

Historia Clínica N°	PQ4413-000005			Fecha	Día	13	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		ROXANA YULISA SILVA CHAVEZ										
Fecha de nacimiento		Día	14	Mes	03	Año	1997					
Edad	24	años										
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)					PER 75915718							
Domicilio fiscal												
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje		MZ N1 LTE 1										
Número/Departamento/Interior			-			Urbanización			AMPLIACION VILLAMOTO			
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		ROXANASILVA1403@GMAIL.COM					Teléfono			927308711		
Estado Civil		SOLTERO					Grado de instrucción			SECUNDARIA COMPLETA		
Nº total de hijos vivos		1					Nº de dependientes			1		
III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES												
EMPRESA	Área de trabajo		Ocupación			Fecha		Tiempo	Exposición ocupacional		EPP	
CONFITECA DEL PERÚ	PRODUCCION		OPERARIO DE PRODUCCION			I	Feb 2019	X	posturas, caídas, disergonomicos, movimientos repetitivos, ruido, polvo, cargas		botas, lentes, ropa, mascarilla, tapones auditivos, guantes	
						F	Ene 2022					
						I						
						F						
						I						
						F						
						I						
						F						
						I						
						F						
						I						
						F						
IV . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES												
Alergias	-	Diabetes	-	TBC	-	Hepatitis :	-					
Asma	-	HTA	-	ITS	-	Tifoidea	-					
Bronquitis	-	Neoplasia	-	Convulsiones	-	Otros	-					
Quemaduras	-											
Cirugías	X			Intoxicaciones	-	RAM	-					
CIRUGIA POR CHALAZION BILATERAL - 2020 - POLICLINICO EMANUEL												
Descripción												

Antecedentes Ginecológicos:

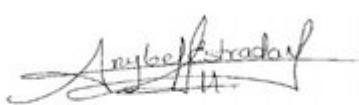
Fecha ultima Regla	20/12/21	Gestaciones	1	Hijos vivos	1	Hijos muertos	0
Régimen Catamenial	IREGULAR	Método anticonceptivo	NIEGA				
Hábitos nocivos	Type	Cantidad	Frecuencia				
Alcohol	NIEGA	NIEGA	NIEGA				
Tabaco	NIEGA	NIEGA	NIEGA				
Drogas	NIEGA	NIEGA	NIEGA				
Medicamentos	NIEGA						

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)	154	Peso (Kg)	58	IMC	24.46	Perímetro abdominal	88		
	Fr. Resp.	17	F. Card.	59	PA	100 / 60	PAmed	73.33		
	Otros	S O2 100 %	FUR: 20/12/21							
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	20/25	OI	20/25	Con correctores	OD		OI
		Fondo de ojo	OD	NO REALIZADO	OI	NO REALIZADO	Visión de colores	OD	NORMAL	OI
		Visión de profundidad			NORMAL					
		Exámen ocular externo			OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION					
Oidos	X									
Nariz	X									
Boca	X									
Faringe	X									
Laringe	X									
Cuello	X									
Aparato Respiratorio	X									
Aparato Cardiovascular	X									
Aparato Genitourinario	X									
Aparato Locomotor	X									
Marcha	X									
Columna	X									
Abdomen	X									
Hernias	X									
Tacto Rectal		DIFERIDO								
Lenguaje	X									
Ganglios	X									
Varices	X									
Reflejos Osteotendinosos	X									
Miembros superiores	X									
Miembros inferiores	X									
Sistema linfático	X									
Sistema nervioso	X									
					 Dra. Yerussa Paredes García Urrutia Médico Cirujano CMP 69925 DOKTUZ					
Nombre, Firma del Trabajador					Nombre, Firma y Sello del Médico Evaluador					

VII . CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA							
APTO							
VIII . CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS							
TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL							
IX . HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO							
HIPERTRIGLICERIDEMIA							
X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA							
NO APLICA							
XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA							
NO APLICA							
XII . OTROS							
XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL							
1				P	D	R	CIE-10
2				P	D	R	
3				P	D	R	
4				P	D	R	
5				P	D	R	
OTROS DIAGNÓSTICOS							
6	AMETROPIA LEVE NO CORREGIDA			P	D	R	H52.X
7	EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE NUTRICION: IMC NORMAL			P	D	R	Z13.2
8	BRADICARDIA, NO ESPECIFICADA			P	D	R	R00.1
9	TIÑA DE LAS UÑAS DE LOS PIES			P	D	R	B35.1
10	DEFORMIDAD DE PIERNAS EN VALGO			P	D	R	M21.0
11	TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL			P	D	R	Z04.9
12	HIPERTRIGLICERIDEMIA			P	D	R	E78.1
APTO	X	APTO CON RESTRICCIONES		NO APTO			
XIV . RECOMENDACIONES							
<ul style="list-style-type: none"> - SE LE SUGIERE USO DE LENTES CORRECTORES Y EL 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. - SE LE ENCONTRÓ LA FRECUENCIA CARDIACA POR DEBAJO DEL PROMEDIO. SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL ANUAL POR CARDIOLOGÍA. - EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIÓ ALTERACIÓN EN LAS UÑAS DEL PIE. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR DERMATOLÓGIA. - SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. - SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO. - ACUDE POR ESPECIALIDAD: SE INDICA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y DIETA. REEVALUACION 15/04/2022 							
  <p>Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra Médico Evaluador CMP 70087 DOKTUS</p>							
Nombre, Firma y Sello del Médico Ocupacional							

**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL
PREOCUPACIONAL**

APELLIDOS Y NOMBRES		SILVA CHAVEZ ROXANA YULISA	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD			
DNI (<input checked="" type="checkbox"/>)	C.E. (<input type="checkbox"/>)	PER 75915718	
EDAD	24 años		
GÉNERO	FEMENINO		
PUESTO AL QUE POSTULA (SOLO PRE OCUPACIONAL)		AYUDANTE DE PRODUCCION	
EMPRESA		SEDE O PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

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

		RESTRICCIONES
APTO	X	
APTO CON RESTRICCIÓN		
NO APTO		MOTIVO DE OBSERVACIÓN, NO APTITUD O APTITUD NO DETERMINADA:
OBSERVADO		

FECHA DEL EXAMEN 13-01-2022




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:	SILVA CHAVEZ ROXANA YULISA		
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
TIPO DE EVALUACION:	PREOCUPACIONAL		
PUESTO	AYUDANTE DE PRODUCCION	AREA DE TRABAJO	OPERACIONES
FECHA DE EVALUACIÓN	13-01-2022	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL
FECHA DE EMISIÓN	13-01-2022		
DNI:	75915718	EDAD:	24 años
SEXO:	FEMENINO	HISTORIA CLÍNICA	PQ4413-000005

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO

Hemoglobina:	13.5 g/dL	Grupo y Factor:	O Positivo	Orina Completa:	NORMAL
Glucosa:	82 mg/dL	Colesterol:	148 mg/dL	Triglicéridos	228.9 mg/dL
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA	PSA:	NO APLICA

TRIAJE

Talla: 154 cm. **Peso:** 58 kg. **IMC:** 24.46 kg/m²
Presión Arterial: 100/60 mmHg. **Frec. Respiratoria:** 17 x minuto. **Frec. Cardiaca:** 59 x minuto.

CONCLUSIÓN

- 1.- AMETROPIA LEVE NO CORREGIDA
 - 2.- EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE NUTRICION: IMC NORMAL
 - 3.- BRADICARDIA, NO ESPECIFICADA
 - 4.- TIÑA DE LAS UÑAS DE LOS PIES
 - 5.- DEFORMIDAD DE PIERNAS EN VALGO
 - 6.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL
 - 7.- HIPERTRIGLICERIDEMIA

RECOMENDACIONES

- 1.- SE LE SUGIERE USO DE LENTES CORRECTORES Y EL CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.
 - 2.- DEBE LLEVAR UNA DIETA SALUDABLE Y REALIZAR EJERCICIO FÍSICO DIARIO POR 30 MINUTOS PARA MANTENER SU PESO ACORDE A SU TALLA.
 - 3.- SE LE ENCONTRÓ LA FRECUENCIA CARDIACA POR DEBAJO DEL PROMEDIO. SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL ANUAL POR CARDIOLOGÍA.
 - 4.- EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIÓ ALTERACIÓN EN LAS UÑAS DEL PIE. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR DERMATOLOGÍA.
 - 5.- SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.
 - 6.- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.
 - 7.- ACUDE POR ESPECIALIDAD: SE INDICA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y DIETA. REEVALUACION 15/04/2022



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra
Médico Evaluador
CMP 70087
DOKTUZ

Firma y Sello del Responsable de Revisión



Tesalia Medical S.A.C.

RUC: 20600751639

Doktuz

Tesalia Medical S.A.C.
RUC: 20600751639

HOJA DE INTERCONSULTA

Paciente : SILVA CHAVEZ ROXANA YULISA
 Edad : 24
 Empresa : PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C
 Puesto al que postula : AYUDANTE DE PRODUCCION

Fecha

13-01-2022

Especialidad a la que se Consulta: ENDOCRINOLOGIA

Motivo de Consulta

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 24 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS CONOCIDOS, ASINTOMATICO, QUIEN CUENTA CON TRIGLICERIDOS 228.9 MG/DL. ADICIONAL, IMC 24.46 KG/M2
 SE SOLICITA EVALUACION Y MANEJO POR SU ESPECIALIDAD.

CIE : 10
 E78.1

Diagnóstico
HIPERTRIGLICERIDEMIA

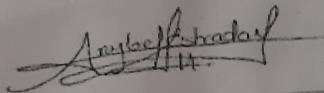
Médico Evaluador:

Nombre Completo:
ESTRADA VIZCARRA ANYBEL ROXANA

CMP: 70087

RNE:

Firma y Sello


 Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra
 Médico Evaluador
 CMP 70087
 DOKTUZ

RESPUESTA A LA INTERCONSULTA

Evaluación

Diagnóstico

Hiperlipidemia

Indicaciones Médicas y Conclusión

Asociado - Dato

Restricciones Laborales

Sin restricciones para labores (optimo)

CIE : 10

Fecha de Reevaluación

15-04-72

NO APTO ()

APTITUD: APTO ()

Médico Especialista:

Nombre Completo:

CMP:

Firma y Sello

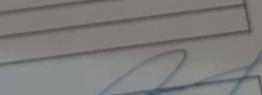
RNE:

009949

Anybel Roxana Vizcarra

024223

15-01-22


 Dr. ABUID TICONARAY
 ENDOCRINOGIA
 CMP. 009944 RNE. 024223



Tesalia Medical S.A.C.

RUC: 20600751639



VIDASALUD

CENTRO MEDICO

AV. TUPAC AMARU LA MERCED - COMAS
CEL: 968812582

Rp. Silvia Chaves Roxana Yelisa

- Horneal 2009
Mas de 24 u x dias
(as area)
Datos: Hipotensionica
Hiperoidicas
Hipo glicosa

DOC. ABUID TICONA JUAN
ENDOCRINOLOGIA
CMP. 009944 RNE. 024223

Fecha: 15/01/22

Firma

INTERCONSULTA

F (X) M ()

Fecha 13-01-2022

EDENTES PATHOLOGICOS CONOCIDOS, ASINTOMATICO,
C 24.46 KG/M2

CIE : 10
E78.1

rodrig

Silvia Vizcarra
Firmante

TERCONSULTA

CIE : 10

Diagnóstico
Hiperlipidemia

Indicaciones Médicas y Conclusión

Horneal 2009 - Datos

Restricciones Laborales

Sin restricciones para laborar (optivo)

Fecha de Reevaluación 15-04-22

APTITUD: APTO () NO APTO ()

Médico Especialista:

Nombre Completo:

CMP:

Firma y Sello

Endocrin

Abuid Ticona Juan

RNE: 024223

DOC. ABUID TICONA JUAN
ENDOCRINOLOGIA
CMP. 009944 RNE. 024223

Fecha y Hora de la Evaluación

15-01-22

EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES SILVA CHAVEZ ROXANA YULISA EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.
 EDAD 24 FECHA: 13-01-2022
 OCUPACIÓN AYUDANTE DE PRODUCCION LENTES: NO USA
 FECHA ULTIMO CAMBIO _____

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

ANTECEDENTES OCULARES PERSONALES: REFIERE CIRUGIA DE CHALAZION HACE 2 AÑOS
 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	20/25	20/25			20/20	20/20
BINOCULAR	20/20					

REFLEJOS PUPILARES

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

FONDO DE OJO

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

TONOMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

CAMPIMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

OTRAS EVALUACIONES:

NO APLICA

DIAGNÓSTICOS:

(H52.X) AMETROPÍA LEVE NO CORREGIDA



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

Nombre, Firma y Sello del Evaluador

Firma y Sello del Médico

INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

I.- DATOS GENERALES

PACIENTE	SILVA CHAVEZ ROXANA YULISA	EDAD	24
LUGAR DE NACIMIENTO	Lima Lima	F. NACIMIENTO	14-03-1997
LUGAR DE RESIDENCIA	MZ N1 LTE 1	F. EVALUACIÓN;	13-01-2022
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	GRADO DE INSTRUCCIÓN	SECUNDARIA COMPLETA
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
ESTADO CIVIL	SOLTERO		

II. - MOTIVO DE EVALUACIÓN: PREOCUPACIONAL

III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS:

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

IV.- RESULTADOS DE EVALUACION

1. Nivel Intelectual:	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. ES PROACTIVA, PUNTUAL, SE ESFUERZA POR REALIZAR SUS LABORES DE MANERA EFICAZ, INNOVADORA Y SE MUESTRA MOTIVADA A CONTINUAR CON SUS LABORES. NO EVIDENCIA INDICADORES HASTA LA FECHA.
2. Área Emocional :	ESTABLE
3. Ansiedad:	AUSENTE

VI.-RECOMENDACIONES

1. SE SUGIERE CONTROL ANUAL EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA.
2. 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: SILVA CHAVEZ ROXANA YULISA EDAD 24 SEXO FEMENINO
 EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C PUESTO AYUDANTE DE PRODUCCION FECHA 13-01-2022

ACTIVIDAD LABORAL:	De pie			PRESENTA DOLOR	NO			
EVALUACIÓN ESTÁTICA								
SEGMENTOS		CARACTERÍSTICAS QUE PRESENTA						
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		Valgo				
Pie	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Cavo	No	Plano	No			
MOVILIDAD - DOLOR								
Columna vertebral	Flexión	Extensión	Lateralización Derecha	Lateralización Izquierda	Rotación derecha	Rotación izquierda	Limitación Funcional	Irradiación
Cervical	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no
Dorsal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no
Lumbar	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no
Puebla de Adams	Negativo							
EXPLORACIÓN								
Test específicos		+/-						
LASSEGUE	Derecho	-						
	Izquierdo	-						
SCHOBER	-							
PALPACIÓN								
Columna vertebral	Apófisis espinosas dolorosas			Contractura muscular				
Cervical	-			-				
Dorsal	-			-				
Lumbar	-			-				

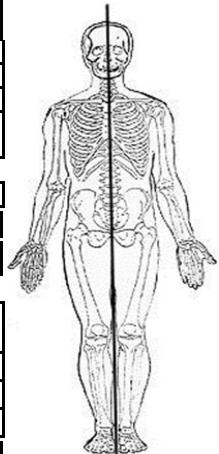
Articulación	Abducción	Adducción	Flexion	Extensión	Rot. Ext.	Rot. Int.	limitación funcional	Irrad.	Alt. Masa Muscular
Hombro	Der.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Codo	Der.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Muñeca	Der.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Cadera	Der.	0	0	0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

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

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

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

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



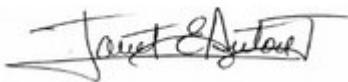
EXTREMIDADES

M21.0	DEFORMIDAD DE PIERNAS EN VALGO
Recomendaciones	SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.
OTROS	



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo
Terapia Física
CTMP 10444
DOKTUZ

Nombre y Firma del Evaluador



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo
Terapia Física
CTMP 10444
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

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

FICHA MUSCULO ESQUELETICA POR MÉDICO

N° DE HISTORIA CLINICA	PQ4413-000005			DNI	PER 75915718
APELLIDOS Y NOMBRES	SILVA CHAVEZ ROXANA YULISA			SEXO	FEMENINO
TIPO DE EXAMEN:	PREOCUPACIONAL				
FECHA DEL EXAMEN	13-01-2022				

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 Frinkelstein	Der	-	Hallux Valgus	Der	-
	Izq	-		Izq	-

COLUMNA VERTEBRAL

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

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

EJE LATERAL

Eje lateral	Normal	Derecha	Izquierda
Dorsal	X		
Lumbar	X		

EXAMEN FÍSICO

MOVILIDAD - DOLOR

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

PALPACIÓN (Marque con una X)

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

MANIOBRA RADICULO /DISCOPASTÍAS

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

REFLEJOS

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

 Mutilación de Miembro NO

III. N° 3: Comentarios.

DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES

IV. N° 4: Diagnóstico

Z04.9 EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL

V. N° 5: Recomendaciones

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

Dra. Yerussa Paredes García Urrutia
Médico Cirujano
CMP 69925
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

INFORME RADIOGRÁFICO

PACIENTE: SILVA CHAVEZ ROXANA YULISA

EMPRESA: PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

EDAD: 24

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, 13 de Enero del 2022

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

Firma y Sello del Médico

Paciente:	SILVA CHAVEZ ROXANA YULISA		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	24 años
Fecha:	13-01-2022	Historia Clínica:	PQ4413-000005

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

BIOQUIMICA

GLUCOSA BASAL	82	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	148	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	228.9	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:	SILVA CHAVEZ ROXANA YULISA		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	24 años
Fecha:	13-01-2022	Historia Clínica:	PQ4413-000005

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

HEMATOLOGIA

GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

O
Positivo
NORMAL

6.05 $\times 10^3/\mu\text{L}$

4.5 - 11

FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

54.5 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

2.1 %

0 - 3

BASOFILOS %

0.5 %

0 - 1

MONOCITOS %

7.9 %

3 - 6

LINFOCITOS %

35 %

24 - 44

SEGMENTADOS

3.29 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

0.13 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

0.0 - 0.7

BASOFILOS

0.03 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

(0 - 0.09)

MONOCITOS

0.48 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

2.12 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

4.55 $\times 10^6/\mu\text{L}$

4 - 4.9

HEMOGLOBINA

13.5 g/dL

12.0 - 16

HEMATOCRITO

39.4 %

36 - 46

VCM

86.6 μm^3

80.0 - 100

HCM

29.7 pg

26 - 34

CHCM

34.3 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

314 $\times 10^3/\mu\text{L}$

150.0 - 350

OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	SILVA CHAVEZ ROXANA YULISA			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO		Edad:	24 años
Fecha:	13-01-2022	Genero:		FEMENINO
	Historia Clínica:		PQ4413-000005	

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

URIANALISIS

CUERPOS CETONICOS	Negativo	0	-	14
EXAMEN COMPLETO DE ORINA	NORMAL			
EXAMEN FISICO:				
COLOR	Amarillo			
ASPECTO	Turbio			TRANSPARENTE
EXAMEN QUIMICO:				
DENSIDAD	1.015	1.005	-	1.030
pH	6	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 Abundantes			
LEUCOCITOS	2 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:	SILVA CHAVEZ ROXANA YULISA		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	24 años
Fecha:	13-01-2022	Genero:	FEMENINO

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:	SILVA CHAVEZ ROXANA YULISA		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	24 años
Fecha:	13-01-2022	Genero:	FEMENINO

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

FARMACOS Y TOXICOS

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



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

FIRMA



SILVA CHAVEZ ROXANA YULISA

PER 75915718

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



RUTA N

Preocupacional

DNI	75915718	FECHA	13-01-2022
EDAD	24	PERFIL	OPERATIVO 2 -NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4413-000005	SEXO	FEMENINO
HORA DE INICIO EMO	07:25:46	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE		J.L.	
TECNOLOGÍA MÉDICA	Lic. Antón Jabo Janet Elizabeth Tecnólogo Médico C.T.M.P. 10444		Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL	JESÚS RÁFAEL SÁNCHEZ URIBIA MÉDICO CIRUJANO C.M.P. 63925		Examen Medico
PSICOLOGÍA		S.B.	BARSIT Examen Psicologico
OFTALMOLOGÍA		A.S.	Examen Oftalmológico Ocupacional
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES		M.A.	Radiografía de Tórax
LABORATORIO		M.S.	HCG CUALITATIVO (PRUEBA DE EMBARAZO), COLESTEROL TOTAL, ORINA, EXAMEN COMPLETO, Glucosa Ayunas, GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH, HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO, TRIGLICÉRIDOS, COCAÍNA CUALITATIVA, EXAMEN (MARIHUANA) CUALITATIVO
EXAMENES PENDIENTE			Fecha Programada:
EXAMENES COMPLETADOS		Sello: Iniciales: Fecha:	

TRIAJE							
Peso	- 58	Talla	- 154	IMC	-	P. Abdominal	- 88
P.A. Sistólica	- 100	P.A. Diastólica	- 60	F. Cardiaca	- 59	F. Respiratoria	- 17
Temperatura	- 35.9	Sat. O2	- 100				
Cintura	- 77	Cadera	- 96	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 92	P.T. Inspiración	- 97	P.T. Reposo	- 93		

CREADO POR: VELA SANCHEZ GUADALUPE FECHA: 13-01-2022 HORA: 07:24:23

V01



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

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICAS

Yo, SILVA CHAVEZ ROXANA YULISA Identificado con D.N.I
 N° PER 75915718 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 13-01-2022:

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 75915718
 Fecha: 13-01-2022



Firma Electrónica del paciente
 DNI: PER 75915718
 Fecha: 13-01-2022



Huella Digital del Paciente
 DNI: PER 75915718
 Fecha: 13-01-2022



Huella Electrónica del paciente
 DNI: PER 75915718
 Fecha: 13-01-2022

V01



 <p>Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751639</p>	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: ROXANA YULISA SILVA CHAVEZ
 Fecha de Declaración: 13-01-2022
 DNI: PER 75915718

Firma del paciente




HUELLA DEL PACIENTE

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, SILVA CHAVEZ ROXANA YULISA, identificado (a) con DNI N° PER 75915718, 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:

FECHA : 13 / 01 / 22
DIA MES AÑO

V01



Firma





Doktuz Tésalia Medical S.A.C. RUC: 20500751639	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, SILVA CHAVEZ ROXANA YULISA de 24 años de edad
 trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado
 con D.N.I/Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 75915718
 domiciliado en MZ N1 LTE 1:

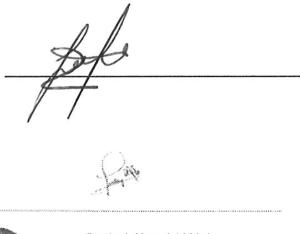
Declaro haber sido evaluado/a e informado/a respecto a la evaluación médica ocupacional a la cual me someteré, la cual puede incluir: examen clínico, exámenes de laboratorio, audiometría, electrocardiograma, espirometría, placas radiográficas, examen psicológico, examen odontológico, examen oftalmológico, 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: SILVA CHAVEZ ROXANA YULISA
 DNI: PER 75915718
 Fecha de Autorización: 13-01-2022

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Dra. Ludy Murguía Valdivia
Coordinadora de Información - Auditora
CNP 65723 - RINA 049081
DOKTUZ SAC

Firma y sello del médico
V01



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

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

Fecha de Consentimiento: 13-01-2022

DNI: PER 75915718

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Dra. Ludy Murguia Valdivia
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora
CIP-F-022-MINSA-DGSPV.02
DOKTUS SAC

Firma y sello del médico

V01



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

Nombre Completo: SILVA CHAVEZ ROXANA YULISA	Fecha: 13-01-2022
	DNI: PER 75915718

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

si	no	
X		Enfermedades renales
X		Accidente cerebro vascular (derrame)
X		Isquemia o infartos
X		Hipertensión arterial
X		Arritmias o enfermedades cardíacas
X		Alergia a medicamentos
X		Palpitaciones
X		Enfermedades oculares como glaucoma o catarata.
X		Visión monocular (con un sólo ojo)
X		Enfermedad de la tiroideas
X		Diabetes
X		Gota
X		Lupus
X		Enfermedades articulares (artritis, artrosis)
X		Reumalismo
X		Enfermedad de la piel
X		Hernia abdominal
X		Hernia Inguinal
X		Enfermedades del hueso
X		Hemofilia
X		Desórdenes de la coagulación
X		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
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 69975
Firma y sello del Médico Evaluador



**FICHA DE FILIACIÓN
LLENAR ESTA FICHA EN LETRA IMPRENTA**Empresa: PANTISANombres: ROXANA YULISAApellidos: SILVA CHAVEZTipo de Documento: DNI () C.E. () Pasaporte () Número: 75915718Sexo: Masculino () Femenino () Fecha de Nacimiento: 14 / 03 / 1997Edad: 24 Celular: 927 308 771Estado Civil: Soltero () Casado () Divorciado () Viudo () Conviviente ()Grado de Instrucción: Analfabeto () Primaria completa () Primaria incompleta ()Secundaria completa () Secundaria incompleta () Técnica completa ()Técnica incompleta () Universitario incompleto () Universitario completo ()Puesto de trabajo: OPERARIA DE PRODUCCIÓN

Profesión u Ocupación: _____

Correo electrónico: ROXANA SILVA 1403 @ GMAL.COM**Lugar de Residencia Actual**Dirección: M2N1 LT1 AMPLIACIÓN UTHIAMOTOTipo de Seguro: ESSALUD () SIS () EPS () SCTR () OTROS ()**Cláusula de aceptación de términos y condiciones del servicio Doktuz App**

Mediante el presente documento declaro haber leido, comprendido y aceptado los términos y condiciones de uso de la aplicación DOKTUZ APP los cuales se encuentran en el siguiente enlace: <https://www.doktuz.com/terminos-y-condiciones>

Acepto () No Acepto ()**Cláusula de consentimiento para el tratamiento de datos personales por parte TESALIA MEDICAL S.A.C.
para el envío de resultados por correo electrónico**

De conformidad con la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento N° 003-2013-JUS en los términos vigentes de ambas, el titular de los datos personales anteriormente mencionados, queda informado/a que sus datos personales pasarán a formar parte del Banco de Datos Personales "Salud ocupacional" de titularidad de Tesalia Medical S.A.C. con domicilio legal en Av. La Marina N°3299 - San Miguel, provincia y departamento de Lima.

Acepto () No Acepto ()Fecha: 13/01/2022Firma: [Firma]

El banco de datos personales "pacientes afiliados" se encuentra debidamente inscrito en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales, con la finalidad de prestar servicios de:

- Almacenamiento de información y tratamientos de datos.
- Medio de contacto con médicos y pacientes a nivel nacional e internacional.
- Publicación de materiales de prevención y promoción de salud.

Dicho tratamiento de datos personales se da mediante autorización () en el formulario de solicitud de inscripción, nosotras ofrecemos la prestación de los servicios indicados. Asimismo, por medio de la presente cláusula se otorga un consentimiento de manera expresa, libre, previa e informada a Tesalia Medical S.A.C. para el tratamiento de los datos personales que se han brindado en el formulario de inscripción, por lo tanto se podrá transferir, procesar, publicar, almacenar y efectuar cualquier otro proceso que se entienda como tratamiento de datos personales tanto en el Perú como en el extranjero, Sudamérica, Centro América y Norte América.

Los datos personales proporcionados podrán ser transferidos a terceros (nacionales o extranjeros) con la finalidad de ampliar o mejorar los servicios que proporciona Tesalia Medical S.A.C. a los pacientes, doctores e instituciones de salud afiliadas, excepto los datos del historial clínico del paciente.

El titular de los datos personales autoriza a Tesalia Medical S.A.C. a conservar sus datos personales durante y después de finalizada la relación contractual (vigencia "activa" desusperíenes en portal www.doktuz.com), para el cumplimiento de las obligaciones legales pertinentes (20 años después del término de la relación contractual) y para que pueda recibir información publicitaria y ofertas comerciales, dentro de los límites legales permitidos.

Se informa que sus derechos de información, acceso, rectificación, cancelación y oposición los podrá ejercer de forma gratuita a través de nuestro canal soporte@doktuz.com. El titular de los datos personales responderá la veracidad de los datos personales que ha proporcionado, reservándose Tesalia Medical S.A.C. el derecho a excluir o cancelar las denuncias respectivas, en caso de constatar la falsedad o inexactitud de los mismos. Tesalia Medical S.A.C. ha adoptado los niveles de seguridad para la protección de los Datos Personales legalmente requeridos. No obstante, el titular de los datos personales debe ser consciente de que dichas medidas en Internet no son inexplicables.



Doktuz

Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres:

Silvia Chávez Roxana Yunes

DNI: 75915418

ANTECEDENTES LABORALES



FECHA: 12/01/2022

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)	OCUPACIÓN 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	AÑOS:
1	COMPTECA DCL PERÚ	SELECCIÓN DE CARAMELO	FABRICACIÓN DE PRODUCCIÓN	OPERARIA DE PRODUCCIÓN	12/02/2019 2022	3 MESES:	RUIDO	LENTES	MASCARILLA
2					10/01/2022	3 MESES:	BIOLÓGICOS	OTROS:	TAPONES / OREJERAS
3	ESPARAGO	SELECCIÓN	-	OPERA DE PRODUCCIÓN	AÑO SALIDA MESES:	POLVO RUIDO	GUANTES LENTES	MASCARILLA	TAPONES / OREJERAS
4					AÑO INICIO MESES:	QUÍMICOS BIOLÓGICOS	OTROS:	DISERGONÓMICO	DISERGONÓMICO
5					AÑO SALIDA MESES:	QUÍMICOS BIOLOGICOS	OTROS:	DISERGONÓMICO	DISERGONÓMICO
6					AÑO INICIO MESES:	POLVO RUIDO	GUANTES LENTES	MASCARILLA	TAPONES / OREJERAS

Ventura Parra García Urutia
MEDICO RENAN
C.M.A. 0405

Firma del Médico



[Signature]
Firma del Trabajador



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION DE DROGAS DE ABUSO

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

Yo, ROXANA SILVA CHAVEZ, identificado con DNI N° 75915418 y fecha de nacimiento 10/03/1984. Certifico haber sido informado y acepto el procedimiento para la toma de muestra de orina, así como también doy mi consentimiento para la investigación de drogas de abuso por parte del laboratorio SYNLAB PERÚ S.A.C. SYNLAB PERÚ S.A.C queda autorizado para:

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

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: Rox

Fecha: 13/01/2022

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: _____

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 Melvin Guevara N° de DNI 75110632

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

NOTA: _____

Firma Melvin Guevara

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

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

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

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

POSITIVA

NEGATIVA

Es positiva para los siguientes analitos: _____

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

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

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

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

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

CONFIDENCIAL, NO DEBE SER FOTOCOPIADO SIN PERMISO DEL LÍDER DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA DE SYNLAB PERÚ S.A.C.