Nombre, Firma y Sello del Médico Evaluador							

VII . CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA					
APTO					
VIII . CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS					
TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL					
IX . HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO					
HIPERTRIGLICERIDEMIA GLICEMIA EN EL LÍMITE SUPERIOR					
X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA					
NORMOACUSIA BILATERAL					
XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA					
XII . OTROS					
RIESGO CORONARIO: 2 % - 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	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 LÍMITE 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. REEVALUACIÓN EN ABRIL 2022 CON RESULTADOS DE BIOQUÍMICA CONTROL. DRA LOURDES LOYOLA AVELLANEDA CMP 40461 RNE 19185 					
  Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra Médico Evaluador CMP 70087 DOKTUZ					
Nombre, Firma y Sello del Médico Ocupacional					



**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL
PREOCUPACIONAL**

APELLIDOS Y NOMBRES		SANCHEZ MONSALVE NOE		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		PER 77702728		
DNI (<input checked="" type="checkbox"/>)	C.E. (<input type="checkbox"/>)			
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. Ludy Murguia Valdivia
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora
CMP 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.

CONCLUSIÓN					
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					

RECOMENDACIONES					
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 ENDOCRINOLOGÍA: 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

HOJA DE INTERCONSULTA

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

Especialidad a la que se Consulta: ENDOCRINIOLOGIA

Motivo de Consulta

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

SE SOLICITA EVALUACION 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
 DOKTUZ

RESPUESTA A LA INTERCONSULTA

Evaluación OT 26 AÑOS REFERIDO POR E78.1 + R73.9 + E67.0. NIGA SINTOMAS DE IDES - COM PENSAACION METABOLICA. CLINICAMENTE ESTABLE. PESO IMC. 28.37 KG/M2. ANALISIS 11/01/2022 GLUCOSA: 104 COLESTEROL TOTAL: 193 mg/dl TRIGLICERIDOS: 529 mg/dl.

Diagnóstico CIE:10 E78.9 SUBDEPESO CIE:10 E67.0
 HIPERTRIGLICERIDEMIA CIE:10 E78.1
 Indicaciones Médicas y Conclusión
 DIETA INTERCALADA: 05 - 10 SERVICIOS HABITACIAL - METFORMINA 850MG 1/2 TAB DESAYUNO Y CENA ALTA VO - GEMfibrozilo 800MG 1/2 TAB CIRCONARIAVO

Restricciones Laborales APTO SIN RESTRICCION POR ENDOCRINIOLOGIA PARA LABOR DE OPERARIO. CONTINUO EN ENDOCRINIOLOGIA 12 ABRIL 2022 CON ANALISIS DE GLUCOSA, PESO Y LIPIDOS E INSULINA BASAL DE ABRIL 2022

Fecha de Reevaluación 12 ABRIL 2022

APTITUD: APTO () NO APTO () APTO SIN RESTRICCION Y ENDOCRINIOLOGIA

Médico Especialista:

Nombre Completo: SANDY MARITA LOYOLA AVELLANEDA
 CMP: 19185 RNE: 19185

Firma y Sello

Médico Endocrinólogo

CMP. N° 40461 RNE. 19185

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



INSTITUTO CANCEROLÓGICO Y DIABETES DEL CALLAO - ICADIC	RECOMENDACIONES DE DIETA INTERCAMBIOS
NOMBRE DEL PACIENTE: LOURDES MONSALVE NOÉ	FECHA: 12 ENERO 2022
DIAGNÓSTICO: HIPERTIGLICEMIA / Hipercolesterolemia / hiperglicemia de ayuno / Sobrepeso	
SOBRE CARBOHIDRATOS	
1. Todas sus bebidas sin azúcar, ni miel, ni algarroba.	
2. No consuma jugos ni extractos. Todas las frutas y verduras deben consumirse masticadas	
3. Ud. 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 puede ser: papa, arroz, camote, yuca, yacón, choclo, fideos, menestras, olluco, oca.	
25% de su plato puede ser pescado, pollo, pavo, o dos claras de huevo, no debe ser frito, 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, gelatinas, postres, pizzas, bocadillos.	
7. No consuma 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, cremas de pastelería y chantilly.	
Golosinas, chocolate, galletas con crema, snacks, bocadillos	
Quesos especialmente los más amarillos, duros y grastos	
Entradas tipo humitas y lamales o alimentos a base de manteca	
Carna de cerdo.	
Visceras: Entradas de res y aves.	
Mantequilla y manteca	
Piel de las aves	
Comida rápida (Fast food: hamburguesas, broaster, pizzas, etc)	
2. Límite en alimentación: acorde Indicación médica o nutricional	
Carna de Cerdo y Res.	
Yemas de huevo.	
3. Prefiera en su alimentación:	
En vez de freír, optar por formas guisadas, horneadas, a la plancha, al vapor, sancochadas, a la oriental.	
Consumo de aceitunas, atún bajo en sal, 1/3 de palla, combinadas con cebolla, tomate lechuga o apio en el desayuno.	
Consuma vegetales frescos en ensaladas aliñadas con limón y aceite de oliva o grasa.	
- DAZ CUMPLIR MI CITA EN ESTA RECETA	
<i>LOURDES LOYOLA AVELLANEDA</i> Médico Endocrinólogo CMP. N° 40461 RNE: 19185	

INSTITUTO CANCEROLÓGICO Y DIABETES DEL CALLAO - ICADIC	
ORDEN DE ANALISIS	
NOMBRE DEL PACIENTE: SÁNCHEZ MONSALVE NOÉ	
EDAD: 26 AÑOS	
FECHA DE EMISIÓN DE ORDEN: 12 ENERO 2022	
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: HIPERTIGLICEMIA / Hipercolesterolemia / hiperglicemia de ayuno / Sobrepeso	
Se solicita.	
ss/ GLU COSA	
PEYFIL LIPI ÓICO	
TOMAR ANALISIS EN AYUNAS	
LOURDES LOYOLA AVELLANEDA	
La PRIMERA SEMANA DE ABRIL 2022 - CUMPLIR	
Médico Endocrinólogo	
Firma y sello del médico solicitante	
Firma y sello del médico evaluador	

INSTITUTO CANCEROLÓGICO Y DIABETES DEL CALLAO - ICADIC	
INDICACIONES MEDICAS	
NOMBRE DEL PACIENTE: SÁNCHEZ MONSALVE NOÉ	
EDAD: 26 AÑOS	
FECHA DE EMISIÓN DE RECETA: 12 ENERO 2022	
DIAGNÓSTICO: HIPERTIGLICEMIA / Hipercolesterolemia / hiperglicemia de ayuno / Sobrepeso	
(1) DIETA INTERCAMBIOS: DAR CUMPLIMIENTO	
(2) EJERCICIO: 30 MINUTOS MAÑANA Y NOCHE DIARIO	
(3) CONTROL DE PESO CADA 2 SEMANAS LLEVAR REGISTRO EN LIBRETA APUNTE (PESO Y FECHA) COMPLIR.	
(4) METFORMINA 850 mg (#90 TAB LETAS)	
1/2 TABLETA DE 850 mg X 1 ENMA DIARIO VIA ORAL	
(5) X 03 MESES - COMPLIR	
(5) GEMFIBROZILO 600mg (#135 TAB LETAS)	
1/2 TABLETA 9PM (3900mg) DIARIO VIA ORAL	
X 03 MESES - COMPLIR	
(6) CONTROL X EN DOCTORÍNOLOGIA	
DIA 12 ABRIL 2022 CON	
RESULTADOS DE ANALISIS	
DE ABRIL 2022. DAZ	
CUMPLIMENTO	
LOURDES LOYOLA AVELLANEDA	
Médico Endocrinólogo	
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
OCCUPACIÓN	OPERARIO	LENTESES:	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	TODOS
OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
VISIÓN DE PROFUNDIDAD	NORMAL

FONDO DE OJO

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

TONOMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

CAMPIMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

OTRAS EVALUACIONES:

NO APLICA

DIAGNÓSTICOS:

(H52.X) AMETROPIA MODERADA CORREGIDA

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

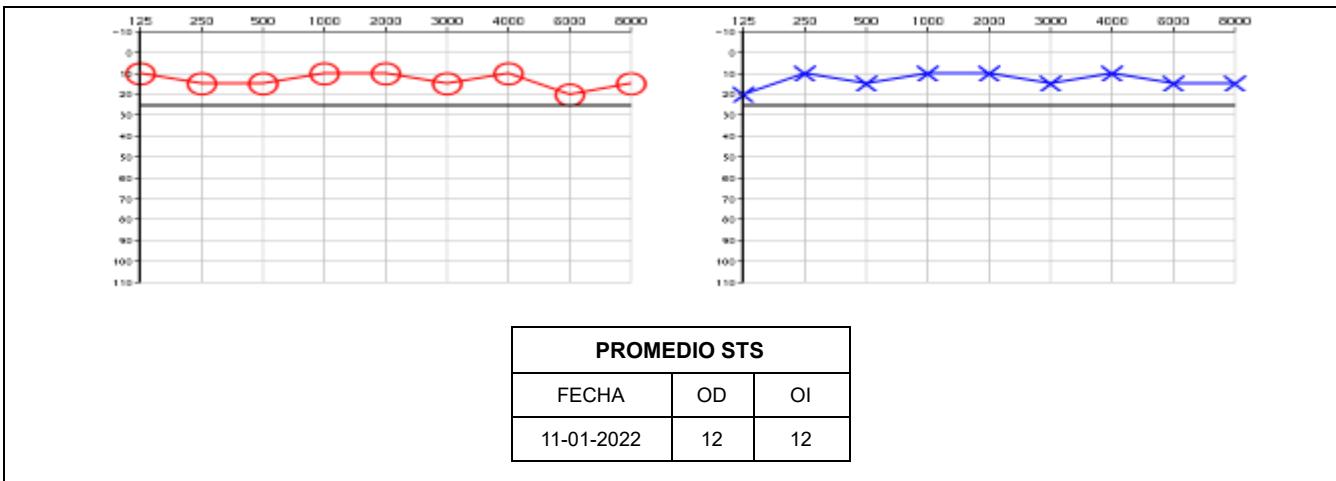
Nombre, Firma y Sello del Evaluador

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				
			Retiro		Otro		Nº Serie: 31635 Fecha de Calibración de Equipo: 0000-00-00 Fecha de Calibración Biológica: 11-01-2022						
Nombres y apellidos	NOE SANCHEZ MONSALVE							PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C					
Edad	26	Sexo	MASCULINO	Empresa	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 exposición 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.



Firma y Sello del Responsable de evaluación



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	()	Fluido	(X)
	Erguida	(X)	Encorvada	()		
DISCURSO	Ritmo:	Lento	()	Rápido	()	Alto
	Tono:	Bajo	()	Moderado	(X)	
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	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 6380
DOKTUS SAC

Firma y Sello del Responsable de la evaluación

FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: SANCHEZ MONSALVE NOE EDAD 26 SEXO MASCULINO
 EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C PUESTO OPERARIO 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	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Codo	Der.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Muñeca	Der.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Cadera	Der.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Rodilla	Der.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Tobillo	Der.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	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		

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:
- Palanca	Errores:
Rango Articulares	

RESULTADOS

POSTURA	Óptima
---------	--------

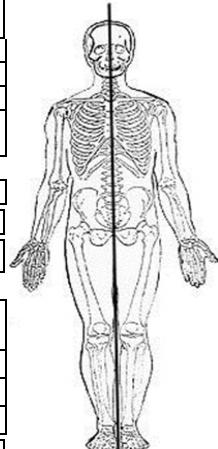
CIE 10 DIAGNÓSTICO PARA COLUMNA VERTEBRAL

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 Fisica
CTMP 10444
DOKTUZ

Nombre y Firma del Evaluador

Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo
Terapia Fisica
CTMP 10444
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

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



FICHA MUSCULO ESQUELETICA POR MÉDICO

Nº DE HISTORIA CLINICA

PQ4412-000067

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
------------------	-----------	-----	----------------	---

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

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

ZURDO	X
-------	---

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 Rousseau Portillo
Médico Ocupacional
CMP 093927
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico



INFORME RADIOGRÁFICO

PACIENTE: SANCHEZ MONSALVE NOE
EDAD: 26
SEXO: MASCULINO

EMPRESA: PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C
PUESTO: OPERARIO

INFORME

El estudio radiográfico de tórax realizado muestra:

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

DIAGNÓSTICO:

- (Z01.6) TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL

Lima, 11 de Enero del 2022



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

Firma y Sello del Médico



EXAMEN DE LABORATORIO



Paciente:	SANCHEZ MONSALVE NOE			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO		Edad:	26 años
Fecha:	11-01-2022		Historia Clínica:	PQ4412-000067

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



EXAMEN DE LABORATORIO



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

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

HEMATOLOGIA**GRUPO SANGUINEO Y RH**

GRUPO SANGUINEO

O

FACTOR Rh

Positivo

HEMOGRAMA COMPLETO

NORMAL

RECUENTO DE LEUCOCITOS

7.45

x10³/uL

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

x10³ / mm³

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

0.21

x10³ / mm³

0.0 - 0.7

BASOFILOS

0.04

x10³ / mm³

(0 - 0.09)

MONOCITOS

0.55

x10³ / mm³

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

2.37

x10³ / mm³

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

5.14

x10⁶/uL

4.5 - 5.5

HEMOGLOBINA

14.8

g/dL

13.5 - 17.5

HEMATOCRITO

43.1

%

41 - 53

VCM

83.9

μm³

80.0 - 100

HCM

28.8

pg

26 - 34

CHCM

34.3

gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

231

x10³/uL

150.0 - 350

OBSERVACIONES

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

FIRMA



EXAMEN DE LABORATORIO



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



EXAMEN DE LABORATORIO



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

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

FIRMA



RUTA N

SANCHEZ MONSALVE NOE
PER 77702728
PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



7

⑩

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. Daryangela 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		E.C.	Radiografia de Tórax
ESPIROMETRÍA			ESPIROMETRÍA
LABORATORIO		M.S	COLESTEROL TOTAL, ORINA, EXAMEN COMPLETO, Glucosa Ayunas, GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH, HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO, TRIGLICÉRIDOS, COCAÍNA CUALITATIVA, EXAMEN (MARIHUANA) CUALITATIVO
EXAMENES PENDIENTE			Fecha Programada:
EXAMENES COMPLETADOS		Sello: Iniciales: Fecha:	

TRIAJE							
Peso	- 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



Doktuz Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751639	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 efectúe las pruebas necesarias para detectar en mi muestra de orina la presencia de Drogas de abuso.

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



HUELLA



FIRMA
LEY N° 26842 Art. 4

DATOS DEL PROFESIONAL TESTIGO:

NOMBRE: _____ Firma: _____

FECHA : _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

V01



 Tesalia 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, 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 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: SANCHEZ MONSALVE NOE

DNI: PER 77702728

Fecha de Autorización: 11-01-2022

Firma del paciente



Huella digital del paciente



Dra. Ludy Muñoz Valdivia
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora
CNP 05724 - RNA 040051
DOKTUZ SAC

Firma y sello del médico

V01



 Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751639	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 que:
 - a. La toma de muestra de sangre para los análisis de laboratorio podría producirme en la zona de venopunción un hematoma y/o leve dolor.
 - b. Para la evaluación física general, se me solicitará que me retire mi vestimenta y se me proporcionará una bata.
 - c. Para la toma de radiografía de tórax, se me solicitará que me retire mi vestimenta de la parte superior del cuerpo (tórax, brazos) y se me proporcionará una bata.
 - d. Debo responder con veracidad los cuestionarios que se me realicen durante las evaluaciones médicas y otras pruebas.
 - e. Que el realizar las pruebas psicológicas puede ser de manera escrita en papel o en un equipo electrónico, para lo cual doy mi aceptación y certifico que las respuestas se ajustan a la verdad.
4. La información contenida en la Ficha Médica será mantenida en estricta confidencialidad por Doktuz y permanecerá en los archivos médicos (Ley General de Salud Artículo 15º, Norma Técnica de Historia Clínica para los establecimientos de salud tanto privados como públicos del Sector Salud: N.T.S. Nº 022-MINSA/DGSPV.02) por el periodo que las normas sobre salud ocupacional lo prescriban (Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo N°29783 y su Reglamento DS 005-2012 TR).
5. Tengo el derecho a conocer toda la información obtenida sobre mi salud y el derecho a acceder a la documentación de la historia clínica.
6. Los resultados de mi Evaluación Médica serán manejados de acuerdo a la Ley General de Salud N° 26842 (Art 25º), al Principio de Confidencialidad de Información Médica y la Ley de Protección de Datos Personales – Ley 29733.
7. Puedo ejercer los derechos de acceso, la cancelación, la rectificación y la oposición que me brinda la Ley de Protección de Datos Personales – Ley 29733 a través del siguiente canal de atención que Doktuz pone a mi disposición: contacto@doktuz.com

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

Nombre en Letra Imprenta: SANCHEZ MONSALVE NOE

Fecha de Consentimiento: 11-01-2022

DNI: PER 77702728

Firma del paciente



Huella digital del paciente



Dra. Lady Muggue Velarde
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora
CMP 45724 - RNA 0-1081
DOKTUS SAC

Firma y sello del médico

V01



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

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICAS

Yo, 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

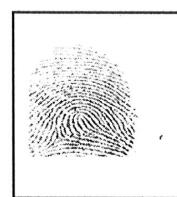


Huella Digital del Paciente

DNI: PER 77702728

Fecha: 11-01-2022

V01



Huella Electrónica del paciente

DNI: PER 77702728

Fecha: 11-01-2022



Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres: Sánchez Manuela Noelia**ANTECEDENTES LABORALES**DNI: 77702428FECHA: 11-01-22**ANTECEDENTES OCUPACIONALES**

Nº	EMPRESA (Nombre de la empresa que trabajó)	ACTIVIDAD DE LA EMPRESA (A qué se dedicaba la empresa)	ÁREA DE TRABAJO (En qué área estuve)	OCCUPACION O CARGO ¿Qué ocupación, cargo o puesto tenías en la empresa?	FECHA	TIEMPO Años / Meses	EXPOSICIÓN	USO DE EPP ¿Usó equipo de protección personal?	
								POLVO	RUIDO
1	S.M.I	Soldado de Prefectos	Producción	ayudante Producción	2021			GUANTES ✓	LENTES ✓
					2021			MASCARILLA ✓	
					2020			TAPONES / OREJERAS ✓	
2	Nestle	Encargados y asistentes	Holanda	operario	2021			OTROS: BIOLÓGICOS	
					2020			GUANTES ✓	
					2016			LENTES ✓	
3	6.noch	cajeros	apolo	operario	2016			MASCARILLA ✓	
					2016			TAPONES / OREJERAS ✓	
					2016			OTROS: BIOLÓGICOS	
4					2016			GUANTES ✓	
					2016			LENTES ✓	
					2016			MASCARILLA ✓	
					2016			TAPONES / OREJERAS ✓	
5					2016			OTROS: BIOLÓGICOS	
					2016			GUANTES ✓	
					2016			LENTES ✓	
6					2016			MASCARILLA ✓	
					2016			TAPONES / OREJERAS ✓	
					2016			OTROS: BIOLÓGICOS	



Firma del Médico



Firma del Trabajador

Doktuz



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

Describa en caso de tener alguna respuesta positiva:

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

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

FIRMA DEL TRABAJADOR	HUELLA

V01


 Dr. David S. Russell
 MEDICO CIRUJANO
 CMP: 093923

Firma y sello del Médico Evaluador



Doktuz

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA
DE MUESTRA EN LABORATORIO CLINICO**

APELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO:

DNI, PAS O CE:

TELÉFONOS:

Sánchez Hernandez Né

26

77702728

9942 51345

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.

Sánchez

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: _____



MIEMBRO DEL GRUPO SYNLAB

7

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 Sanchez Monroy, identificado con DNI N° 77703778, y fecha de nacimiento 5-8-95, 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: Pumalito
 Dirección: Faro IX

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: 11-01-22

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

SECCIÓN 2. INFORMACION DE LA PRUEBA

MOTIVO DE LA PRUEBA

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

INDICAR DROGAS A ANALIZAR

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

RESPECTO AL KIT DE ANALISIS*

Nº Lote: _____

Fecha de vencimiento: _____

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

SECCIÓN 3. INFORMACION DEL MUESTREADOR - TESTIGO

Nombres y Apellidos Melanie Sury 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 DE SYNLAB PERÚ S.A.C.