

Historia Clínica N°	PQ4412-000070			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)					AYUDANTE DE PRODUCCION						
Puesto laboral actual					-						
II.- FILIACIÓN DEL TRABAJADOR											
Nombres y apellidos		DANNER JOEL PUSMA GARCIA									
Fecha de nacimiento		Día	05	Mes	10	Año	1996				
Edad	25	años									
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)					PER 77795735						
Domicilio fiscal											
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje		MZ O LTE 53									
Número/Departamento/Interior			-			Urbanización			ANTONIA MORENO DE CACERES		
Distrito	-		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		DOMMERJHOEL@GMAIL.COM				Teléfono		930912038			
Estado Civil		CONVIVIENTE				Grado de instrucción		TECNICO INCOMPLETO			
Nº total de hijos vivos		1				Nº de dependientes		1			
III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES											
EMPRESA	Área de trabajo		Ocupación			Fecha		TIEMPO	Exposición ocupacional		EPP
AJIMOTO DEL PERÚ	PRODUCCION		OPERARIO DE PRODUCCION			I	Feb 2021	X	caídas, posturas, disergonomicos, movimientos repetitivos, polvo, ruido, cargas, turnos, turnos nocturnos	botas, ropa, lentes, guantes, tapones auditivos, casco, mascarilla	
						F	Dic 2021				
						I					
						F					
						I					
						F					
						I					
						F					
						I					
						F					
						I					
						F					
IV . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES											
Alergias	-	Diabetes		-	TBC		-	Hepatitis :	-		
Asma	-	HTA		-	ITS		-	Tifoidea	-		
Bronquitis	-	Neoplasia		-	Convulsiones		-	Otros	-		
Quemaduras	-										
Cirugías	-				Intoxicaciones		-	RAM	-		
Descripción											

Hábitos nocivos	Tipo	Cantidad	Frecuencia
Alcohol	NIEGA	NIEGA	NIEGA
Tabaco	NIEGA	NIEGA	NIEGA
Drogas	NIEGA	NIEGA	NIEGA
Medicamentos		NIEGA	

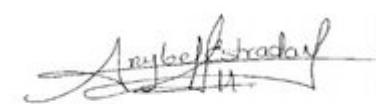
Absentismo: enfermedades y accidentes (asociado a trabajo o no)						
Enfermedad, Accidentes	Asociado al trabajo		Año	Dias de descanso		
	SI	NO				
NIEGA						
NIEGA						
NIEGA						
NIEGA						

V . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Padre	Niega	Madre			Niega	Hermanos	Niega
Esposo(a)	Niega	Hijos vivos	N°	1	Hijos fallecidos	N°	0

VI . EVALUACIÓN MEDICA											
Anamnesis											
NO REFIERE											
Examen clínico	Talla (cm)	171	Peso (Kg)	64	IMC	21.89	Perímetro abdominal	85			
	Fr. Resp.	18	F. Card.	68	PA	100 / 60	PAmed	73.33			
	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, HIPERQUERATOSIS SUBUNGUEAL CON DESCAMACIÓN EN UNAS DE LOS PRIMEROS DEDOS DE 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	20/20	OI	20/20	Con correctores	OD		OI	
		Fondo de ojo	OD	NO REALIZADO	OI	NO REALIZADO	Visión de colores	OD	NORMAL	OI	NORMAL
		Visión de profundidad			NORMAL						
		Exámen ocular externo			OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION						
Oidos		TAPON DE CERUMEN PARCIAL EN OIDO DERECHO									
Nariz	X										
Boca	X										
Faringe	X										
Laringe	X										
Cuello	X										
Aparato Respiratorio	X										
Aparato Cardiovascular	X										
Aparato Genitourinario	X										
Aparato Locomotor	X										
Marcha	X										
Columna	X										
Abdomen	X										
Hernias	X										
Tacto Rectal		DIFERIDO									
Lenguaje	X										
Ganglios	X										
Varices	X										
Reflejos Osteotendinosos	X										
Miembros superiores	X										
Miembros inferiores	X										
Sistema linfático	X										
Sistema nervioso	X										
					  <p>Dra. Yerussa Paredes García Urrutia Médico Cirujano CMP 69925 DOKTUZ</p>						
Nombre, Firma del Trabajador					Nombre, Firma y Sello del Médico Evaluador						

VII . CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA						
APTO						
VIII . CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS						
TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL						
IX . HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO						
TRIGLICERIDOS EN LIMITE SUPERIOR GLICEMIA EN EL LIMITE SUPERIOR						
X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA						
NORMOACUSIA BILATERAL						
XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA						
XII . OTROS						
RIESGO CORONARIO: 2 % - BAJO						
XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL						
1				P	D	R
2				P	D	R
3				P	D	R
4				P	D	R
5				P	D	R
OTROS DIAGNÓSTICOS						
6	NORMOACUSIA BILATERAL			P	D	R
7	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE			P	D	R
8	EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE NUTRICION: IMC NORMAL			P	D	R
9	TAPÓN DE CERUMEN PARCIAL OIDO DERECHO			P	D	R
10	TIÑA DE LAS UÑAS DE LOS PIES			P	D	R
11	EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL			P	D	R
12	TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL			P	D	R
13	TRIGLICERIDOS EN LIMITE SUPERIOR			P	D	R
14	GLICEMIA EN EL LIMITE SUPERIOR			P	D	R
APTO	X	APTO CON RESTRICCIONES		NO APTO		
XIV . RECOMENDACIONES						
<ul style="list-style-type: none"> - SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL. - SU AGUDEZA VISUAL ES OPTIMA. NO OLVIDE REALIZAR UN CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA. - DEBE LLEVAR UNA DIETA SALUDABLE Y REALIZAR EJERCICIO FÍSICO DIARIO POR 30 MINUTOS PARA MANTENER SU PESO ACORDE A SU TALLA. - EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA TAPÓN DE CERUMEN POR LO QUE SE SUGIERE SER EVALUADO POR OTORRINOLARINGOLOGÍA. - 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. - SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO. - SE LE SUGIERE DIETA BAJA EN GRASAS SATURADAS Y ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR. REPITA EL EXAMEN EN 3 MESES. EVALUACIÓN Y MANEJO POR MEDICINA GENERAL. - PRESENTA ELEVACIÓN DE GLUCOSA (AZUCARES) EN LA SANGRE. SE SUGIERE REALIZARSE CONTROLES Y EVALUACIÓN POR ENDOCRINOLOGÍA. 						


 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		PUSMA GARCIA DANNER JOEL		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD				
DNI (<input checked="" type="checkbox"/>)	C.E. (<input type="checkbox"/>)	PER 77795735		
EDAD	25 años			
GÉNERO	MASCULINO			
PUESTO AL QUE POSTULA (SOLO PRE OCUPACIONAL)		AYUDANTE DE PRODUCCION		
EMPRESA		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C	SEDE O PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

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

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

FECHA DEL EXAMEN 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:	PUSMA GARCIA DANNER JOEL					
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C					
TIPO DE EVALUACION:	PREOCUPACIONAL					
PUESTO	AYUDANTE DE PRODUCCION			AREA DE TRABAJO	OPERACIONES	
FECHA DE EVALUACIÓN	11-01-2022			PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL	
FECHA DE EMISIÓN	11-01-2022					
DNI:	77795735	EDAD:	25 años	SEXO:	MASCULINO	HISTORIA CLÍNICA
						PQ4412-0000070

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO							
Hemoglobina:	14.3 g/dL	Grupo y Factor:	A Positivo		Orina Completa: NORMAL		
Glucosa:	106 mg/dL	Colesterol:	177 mg/dL		Triglicéridos	186.3 mg/dL	
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA		PSA:	NO APLICA	

TRIAJE				
Talla:	171 cm.	Peso:	64 kg.	IMC: 21.89 kg/m ²
Presión Arterial:	100/60 mmHg.	Frec. Respiratoria:	18 x minuto.	Frec. Cardiaca: 68 x minuto.

<u>CONCLUSIÓN</u>	
1.- NORMOACUSIA BILATERAL.	
2.- EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE	
3.- EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE NUTRICIÓN: IMC NORMAL	
4.- TAPÓN DE CERUMEN PARCIAL OIDO DERECHO	
5.- TIÑA DE LAS UÑAS DE LOS PIES	
6.- EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL	
7.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL	
8.- TRIGLICERIDOS EN LÍMITE SUPERIOR	
9.- GLICEMIA EN EL LÍMITE SUPERIOR	

<u>RECOMENDACIONES</u>	
1.- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.	
2.- SU AGUDEZA VISUAL ES OPTIMA. NO OLVIDE REALIZAR UN CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.	
3.- DEBE LLEVAR UNA DIETA SALUDABLE Y REALIZAR EJERCICIO FÍSICO DIARIO POR 30 MINUTOS PARA MANTENER SU PESO ACORDE A SU TALLA.	
4.- EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA TAPÓN DE CERUMEN POR LO QUE SE SUGIERE SER EVALUADO POR OTORRINOLARINGOLOGÍA.	
5.- EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIÓ ALTERACIÓN EN LAS UÑAS DEL PIE. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR DERMATOLOGÍA.	
6.- SE LE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS REGULARES (30 MINUTOS DIARIOS Y 5 VECES POR SEMANA) Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. LE AYUDARÁN A PREVENIR MOLESTIAS OSTEOMUSCULARES.	
7.- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.	
8.- SE LE SUGIERE DIETA BAJA EN GRASAS SATURADAS Y ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR. REPITA EL EXAMEN EN 3 MESES. EVALUACIÓN Y MANEJO POR MEDICINA GENERAL.	
9.- PRESENTA ELEVACIÓN DE GLUCOSA (AZUCARES) EN LA SANGRE. SE SUGIERE REALIZARSE CONTROLES Y EVALUACIÓN POR ENDOCRINOLOGÍA.	



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra
Médico Evaluador
CMP 70087
DOKTUZ

Firma y Sello del Responsable de Revisión

EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES PUSMA GARCIA DANNER JOEL EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.
 EDAD 25 FECHA: 11-01-2022
 OCUPACIÓN AYUDANTE DE PRODUCCION LENTES: NO USA
 FECHA ULTIMO CAMBIO _____

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

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

EXAMEN OCULAR EXTERNO :

OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

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

REFLEJOS PUPILARES

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

FONDO DE OJO

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

TONOMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

CAMPIMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

OTRAS EVALUACIONES:

NO APLICA

DIAGNÓSTICOS:

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



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

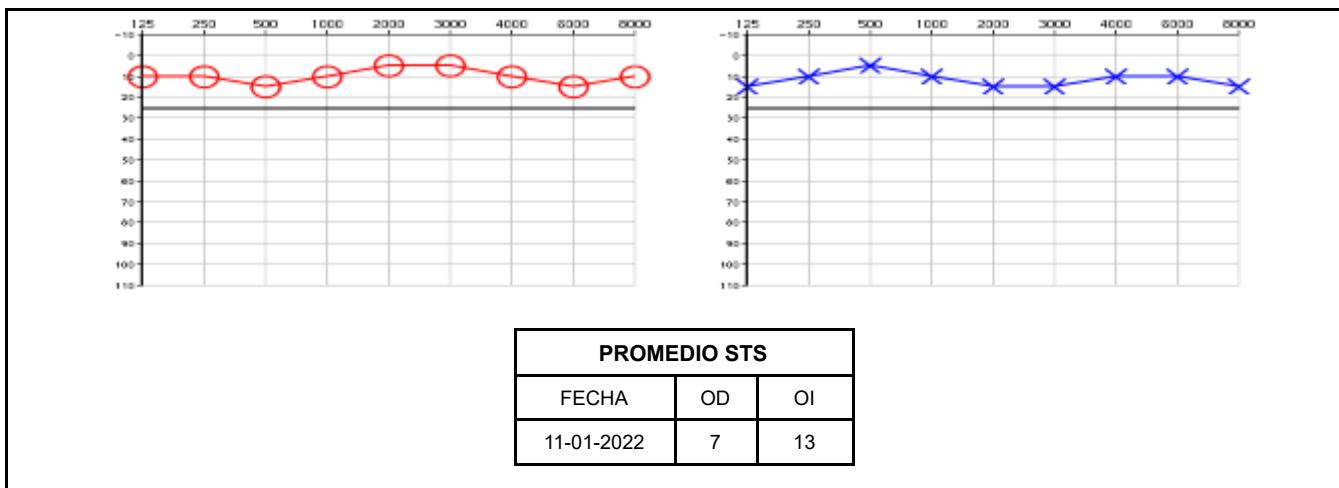
Nombre, Firma y Sello del Evaluador

Firma y Sello del Médico

FICHA AUDIOLÓGICA

Historia clínica		PQ4412-000070	Ficha audiológica				Audiometría	Marca: AMPLIVOX			
Fecha del Examen		11-01-2022	EXAMEN	Pre-ocupacional	<input checked="" type="checkbox"/>	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		DANNER JOEL PUSMA GARCIA									
Edad	25	Sexo	MASCULINO	Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C						
Ocupación	AYUDANTE DE PRODUCCION			Años de Trabajo	3 AÑOS	Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d			3 HORAS		
Uso de protectores auditivos	Tapones	<input checked="" type="checkbox"/>	Siempre	Orejeras		Apreciación al ruido	Ruido muy intenso	Ruido moderado	<input checked="" type="checkbox"/>	Ruido no molesto	

ANTECEDENTES Relacionados		SI	NO	SINTOMAS actuales			SI	NO
Exposición a ruido		<input checked="" type="checkbox"/>		Disminución de la audición				<input checked="" type="checkbox"/>
Consumo de tabaco			<input checked="" type="checkbox"/>	Acúfenos				<input checked="" type="checkbox"/>
Servicio militar			<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de oídos				<input checked="" type="checkbox"/>
Hobbies con exposicion a ruido			<input checked="" type="checkbox"/>	Zumbidos				<input checked="" type="checkbox"/>
Exposición laboral a químicos			<input checked="" type="checkbox"/>	Mareos				<input checked="" type="checkbox"/>
Infección de oídos			<input checked="" type="checkbox"/>	Infección de oído				<input checked="" type="checkbox"/>
Uso de ototóxicos			<input checked="" type="checkbox"/>	Exposición reciente a ruidos en las últimas 18 horas				<input checked="" type="checkbox"/>
Traumatismo encéfalo craneano, Meningitis			<input checked="" type="checkbox"/>	Otros			<input checked="" type="checkbox"/>	
Trauma acústico			<input checked="" type="checkbox"/>	PACIENTE REFIERE TRABAJA CON RUIDOS DE MAQUINAS DE PRODUCCION 3 AÑOS // ANTES REFIERE TRABAJAR EN ALMACEN SIN RUIDOS				
Parotiditis			<input checked="" type="checkbox"/>					
Deportes Acuáticos			<input checked="" type="checkbox"/>					
Parálisis Facial			<input checked="" type="checkbox"/>					
OTOSCOPIA:		Oido Derecho: ALTERADO PRESENCIA DE CERUMEN 70% Oido Izquierdo: NORMAL CAE Permeable, Membrana timpánica íntegra						



Conclusiones

OIDO DERECHO: Z01.1 NORMOACUSIA

OIDO IZQUIERDO: Z01.1 NORMOACUSIA

Recomendaciones

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



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

Firma y Sello del Responsable de evaluación



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

Firma y Sello del Responsable de Revisión

INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

I.- DATOS GENERALES

PACIENTE	PUSMA GARCIA DANNER JOEL	EDAD	25
LUGAR DE NACIMIENTO	Lima Lima	F. NACIMIENTO	05-10-1996
LUGAR DE RESIDENCIA	MZ O LTE 53	F. EVALUACIÓN;	11-01-2022
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	GRADO DE INSTRUCCIÓN	TECNICO INCOMPLETO
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
ESTADO CIVIL	CONVIVIENTE		

II. - MOTIVO DE EVALUACIÓN: PREOCUPACIONAL

III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS:

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

IV.- RESULTADOS DE EVALUACION

1. Nivel Intelectual:	NORMAL PROMEDIO	CI	98
2. Coordinación Visomotriz:	ADECUADO		
3. Nivel de Memoria:	CORTO PLAZO (ADECUADO)	MEDIANO PLAZO (ADECUADO)	LARGO PLAZO (ADECUADO)
4. Personalidad:	CON TENDENCIA A LA INTROVERSIÓN		
5. Afectividad:	ESTABLE		
7. Manejo de Factores Psicosociales en el trabajo :	NO SOLICITADO		

V.- CONCLUSIONES

1. Área Cognitiva: CON CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN A NIVEL NORMAL PROMEDIO. CON TENDENCIA A LA INTROVERSIÓN, SE DEFINE COMO RESPONSABLE, PUNTUAL, SE ESFUERZA POR REALIZAR SUS LABORES DE FORMA EFICIENTE, ENFOCADO EN SUS TAREAS Y DEDICADO. 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. SEGUIR FOMENTANDO EL BUEN CLIMA LABORAL, MANTENIENDO LAS BUENAS RELACIONES CON SUS COMPAÑEROS.

VII.- CONDICIÓN:

APTO




Lic. Isabel Gonzales Brair
Psicóloga
CPSP 6300
DOKTUS SAC

Firma y Sello del Responsable de la evaluación

FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: PUSMA GARCIA DANNER JOEL EDAD 25 SEXO MASCULINO
 EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C PUESTO AYUDANTE DE PRODUCCION FECHA 11-01-2022

ACTIVIDAD LABORAL:	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

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	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Codo	Der.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Muñeca	Der.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Cadera	Der.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Rodilla	Der.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Tobillo	Der.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO

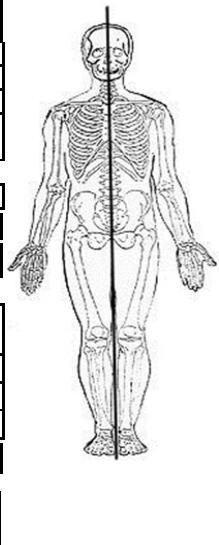
EVALUACIÓN DE LA MARCHA		Sí	No
Realiza el contacto inicial con apoyo de talón.		X	
Movimiento armónico de rodilla, tobillo y pie		X	
La longitud del paso es simétrico.		X	
Presenta claudicación de uno de los miembros inferiores		X	
Integración de ambos hemicuerpos		X	
Tipo de pisada	Normal		

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

EXIGENCIAS FÍSICAS			
Condición Física (Test de Ruffier)			
Manejo manual de cargas	Es capaz de cargar hasta		
Marcha sobre el terreno irregular			
Evaluación de destreza manual			
- Punteado	Errores:	Aciertos:	Tiempo en el Acierto:
- Palanca	Errores:	Tiempo de Error:	Tiempo de Prueba:
Rango Articulares			

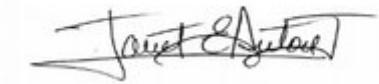
RESULTADOS

POSTURA	Óptima
CIE 10	DIAGNÓSTICO PARA COLUMNA VERTEBRAL
Z04.9	EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL
Recomendaciones	SE LE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS REGULARES (30 MINUTOS DIARIOS Y 5 VECES POR SEMANA) Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. LE AYUDARÁN A PREVENIR MOLESTIAS OSTEOMUSCULARES.



EXTREMIDADES

Z04.9	EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL
Recomendaciones	SE LE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS REGULARES (30 MINUTOS DIARIOS Y 5 VECES POR SEMANA) Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. LE AYUDARÁN A PREVENIR MOLESTIAS OSTEOMUSCULARES.
OTROS	



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo
Terapia Física
CTMP 10444
DOKTUZ

Nombre y Firma del Evaluador



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo
Terapia Física
CTMP 10444
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

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

FICHA MUSCULO ESQUELETICA POR MÉDICO

N° DE HISTORIA CLINICA	PQ4412-000070			DNI	PER 77795735
APELLIDOS Y NOMBRES	PUSMA GARCIA DANNER JOEL			SEXO	MASCULINO
TIPO DE EXAMEN:	PREOCUPACIONAL				
FECHA DEL EXAMEN	11-01-2022				

I. N° 1: Riesgos

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

II. N° 2: Evaluación.

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

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

EXPLORACION FÍSICA DE ARTICULACIONES

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

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

COLUMNA VERTEBRAL

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

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

EJE LATERAL

Eje lateral	Normal	Derecha	Izquierda
Dorsal	X		
Lumbar	X		

EXAMEN FÍSICO

MOVILIDAD - DOLOR

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

PALPACIÓN (Marque con una X)

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

MANIOBRA RADICULO /DISCOPASTÍAS

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

REFLEJOS

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

Mutilación de Miembro**NO**

III. N° 3: Comentarios.

DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES

IV. N° 4: Diagnóstico

Z04.9 EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL

V. N° 5: Recomendaciones

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

Dra. Yerussa Paredes García Urrutia
Médico Cirujano
CMP 69925
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

INFORME RADIOGRÁFICO

PACIENTE: PUSMA GARCIA DANNER JOEL

EMPRESA: PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

EDAD: 25

PUESTO: AYUDANTE DE PRODUCCION

SEXO: MASCULINO

INFORME

El estudio radiográfico de tórax realizado muestra:

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

DIAGNÓSTICO:

- (Z01.6) TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL

Lima, 11 de Enero del 2022



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

Firma y Sello del Médico

Paciente:	PUSMA GARCIA DANNER JOEL		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	25 años
Fecha:	11-01-2022	Historia Clínica:	PQ4412-000070

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

BIOQUIMICA

GLUCOSA BASAL	106	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	177	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	186.3	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:	PUSMA GARCIA DANNER JOEL		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	25 años
Fecha:	11-01-2022	Genero:	MASCULINO

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

HEMATOLOGIA

GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

A
Positivo
NORMAL

5.66 $\times 10^3/\mu\text{L}$

4.5 - 11

FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

54.2 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

1.9 %

0 - 3

BASOFILOS %

0.4 %

0 - 1

MONOCITOS %

5.7 %

3 - 6

LINFOCITOS %

37.8 %

24 - 44

SEGMENTADOS

3.07 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

0.11 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

0.0 - 0.7

BASOFILOS

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

(0 - 0.09)

MONOCITOS

0.32 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

2.14 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

4.96 $\times 10^6/\mu\text{L}$

4.5 - 5.5

HEMOGLOBINA

14.3 g/dL

13.5 - 17.5

HEMATOCRITO

42.8 %

41 - 53

VCM

86.3 μm^3

80.0 - 100

HCM

28.8 pg

26 - 34

CHCM

33.4 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

186 $\times 10^3/\mu\text{L}$

150.0 - 350

OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	PUSMA GARCIA DANNER JOEL			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO		Edad:	25 años
Fecha:	11-01-2022	Genero:		MASCULINO
	Historia Clínica:		PQ4412-000070	

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:	PUSMA GARCIA DANNER JOEL		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	25 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
CNP 003634 RNE 012471

FIRMA



PUSMA GARCIA DANNER JOEL

PER 77795735

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



9

(10)

RUTA N

Preocupacional

DNI	77795735	FECHA	11-01-2022
EDAD	25	PERFIL	OPERATIVO 1-NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4412-000070	SEXO	MASCULINO
HORA DE INICIO EMO	07:27:33	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE		D.O.	
TECNOLOGÍA MÉDICA	Lic. Anton Jaho Janet Elizabeth Tecnólogo Médico C.T.M.P. 10444		Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL	Veruska Parejas García Urrutia MEDICO URUGUANO C.M.P. 19925		Examen Medico
PSICOLOGÍA		J.B.	BARSIT Examen Psicológico
OFTALMOLOGÍA		A-D	Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA		J.L.	Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES		EC.	Radiografía de Tórax
ESPIROMETRÍA			ESPIROMETRÍA
LABORATORIO		M.S.	COLESTEROL TOTAL, ORINA, EXAMEN COMPLETO, Glucosa Ayunas, GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH, HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO, TRIGLICÉRIDOS, COCAÍNA CUALITATIVA, EXAMEN (MARIHUANA) CUALITATIVO
EXAMENES PENDIENTE			Fecha Programada:
EXAMENES COMPLETADOS		Sello: Iniciales: Fecha:	

TRIAJE							
Peso	- 64	Talla	- 1.71	IMC	-	P. Abdominal	- 85
P.A. Sistólica	- 100	P.A. Diastólica	- 60	F. Cardiaca	- 68	F. Respiratoria	- 18
Temperatura	- 36.5	Sat. O2	- 98				
Cintura	- 80	Cadera	- 89	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 87	P.T. Inspiración	- 93	P.T. Reposo	- 82		

CREADO POR: RUTH JARAI ENCISO CRUZ FECHA: 11-01-2022 HORA: 07:22:30

V01

✓



Doktuz Tessilia 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, PUSMA GARCIA DANNER JOEL de 25 años de edad
trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado
con D.N.I./Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 77795735
domiciliado en MZ O LTE 53:

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: PUSMA GARCIA DANNER JOEL
DNI: PER 77795735
Fecha de Autorización: 11-01-2022

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Dra. Lucy Murguia Veldivia
Coordinadora de Calidad - Auditora
CMP 45724 - RNA 040091
DOKTUZ SAC

Firma y sello del médico
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, PUSMA GARCIA DANNER JOEL, identificado (a) con DNI N° PER 77795735, 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 : ____ / ____ / ____
DÍA MES AÑO

V01



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

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICAS

Yo, PUSMA GARCIA DANNER JOEL Identificado con D.N.I.

Nº PER 77795735 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 77795735
Fecha: 11-01-2022

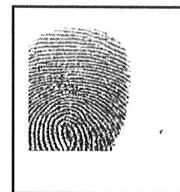


Huella Digital del Paciente
DNI: PER 77795735
Fecha: 11-01-2022

V01


Firma Electrónica del paciente

DNI: PER 77795735
Fecha: 11-01-2022



Huella Electrónica del paciente
DNI: PER 77795735
Fecha: 11-01-2022



 Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20500751639	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-001.02
	Título: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	Fecha de Emisión: 2017-MAY-16
		Página: 1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

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

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

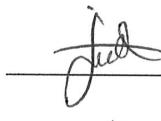
Al firmar este consentimiento confirmo que he leído y comprendido por completo los términos y condiciones antes mencionados. Autorizo el envío de mis resultados al responsable del Área Médico Ocupacional de la empresa . Así mismo declaro que la información proporcionada en la ficha médica es exacta y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

Nombre en Letra Impresa: PUSMA GARCIA DANNER JOEL

Fecha de Consentimiento: 11-01-2022

DNI: PER 77795735

Firma del paciente






Huella digital del paciente



Dra. Isela Maricela Valdivia
 Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora
 CMP 45/23, RINA 0408
 DOKTUS SAC

Firma y sello del médico

V01



Doktuz

Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres: Pilar García Domínguez Tiel
DNI: 77795735

ANTECEDENTES LABORALES



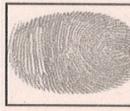
FECHA: 11-01-27

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Nº	EMPRESA (Nombre de la empresa que trabajó)	ACTIVIDAD DE LA EMPRESA (A qué se dedicaba la empresa)	ÁREA DE TRABAJO (En qué área estuvo)	¿Qué ocupación, cargo o puesto tenías en la empresa?	FECHA	TIEMPO Años / Meses	EXPOSICIÓN		USO DE EPP ¿Usó equipo de protección personal?
							AÑO INICIO	AÑOS:	
1	Ajinomoto del Perú	Producción de Ajinomix	Hoopergs. (Ctoicos)	Operario de producción	2021-07-01	11 Meses	RUIDO	X LENTES	X MASCARILLA
2	CHUCH-Winters	producción de cocos y chocolates	Empaqueado de cacao	Operario de producción	2020-01-01	—	DISERGONÓMICO	X TAPONES / OREJERAS	X OTROS:
3					2020-01-01	—	DISERGONÓMICO	X TAPONES / OREJERAS	X OTROS:
4					2020-01-01	—	DISERGONÓMICO	X TAPONES / OREJERAS	X OTROS:
5					2020-01-01	—	DISERGONÓMICO	X TAPONES / OREJERAS	X OTROS:
6					2020-01-01	—	DISERGONÓMICO	X TAPONES / OREJERAS	X OTROS:

Yerusa Parada García Uriúa
MEDICO RENAN

G. S. S. 5
Firma del Médico



Firma del Trabajador





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

Nombre Completo: PUSMA GARCIA DANNER JOEL	Fecha:	11-01-2022
	DNI:	PER 77795735

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

Describa en caso de tener alguna respuesta positiva:

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

Sí	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"/>	Aisma bronquial
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfisema
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad pleural
<input checked="" type="checkbox"/>	Tos con sangrado (espunto 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

Sí	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, artrosis)
<input checked="" type="checkbox"/>	Reumatismo
<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
	

V01


Yerussa Paredes García Urrutia
MEDICO CRUJANO

Firma y sello del Médico Evaluador



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA
DE MUESTRA EN LABORATORIO CLINICO

APELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO: Rosma García Domínguez Joel
DNI, PAS O CE: 77795735 EDAD: 29
TELÉFONOS: 930912038

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 cumplo 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.

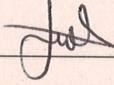
Certifico que he leído y comprendido todo lo anterior y que los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre voluntad.



Firma del Paciente o Persona Responsable
Documento de Identidad: _____
Fecha: 11-01-2022

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: 11-01-2022



9

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION DE DROGAS DE ABUSO

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

Yo, DURANZ JOEL PUSMA QPRUÍN, identificado con DNI N° 4 77795735 y fecha de nacimiento 4-31-07-95, 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: _____ (Identificar a la persona designada con indicación de su DNI) DNI: _____
 - Entregar una copia de los resultados a la Empresa para la cual trabajo o postulo si ésta fuera la solicitante del presente estudio:
- Nombre de la Empresa: pamisa
- Dirección: Elmer faucet

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: Jot Fecha: 11-01-2022

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

SECCIÓN 2. INFORMACION DE LA PRUEBA

MOTIVO DE LA PRUEBA				
<input type="checkbox"/> Pre-empleo	<input type="checkbox"/> Al Azar	<input type="checkbox"/> Retorno al trabajo	<input type="checkbox"/> Con Causa	<input type="checkbox"/> 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 <u>Vanessa Pencala</u>		Nº de DNI <u>003319882</u>
Certifico que la muestra corresponde al donante identificado en la sección 1, la cual proporciono si problemas.		
NOTA:		<u>Firma</u> <u>Van</u>

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

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

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

Certifico haber revisado los resultados de laboratorio de la muestra detallada en este formato y concluyo que la prueba de tamizaje es:			
<input type="checkbox"/> POSITIVA		<input type="checkbox"/> 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 DEL LÍDER DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA DE SYNLAB PERÚ S.A.C