

Historia Clínica N°	PQ4412-000104			Fecha	Día	17	Mes	01	Año	2022		
Tipo de evaluación	Pre Ocupacional		X	Periódico		Retiro		Otros				
Lugar del examen	Departamento	LIMA		Provincia	LIMA		Distrito					
I. DATOS DE LA EMPRESA												
Razón Social		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C										
Actividad Económica		fabricación de productos de plásticos										
Lugar del Trabajo		Av. Elmer Faucett Nro. 3486										
Ubicación	Departamento	PROV. CONST. DEL CALLAO		Provincia	CALLAO		Distrito	CALLAO				
Puesto al que postula (solo pre ocupacional)				AYUDANTE DE PRODUCCION								
Puesto laboral actual				-								
II.- FILIACIÓN DEL TRABAJADOR												
Nombres y apellidos		DANICA AYAPI RODRIGUEZ DE HUAYA										
Fecha de nacimiento		Día	26	Mes	07	Año	1992					
Edad	29	años										
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)				PER 72174516								
Domicilio fiscal												
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje		-										
Número/Departamento/Interior			-			Urbanización			-			
Distrito	-		Provincia	-		Departamento	-					
Residencia en lugar Trabajo	SI	-	NO	X	Tiempo de residencia en Lugar de trabajo				-	años		
ESSALUD	-	EPS	-	OTRO	-	SCTR	-	OTRO	-			
Correo electrónico			-			Teléfono		-				
Estado Civil			-			Grado de instrucción		-				
Nº total de hijos vivos			2			Nº de dependientes		2				
III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES												
EMPRESA	Área de trabajo		Ocupación		Fecha		Tiempo	Exposición ocupacional		EPP		
SINAGRAF	PRODUCCION		OPERARIO DE PRODUCCION		I	Ene 2019		polvo, ruido, posturas, caídas, disergonómicos, turnos, turnos nocturnos, movimientos repetitivos		tapones auditivos, guantes, orejeras, casco, mascarilla, botas, lentes, ropa		
					F	Nov 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	X				
Quemaduras	-											
Cirugías	-				Intoxicaciones	-	RAM	-				
Descripción	1- OJO DERECHO PEREZOSO CON USO DE LENTES CORRECTIVOS											

Antecedentes Ginecológicos:

Fecha ultima Regla	05-01-2022	Gestaciones	102	Hijos vivos	12	Hijos muertos	0
Régimen Catamenial	30/4	Método anticonceptivo	NIEGA				
Hábitos nocivos	Type	Cantidad	Frecuencia				
Alcohol	CERVEZA	1-2	POCO				
Tabaco	NIEGA	NIEGA	NIEGA				
Drogas	NIEGA	NIEGA	NIEGA				
Medicamentos	NIEGA						

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

V . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

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

VI . EVALUACIÓN MEDICA											
Anamnesis											
NO REFIERE											
Examen clínico	Talla (cm)	161	Peso (Kg)	71	IMC	27.39	Perímetro abdominal	89			
	Fr. Resp.	18	F. Card.	73	PA	100 / 50	PAmed	66.67			
	Otros	S O2 99 %	FUR: 05-01-2022								
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	20/100	OI	20/40	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. Daviangeila 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							
EXAMEN DE LABORATORIO DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES							
X . CONCLUSIÓN AUDIOMÉTRICA							
NORMOACUSIA BILATERAL							
XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA							
XII . OTROS							
XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL						CIE-10	
1				P	D	R	
2				P	D	R	
3				P	D	R	
4				P	D	R	
5				P	D	R	
OTROS DIAGNÓSTICOS							
6	NORMOACUSIA BILATERAL			P	D	R	Z01.1
7	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	EXAMEN DE LABORATORIO DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES			P	D	R	Z01.7
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, INCREMTE 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. - SU EXAMEN DE LABORATORIO ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL AL MENOS UNA VEZ AL AÑO. 							
  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		AYAPI RODRIGUEZ DE HUAYA DANICA		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD				
DNI (<input checked="" type="checkbox"/>)	C.E. (<input type="checkbox"/>)	PER 72174516		
EDAD	29 años			
GÉNERO	FEMENINO			
PUESTO AL QUE POSTULA (SOLO PRE OCUPACIONAL)		AYUDANTE DE PRODUCCION		
EMPRESA		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C	SEDE O PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

CONCLUSIONES

GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH: 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 17-01-2022




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

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO OCUPACIONAL

INFORME MÉDICO

APELLIDOS Y NOMBRES:	AYAPI RODRIGUEZ DE HUAYA DANICA					
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C					
TIPO DE EVALUACION:	PREOCUPACIONAL					
PUESTO	AYUDANTE DE PRODUCCION			AREA DE TRABAJO	OPERACIONES	
FECHA DE EVALUACIÓN	17-01-2022			PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL	
FECHA DE EMISIÓN	17-01-2022					
DNI:	72174516	EDAD:	29 años	SEXO:	FEMENINO	HISTORIA CLÍNICA
						PQ4412-000104

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO							
Hemoglobina:	12.9 g/dL	Grupo y Factor:	O Positivo		Orina Completa: NORMAL		
Glucosa:	84 mg/dL	Colesterol:	159.6 mg/dL		Triglicéridos	70.3 mg/dL	
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA		PSA:	NO APLICA	

TRIAJE					
Talla:	161 cm.	Peso:	71 kg.	IMC:	27.39 kg/m ²
Presión Arterial:	100/50 mmHg.	Frec. Respiratoria:	18 x minuto.	Frec. Cardiaca:	73 x minuto.

<u>CONCLUSIÓN</u>					
1.- NORMOACUSIA BILATERAL.					
2.- AMETROPIA MODERADA CORREGIDA					
3.- SOBREPESO					
4.- EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL					
5.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL					
6.- EXAMEN DE LABORATORIO DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES					

<u>RECOMENDACIONES</u>					
1.- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.					
2.- SE LE SUGIERE CONTINUAR CON EL USO DE SUS LENTES CORRECTORES Y EL CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.					
3.- SE LE SUGIERE UNA DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, INCREMENTE LA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS, NO OLVIDE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA. ACUDA A NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLÓGIA PARA SU EVALUACIÓN.					
4.- SE LE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS REGULARES (30 MINUTOS DIARIOS Y 5 VECES POR SEMANA) Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. LE AYUDARÁN A PREVENIR MOLESTIAS OSTEOMUSCULARES.					
5.- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.					
6.- SU EXAMEN DE LABORATORIO ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.					



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra
Médico Evaluador
CMP 70087
DOKTUZ

Firma y Sello del Responsable de Revisión

EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES AYAPI RODRIGUEZ DE HUAYA DANICA EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.
 EDAD 29 FECHA: 17-01-2022
 OCUPACIÓN AYUDANTE DE PRODUCCION LENTES: LEJOS
 FECHA ULTIMO CAMBIO HACE 1 AÑO

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

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

EXAMEN OCULAR EXTERNO :

OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

AGUDEZA VISUAL	SIN LENTES		CON LENTES		AGUJERO ESTENOPEICO	
	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
VISIÓN DE CERCA	20/20	20/20				
VISIÓN DE LEJOS	20/100	20/40	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
VISIÓN DE PROFUNDIDAD	OJO DERECHO OJO IZQUIERDO NORMAL

FONDO DE OJO

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

TONOMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

CAMPIMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

OTRAS EVALUACIONES:

NO APLICA

DIAGNÓSTICOS:

(H52.X) AMETROPIA MODERADA CORREGIDA



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

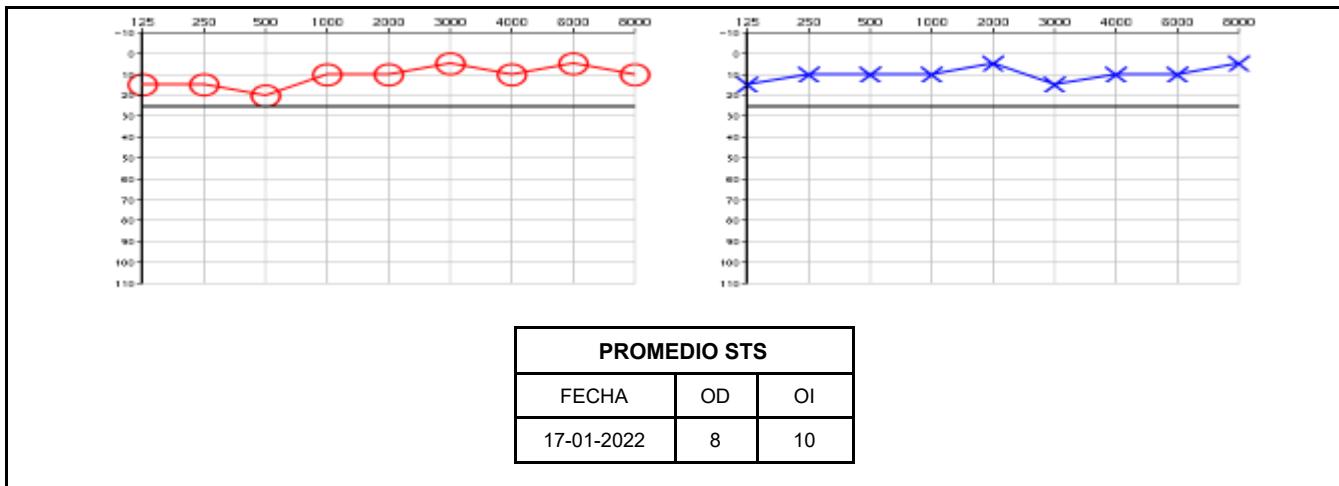
Nombre, Firma y Sello del Evaluador

Firma y Sello del Médico

FICHA AUDIOLÓGICA

Historia clínica		PQ4412-000104	Ficha audiológica				Audiometría	Marca: AMPLIVOX				
Fecha del Examen		17-01-2022	EXAMEN	Pre-ocupacional	<input checked="" type="checkbox"/>	Periodica			Modelo: 240			
				Retiro		Otro						
Nombres y apellidos		DANICA AYAPI RODRIGUEZ DE HUAYA						Nº Serie: 31635 Fecha de Calibración de Equipo: 0000-00-00 Fecha de Calibración Biológica: 17-01-2022				
Edad	29	Sexo	FEMENINO	Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C							
Ocupación	AYUDANTE DE PRODUCCION			Años de Trabajo	1A	Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d				12 HORAS		
Uso de protectores auditivos	Tapones	<input checked="" type="checkbox"/>	Siempre	Orejeras	<input checked="" type="checkbox"/>	Siempre	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"/>						
Parotiditis			<input checked="" type="checkbox"/>						
Deportes Acuáticos			<input checked="" type="checkbox"/>						
Parálisis Facial			<input checked="" type="checkbox"/>						
OTOSCOPIA:		Oido Derecho: NORMAL CAE Permeable, Membrana timpánica íntegra Oido Izquierdo: NORMAL CAE Permeable, Membrana timpánica íntegra							



Conclusiones

OIDO DERECHO: Z01.1 NORMOACUSIA

OIDO IZQUIERDO: Z01.1 NORMOACUSIA

Recomendaciones

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



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

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	AYAPI RODRIGUEZ DE HUAYA DANICA	EDAD	29
LUGAR DE NACIMIENTO		F. NACIMIENTO	26-07-1992
LUGAR DE RESIDENCIA		F. EVALUACIÓN;	17-01-2022
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	GRADO DE INSTRUCCIÓN	
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
ESTADO CIVIL			

II. - MOTIVO DE EVALUACIÓN: PREOCUPACIONAL

III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS:

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

IV.- RESULTADOS DE EVALUACION

1. Nivel Intelectual:	NORMAL PROMEDIO BAJO	CI	89
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 PROMEDIO BAJO. SE DEFINE COMO UNA COLABORADORA RESPONSABLE, PUNTUAL EN SUS FUNCIONES, DETALLISTA AL REALIZAR SU TRABAJO Y MANTENER BUENA RELACIÓN CON SUS COMPAÑEROS. 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. CONTINUÉ CON EL PENSAMIENTO Y EL DESARROLLO DE UNA ACTITUD POSITIVA.

VII.- CONDICIÓN:

APTO




Lic. Isabel Gonzales Brair
Psicóloga
CPSP 6300
DOKTUS SAC

Firma y Sello del Responsable de la evaluación

FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: AYAPI RODRIGUEZ DE HUAYA DANICA EDAD 29 SEXO FEMENINO
 EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C PUESTO AYUDANTE DE PRODUCCION FECHA 17-01-2022

ACTIVIDAD LABORAL:	De pie			PRESENTA DOLOR	NO						
EVALUACIÓN ESTÁTICA											
SEGMENTOS											
Cabeza	Antepulsión	Retropulsión	Inclinación	No presenta	Rotación	No presenta					
Hombros	Antepulsados	Retropulsión	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		

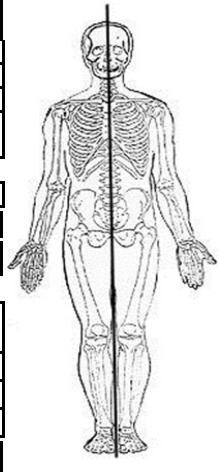
SIGNOS Y SÍNTOMAS	
GRADO 0	Ausencia de signos y síntomas.
GRADO 1	Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva.
GRADO 2	Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización.
GRADO 3	Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión.
GRADO 4	Grado 3 más limitación funcional evidente clínicamente.

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

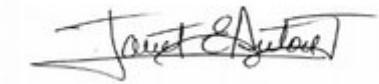
POSTURA	Óptima
---------	--------

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

PQ4412-000104

APELLIDOS Y NOMBRES

AYAPI RODRIGUEZ DE HUAYA DANICA

DNI

PER 72174516

TIPO DE EXAMEN:

PREOCUPACIONAL

SEXO

FEMENINO

FECHA DEL EXAMEN

17-01-2022

I. N° 1: Riesgos

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

SEDENTA	0	BIPEDESTACIÓN	100
---------	---	---------------	-----

Horas /días	8H/6D
-------------	-------

POSTURA

SEDENTA	0	BIPEDESTACIÓN	100
---------	---	---------------	-----

POSTURA FORZADA

NO

MOVIMIENTO REPETITIVO

NO

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

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

Horas /días

DOMINANCIA

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

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. Daviangelia Saireth Rausseo Portillo
Médico Ocupacional
CMP 093927
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

INFORME RADIOGRÁFICO

PACIENTE: AYAPI RODRIGUEZ DE HUAYA DANICA

EMPRESA: PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

EDAD: 29

PUESTO: AYUDANTE DE PRODUCCION

SEXO: FEMENINO

INFORME

El estudio radiográfico de tórax realizado muestra:

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

DIAGNÓSTICO:

- (Z01.6) TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL

Lima, 17 de Enero del 2022

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

Firma y Sello del Médico

Paciente:	AYAPI RODRIGUEZ DE HUAYA DANICA			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	29 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	17-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000104

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

BIOQUIMICA

GLUCOSA BASAL	84	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	159.6	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	70.3	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:	AYAPI RODRIGUEZ DE HUAYA DANICA		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	29 años
Fecha:	17-01-2022	Historia Clínica:	PQ4412-000104

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

HEMATOLOGIA

GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

O
Positivo
NORMAL

7.24 $\times 10^3/\mu\text{L}$

4.5 - 11

FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 % 0 - 5

SEGMENTADOS %

59.9 % 35 - 66

EOSINOFILOS %

1.4 % 0 - 3

BASOFILOS %

0.1 % 0 - 1

MONOCITOS %

7.7 % 3 - 6

LINFOCITOS %

30.9 % 24 - 44

SEGMENTADOS

4.33 $\times 10^3 / \text{mm}^3$ 1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

0.1 $\times 10^3 / \text{mm}^3$ 0.0 - 0.7

BASOFILOS

0.01 $\times 10^3 / \text{mm}^3$ (0 - 0.09)

MONOCITOS

0.56 $\times 10^3 / \text{mm}^3$ 0.0 - 0.9

LINFOCITOS

2.24 $\times 10^3 / \text{mm}^3$ 1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

4.91 $\times 10^6/\mu\text{L}$ 4 - 4.9

HEMOGLOBINA

12.9 g/dL 12.0 - 16

HEMATOCRITO

39.3 % 36 - 46

VCM

80 μm^3 80.0 - 100

HCM

26.3 pg 26 - 34

CHCM

32.8 gr/dl 31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

244 $\times 10^3/\mu\text{L}$ 150.0 - 350

OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	AYAPI RODRIGUEZ DE HUAYA DANICA		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	29 años
Fecha:	17-01-2022	Genero:	FEMENINO

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:	AYAPI RODRIGUEZ DE HUAYA DANICA			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	29 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	17-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000104

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

INMUNOLOGIA

HCG CUALITATIVO (PRUEBA DE
EMBARAZO)

Menor de 0.6



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

FIRMA

Paciente:	AYAPI RODRIGUEZ DE HUAYA DANICA			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	29 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	17-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000104

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

AYAPI RODRIGUEZ DE HUAYA DANICA

PER 72174516

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



24

Preocupacional

DNI	72174516	FECHA	17-01-2022
EDAD	29	PERFIL	OPERATIVO 1-NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4412-000104	SEXO	FEMENINO
HORA DE INICIO EMO	08:18:41	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE		R.C	
TECNOLOGÍA MÉDICA	Lic. Anton Jabo Janet Elizabeth Tecnólogo Médico C.T.A.P. 10444		Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL	Dra. Yamangela S. Rauso P. MEDICO CIRUJANO CMP: 083923	DR	Examen Medico
PSICOLOGÍA		S.S	BARSIT Examen Psicologico
OFTALMOLOGÍA		A.O	Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA		D.C.	Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES		EC.	Radiografia de Tórax
ESPIROMETRÍA			ESPIROMETRÍA
LABORATORIO			HCG CUALITATIVO (PRUEBA DE EMBARAZO), COLESTEROL TOTAL, ORINA, EXAMEN COMPLETO, Glucosa Ayunas, GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH, HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO, TRIGLICERIDOS, COCAÍNA CUALITATIVA, EXAMEN (MARIHUANA) CUALITATIVO
EXAMENES PENDIENTE			Fecha Programada:
EXAMENES COMPLETADOS		Sello: Iniciales: Fecha:	

TRIAJE							
Peso	- 71	Talla	- 161	IMC	-	P. Abdominal	- 89
P.A. Sistólica	- 100	P.A. Diastólica	- 50	F. Cardiaca	- 73	F. Respiratoria	- 15
Temperatura	- 36	Sat. O2	- 99				
Cintura	- 89	Cadera	- 108	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 99	P.T. Inspiración	- 102	P.T. Reposo	- 100		

CREADO POR: VELA SANCHEZ GUADALUPE FECHA: 17-01-2022 HORA: 08:17:22

V01



 <p>Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751639</p>	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-001.02
	Título: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	Fecha de Emisión: 2017-MAY-16
		Página: 1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

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

Fecha de Consentimiento: 17-01-2022

DNI: PER 72174516

Firma del paciente






Huella digital del paciente



Dra. Ludy Muguila Valdivia
Coordinadora de Salud Ocupacional - Auditora
CMP 4573-A (2016-2018)
DOKTUS SAC

Firma y sello del médico

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, AYAPI RODRIGUEZ DE HUAYA DANICA de 29 años de edad
 trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado
 con D.N.I./Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 72174516
 domiciliado en :

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

Así mismo declaro haber sido informado:

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

Nombre de Paciente: AYAPI RODRIGUEZ DE HUAYA DANICA
 DNI: PER 72174516
 Fecha de Autorización: 17-01-2022

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Dra. Ledy Muñoz Valdés
 Coordinadora Medico Ocupacional - Auditora
 CMP 45723 - RNA 64081
 DOKTUS SAC

Firma y sello del médico
 V01



 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

CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO

Yo, AYAPI RODRIGUEZ DE HUAYA DANICA, identificado (a) con DNI N° PER 72174516, el día del mes de: del año: , declaro en forma libre y voluntaria que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósitos de las pruebas que me realizarán por lo tanto autorizo expresamente al Centro Médico de la empresa con razón social: Tesalia Medical S.A.C. y con nombre comercial: Doktuz, para que efectué las pruebas necesarias para detectar en mi muestra de orina la presencia de Drogas de abuso.

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



HUELLA

FIRMA
 LEY N° 26842 Art. 4

DATOS DEL PROFESIONAL TESTIGO:

NOMBRE: Evar Ach Firma /

FECHA : 10/01/22

V01



 Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751639	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-005.02
	Título: DECLARACIÓN JURADA DE NO GESTANTE PARA REALIZACIÓN DE EXAMENES RADIOGRÁFICOS EN MUJERES	Fecha de Emisión: 2017-MAY-16
		Página: 1 de 1

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

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

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

Nombres y Apellidos:	<u>DANICA AYAPI RODRIGUEZ DE HUAYA</u>
Fecha de Declaración:	<u>17-01-2022</u>
DNI:	<u>PER 72174516</u>

Firma del paciente fhp



HUELLA DEL PACIENTE

V01



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

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICAS

Yo, AYAPI RODRIGUEZ DE HUAYA DANICA Identificado con D.N.I.
 N° PER 72174516 acudo a la Clínica

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

Por ello, autorizo el uso de mi firma y huella digital electrónicas para que se incluyan exclusivamente en los siguientes documentos que se generen el día 17-01-2022:

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

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

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

Firmo y dejo huella original para constatar lo mencionado.


 Firma manuscrita del paciente
 DNI: PER 72174516
 Fecha: 17-01-2022



Huella Digital del Paciente
 DNI: PER 72174516
 Fecha: 17-01-2022

V01


 Firma Electrónica del paciente
 DNI: PER 72174516
 Fecha: 17-01-2022



Huella Electrónica del paciente
 DNI: PER 72174516
 Fecha: 17-01-2022



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

Nombre Completo: AYAPI RODRIGUEZ DE HUAYA DANICA	Fecha: 17-01-2022
	DNI: PER 72174516

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"/> Migránea	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Fibromialgias	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Lumbalgias a repetición	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Dolor de columna	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Hernia del núcleo pulposo	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Ciática	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad de la columna	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Vértigo/mareos	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Parálisis facial	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Desordenes del Sistema nervioso	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Desmayos	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Pérdida de conciencia	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Depresión	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Intento de suicidio	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis Pulmonar	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Asma bronquial	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Enfisema	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad pleural	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Tos con sangrado (espuma en sangre)	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Disminución de la audición (sordera)	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad del oído	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Movilidad limitada de extremidades	<input checked="" type="checkbox"/>

si no	Enfermedades renales Accidente cerebro vascular (derrame) Isquemia o infartos Hipertensión arterial Arritmias o enfermedades cardíacas Alergia a medicamentos Palpitaciones Enfermedades oculares como glaucoma o catarata. Visión monocular (con un sólo ojo) Enfermedad de la tiroides Diabetes Gota Lupus Enfermedades articulares (artritis, artrosis) Reumatismo Enfermedad de la piel Hernia abdominal Hernia Inguinal Enfermedades del hueso Hemofilia Desórdenes de la coagulación 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





Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres:

AYAPÍ ROQUELIZ De Huaya Danica

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

FECHA: 17/01/2022

ANTECEDENTES LABORALES

DNI: 77174516

FECHA:

Nº	EMPRESA (Nombre de la empresa que trabajó)	ACTIVIDAD DE LA EMPRESA (A qué se dedicaba la empresa)	AREA DE TRABAJO (En qué área estuvo)	OCCUPACIÓN O CARGO ¿Qué ocupación, cargo o puesto tenías en la empresa?	FECHA	TIEMPO Años / Meses	EXPOSICIÓN	'USO DE EPP ¿Usó equipo de protección personal?			
								AÑO INICIO	AÑO SALIDA	POLVO	GUANTES
1	MACHU PICCHU FOOD	Almacenamiento de materiales Alimentarios	Producción	Operario de Producción	05/01/2016	01/06/2016	RUIDO DISERGONOMICO	LENTES			
2	Cimacraf	Papel y cartón	Alabados	Operario de Producción	05/10/2014	21/11/2014	RUIDO DISERGONOMICO	MASCARILLA			
3							QUIMICOS	TAPONES / OREJERAS			
4							BIOLÓGICOS	OTROS:			
5							QUIMICOS	TAPONES / OREJERAS			
6							BIOLÓGICOS	OTROS:			

Dr. Daniel J. Pachano
MÉDICO CLINICO
CNP: 10023

Firma del Médico



Firma del trabajador



24

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

Yo, DANICA MAPI RODRIGUEZ DE ITUAYN, identificado con DNI N° 72174516 y fecha de nacimiento 26/07/1992. Certifico haber sido informado y acepto el procedimiento para la toma de muestra de orina, así como también doy mi consentimiento para la investigación de drogas de abuso por parte del laboratorio SYNLAB PERÚ S.A.C. SYNLAB PERÚ S.A.C queda autorizado para:

- Entregar los resultados únicamente a mi persona
 Entregar los resultados a: _____ (Identificar a la persona designada con indicación de su DNI) DNI: _____
 Entregar una copia de los resultados a la Empresa para la cual trabajo o postulo si ésta fuera la solicitante del presente estudio:
 ✓ Nombre de la Empresa: Panolsa
 ✓ Dirección: Faucett

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: fub

✓ Fecha: 17/01/2022

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

SECCIÓN 2. INFORMACION DE LA PRUEBA
MOTIVO DE LA PRUEBA

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

INDICAR DROGAS A ANALIZAR

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

RESPECTO AL KIT DE ANALISIS*

Nº Lote:

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

Fecha de vencimiento:

SECCIÓN 3. INFORMACION DEL MUESTREADOR – TESTIGO

Nombres y Apellidos Vanesa Pineda Nº de DNI 0033199887

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

NOTA:

Firma Vh

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:	
	Firma: Nombre:	Firma: Nombre:	

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

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

POSITIVA

NEGATIVA

Es positiva para los siguientes analitos:

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

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

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

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

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

CONFIDENCIAL, NO DEBE SER FOTOCOPIADO SIN PERMISO DEI | ÍNDICE DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA | PPE-F01-V.01