

Historia Clínica N°	PQ4412-000083			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		BRYAN PIERRE RODERIC CLARES HUARANDA										
Fecha de nacimiento		Día	14	Mes	09	Año	1991					
Edad	30	años										
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)					PER 47301971							
Domicilio fiscal												
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje		ASENT.H LUIS PARDO MZ.A LOTE 4										
Número/Departamento/Interior			-			Urbanización			-			
Distrito	CERCADO DE LIMA		Provincia	LIMA		Departamento	LIMA					
Residencia en lugar Trabajo		SI		NO	X	Tiempo de residencia en Lugar de trabajo						años
ESSALUD	X	EPS	-	OTRO		SCTR		-	OTRO	-		
Correo electrónico			BRYAN_CHPR@HOTMAIL.COM				Teléfono			943369215		
Estado Civil			SOLTERO				Grado de instrucción			SECUNDARIA COMPLETA		
Nº total de hijos vivos			2				Nº de dependientes			2		
III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES												
EMPRESA	Área de trabajo		Ocupación			Fecha	Tiempo	Exposición ocupacional		EPP		
NESTLE PERÚ	PRODUCCION		OPERARIO DE PRODUCCION			I	Mar 2020		polvo, ruido, posturas, caídas, disergonómicos, movimientos repetitivos, turnos nocturnos		mascarilla, casco, orejeras, tapones auditivos, guantes, lentes, ropa, botas	
						F						Oct 2021
						I						
						F						
						I						
						F						
						I						
						F						
						I						
						F						
						I						
						F						
IV . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES												
Alergias	-	Diabetes		-	TBC	-	Hepatitis :	-				
Asma	-	HTA		-	ITS	-	Tifoidea	-				
Bronquitis	-	Neoplasia		-	Convulsiones	-	Otros	-				
Quemaduras	-											
Cirugías					Intoxicaciones	-	RAM	-				
Descripción												
Hábitos nocivos	Tipo			Cantidad			Frecuencia					

Alcohol	CERVEZA	1-2	POCO
Tabaco	CIGARRILLO	1-2 UND MENSUALE	POCO
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)	164	Peso (Kg)	66	IMC	24.54	Perímetro abdominal	90			
	Fr. Resp.	19	F. Card.	74	PA	90 / 60	PAmed	70			
	Otros	S O2 98 %	FUR: NO APLICA								
Ectoscopia	ABEG/ ABEH/ ABEN										
Estado mental	LOTEP										
EXAMEN FÍSICO											
Organo o Sistemas	Sin Hallazgos	Hallazgos									
Piel		TIBIA, HIDRATADA, ELASTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS NO LESIONES.									
Cabeza / Cabello	X										
Ojos y anexos		Ojos	OD	Normal	OI	Normal					
		Agudeza Visual Cerca	OD	20/20	OI	20/20	Con correctores	OD		OI	
		Agudeza Visual Lejos	OD	20/20	OI	20/20	Con correctores	OD		OI	
		Fondo de ojo	OD	NO REALIZADO	OI	NO REALIZADO	Visión de colores	OD	NORMAL	OI	NORMAL
		Visión de profundidad	NORMAL								
		Exámen ocular externo	OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION								
Oidos	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				
TRIGLICERIDOS EN LIMITE SUPERIOR EOSINOFILIA				
X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRICA				
NORMOACUSIA DE OIDO DERECHO CAÍDA MODERADA EN FRECUENCIA DE 8000 HERTZ DE OIDO IZQUIERDO				
XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRIA				
XII . OTROS				
RIESGO CORONARIO: 4 % - BAJO				
XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL				
1				P D R
2				P D R
3				P D R
4				P D R
5				P D R
OTROS DIAGNÓSTICOS				
6	CAÍDA MODERADA EN FRECUENCIA DE 8000 HERTZ DE OIDO IZQUIERDO			P D R H91.9
7	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE			P D R Z01.0
8	EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE NUTRICION: IMC NORMAL			P D R Z13.2
9	EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL			P D R Z04.9
10	TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL			P D R Z04.9
11	TRIGLICERIDOS EN LIMITE SUPERIOR			P D R E78.1
12	EOSINOFILIA			P D R D72.1
APTO	APTO CON RESTRICCIONES		NO APTO	
XIV . RECOMENDACIONES				
<ul style="list-style-type: none"> - SE LE SUGIERE USO ESTRICTO DE PROTECTOR AUDITIVO EN CASO DE RUIDO IGUAL O MAYOR A 85 DB DURANTE LA JORNADA LABORAL DE 8 HORAS. EVITE CONDUCTAS DE RIESGO EXTRALABORAL (USO DE AUDIFONOS). ACUDA A OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA. - SU AGUDEZA VISUAL ES OPTIMA. NO OLVIDE REALIZAR UN CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA. - DEBE LLEVAR UNA DIETA SALUDABLE Y REALIZAR EJERCICIO FÍSICO DIARIO POR 30 MINUTOS PARA MANTENER SU PESO ACORDE A SU TALLA. - SE LE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS REGULARES (30 MINUTOS DIARIOS Y 5 VECES POR SEMANA) Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. LE AYUDARÁN A PREVENIR MOLESTIAS OSTEOMUSCULARES. - SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO. - SE LE SUGIERE DIETA BAJA EN GRASAS SATURADAS Y ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR. REPITA EL EXAMEN EN 3 MESES. EVALUACIÓN Y MANEJO POR MEDICINA GENERAL. - LA ELEVACION DE EOSINOFILOS (EOSINOFILIA) SE PRESENTA EN CASOS DE ALERGIA O PARASITOSIS. SE LE SUGIERE CONSULTA POR MEDICINA GENERAL. 				
  <p>Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra Médico Evaluador CMP 70087 DOKTUZ</p>				
Nombre, Firma y Sello del Médico Ocupacional				

**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL
PREOCUPACIONAL**

APELLIDOS Y NOMBRES		CLARES HUARANDA BRYAN PIERRE RODERIC		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD				
DNI (<input checked="" type="checkbox"/>)	C.E. (<input type="checkbox"/>)	PER 47301971		
EDAD	30 años			
GÉNERO	MASCULINO			
PUESTO AL QUE POSTULA (SOLO PRE OCUPACIONAL)		AYUDANTE DE PRODUCCION		
EMPRESA		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C	SEDE O PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

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

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

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:	CLARES HUARANDA BRYAN PIERRE RODERIC					
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:	47301971	EDAD:	30 años	SEXO:	MASCULINO	HISTORIA CLÍNICA
						PQ4412-000083

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO							
Hemoglobina:	13.3 g/dL	Grupo y Factor:	A Positivo		Orina Completa:		NORMAL
Glucosa:	96 mg/dL	Colesterol:	190.8 mg/dL		Triglicéridos	156.2 mg/dL	
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA		PSA:	NO APLICA	

TRIAJE				
Talla:	164 cm.	Peso:	66 kg.	IMC: 24.54 kg/m ²
Presión Arterial:	90/60 mmHg.	Frec. Respiratoria:	19 x minuto.	Frec. Cardiaca: 74 x minuto.

<u>CONCLUSIÓN</u>	
1.- CAÍDA MODERADA EN FRECUENCIA DE 8000 HERTZ OIDO IZQUIERDO.	
2.- EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE	
3.- EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE NUTRICIÓN: IMC NORMAL	
4.- EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL	
5.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL	
6.- TRIGLICERIDOS EN LÍMITE SUPERIOR	
7.- EOSINOFILIA	

<u>RECOMENDACIONES</u>	
1.- SE LE SUGIERE USO ESTRICTO DE PROTECTOR AUDITIVO EN CASO DE RUIDO IGUAL O MAYOR A 85 DB DURANTE LA JORNADA LABORAL DE 8 HORAS. EVITE CONDUCTAS DE RIESGO EXTRALABORAL (USO DE AUDIFONOS). ACUDA A OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA.	
2.- SU AGUDEZA VISUAL ES OPTIMA. NO OLVIDE REALIZAR UN CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.	
3.- DEBE LLEVAR UNA DIETA SALUDABLE Y REALIZAR EJERCICIO FÍSICO DIARIO POR 30 MINUTOS PARA MANTENER SU PESO ACORDE A SU TALLA.	
4.- 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.- SE LE SUGIERE DIETA BAJA EN GRASAS SATURADAS Y ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR. REPITA EL EXAMEN EN 3 MESES. EVALUACIÓN Y MANEJO POR MEDICINA GENERAL.	
7.- LA ELEVACIÓN DE EOSINOFILOS (EOSINOFILIA) SE PRESENTA EN CASOS DE ALERGIA O PARASITOSIS. SE LE SUGIERE CONSULTA POR MEDICINA GENERAL.	



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra
Médico Evaluador
CMP 70087
DOKTUZ

Firma y Sello del Responsable de Revisión

EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

CLARES HUARANDA BRYAN PIERRE
 APELLIDOS Y NOMBRES _____ RODERIC _____ EMPRESA _____ PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.
 EDAD _____ 30 _____ FECHA: _____ 13-01-2022 _____
 OCUPACIÓN _____ AYUDANTE DE PRODUCCION _____ LENTES: _____ NO USA _____
 FECHA ULTIMO CAMBIO _____

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

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

EXAMEN OCULAR EXTERNO :

OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

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

REFLEJOS PUPILARES

OD: NORMAL		OI: NORMAL	
VISIÓN DE COLORES (TEST DE ISHIHARA)	NORMAL	RECONOCIMIENTO DE COLORES	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:

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



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

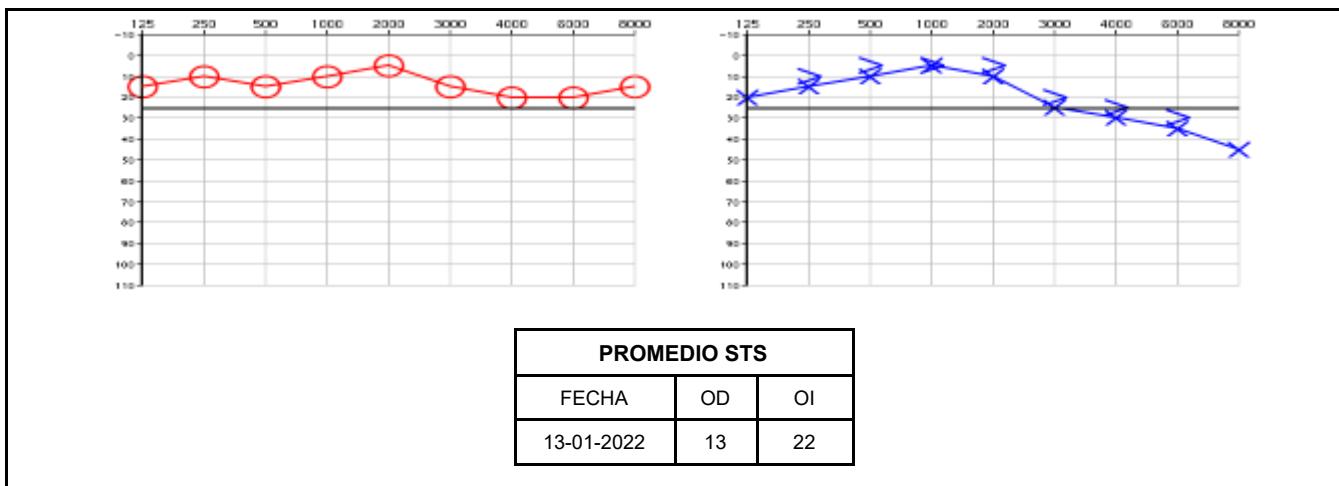
Nombre, Firma y Sello del Evaluador

Firma y Sello del Médico

FICHA AUDIOLÓGICA

Historia clínica	PQ4412-000083	Ficha audiológica				Audiometría	Marca: AMPLIVOX				
Fecha del Examen	13-01-2022	EXAMEN	Pre-ocupacional	<input checked="" type="checkbox"/>	Periodica			Modelo: 240			
			Retiro		Otro			Nº Serie: 31635 Fecha de Calibración de Equipo: 0000-00-00 Fecha de Calibración Biológica: 13-01-2022			
Nombres y apellidos		BRYAN PIERRE RODERIC CLARES HUARANDA									
Edad	30	Sexo	MASCULINO	Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C						
Ocupación	AYUDANTE DE PRODUCCION			Años de Trabajo	10A	Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d			8 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: H91.9 CAÍDA MODERADA EN FRECUENCIA DE 8000 HERTZ

Recomendaciones

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

SE LE SUGIERE USO ESTRICTO DE PROTECTOR AUDITIVO EN CASO DE RUIDO IGUAL O MAYOR A 85 DB DURANTE LA JORNADA LABORAL DE 8 HORAS. EVITE CONDUCTAS DE RIESGO EXTRALABORAL (USO DE AUDIFONOS). ACUDA A OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA.



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

Firma y Sello del Responsable de evaluación



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

Firma y Sello del Responsable de Revisión

INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

I.- DATOS GENERALES

PACIENTE	CLARES HUARANDA BRYAN PIERRE RODERIC	EDAD	30
LUGAR DE NACIMIENTO	Lima Lima Cercado de Lima	F. NACIMIENTO	14-09-1991
LUGAR DE RESIDENCIA	ASENT.H LUIS PARDO MZ.A LOTE 4	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	CI	90
2. Coordinación Visomotriz:	ADECUADO		
3. Nivel de Memoria:	CORTO PLAZO (ADECUADO)	MEDIANO PLAZO (ADECUADO)	LARGO PLAZO (ADECUADO)
4. Personalidad:	CON TENDENCIA A LA INTROVERSIÓN		
5. Afectividad:	ESTABLE		
7. Manejo de Factores Psicosociales en el trabajo :	NO SOLICITADO		

V.- CONCLUSIONES

1. Área Cognitiva:	CON CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN A NIVEL NORMAL PROMEDIO. SE MUESTRA COMO UNA PERSONA RESPETUOSO, COOPERAR CON LOS DEMÁS, PREPARADO PARA ADAPTARSE A LOS CAMBIOS CONSTANTES Y SE INVOLUCRA CON SU TRABAJO EQUIPO DE TRABAJO. NO EVIDENCIA INDICADORES HASTA LA FECHA.
2. Área Emocional :	ESTABLE
3. Ansiedad:	AUSENTE

VI.-RECOMENDACIONES

1. SE SUGIERE CONTROL ANUAL EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA.
2. SIGA MEJORANDO SU DISPOSICIÓN PARA EL TRABAJO EN EQUIPO Y FORTALECER LAS RELACIONES INTERPERSONALES ENTRE SUS COMPAÑEROS.

VII.- CONDICIÓN:

APTO




Lic. Isabel Gonzales Brair
Psicóloga
CPSP 6300
DOKTUS SAC

Firma y Sello del Responsable de la evaluación

FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: CLARES HUARANDA BRYAN PIERRE EDAD 30 SEXO MASCULINO
 RODERIC
 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											
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

SIGLOS Y SÍNTOMAS

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

EXIGENCIAS FÍSICAS

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

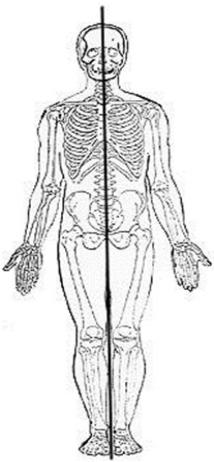
RESULTADOS

POSTURA	Óptima
---------	--------

CIE 10

DIAGNÓSTICO PARA COLUMNA VERTEBRAL

Z04.9	EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL
Recomendaciones	SE LE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS REGULARES (30 MINUTOS DIARIOS Y 5 VECES POR SEMANA) Y



EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. LE AYUDARÁN A PREVENIR MOLESTIAS OSTEOMUSCULARES.

EXTREMIDADES

Z04.9

EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL

Recomendaciones

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

OTROS



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo
Terapia Física
CTMP 10444
DOKTUZ

Nombre y Firma del Evaluador



Téc. Janet Elizabeth Anton Jabo
Terapia Física
CTMP 10444
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

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

FICHA MUSCULO ESQUELETICA POR MÉDICO

N° DE HISTORIA CLINICA

PQ4412-000083

APELLIDOS Y NOMBRES

CLARES HUARANDA BRYAN PIERRE RODERIC

DNI

PER 47301971

TIPO DE EXAMEN:

PREOCUPACIONAL

SEXO

MASCULINO

FECHA DEL EXAMEN

13-01-2022

I. N° 1: Riesgos

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

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

Horas /días	12H/4D
-------------	--------

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: CLARES HUARANDA BRYAN PIERRE RODERIC

EDAD: 30

SEXO: MASCULINO

EMPRESA: PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

PUESTO: AYUDANTE DE PRODUCCION

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:	CLARES HUARANDA BRYAN PIERRE RODERIC			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	30 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	13-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000083

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

BIOQUIMICA

GLUCOSA BASAL	96	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	190.8	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	156.2	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:	CLARES HUARANDA BRYAN PIERRE RODERIC			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO		Edad:	30 años
Fecha:	13-01-2022		Historia Clínica:	PQ4412-000083

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

HEMATOLOGIA

GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

A
Positivo
ANORMAL

6.44 $\times 10^3/\mu\text{L}$

4.5 - 11

FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

53.4 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

8.1 %

0 - 3

BASOFILOS %

0.5 %

0 - 1

MONOCITOS %

7.6 %

3 - 6

LINFOCITOS %

30.4 %

24 - 44

SEGMENTADOS

3.44 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

0.52 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

0.0 - 0.7

BASOFILOS

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

(0 - 0.09)

MONOCITOS

0.49 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

1.96 $\times 10^3 / \text{mm}^3$

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

4.35 $\times 10^6/\mu\text{L}$

4.5 - 5.5

HEMOGLOBINA

13.3 g/dL

13.5 - 17.5

HEMATOCRITO

38.8 %

41 - 53

VCM

89.2 μm^3

80.0 - 100

HCM

30.6 pg

26 - 34

CHCM

34.3 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

236 $\times 10^3/\mu\text{L}$

150.0 - 350

OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	CLARES HUARANDA BRYAN PIERRE RODERIC			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO		Edad:	30 años
Fecha:	13-01-2022	Genero:		MASCULINO
	Historia Clínica:		PQ4412-000083	

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

URIANALISIS

CUERPOS CETONICOS	Negativo	0	-	14
EXAMEN COMPLETO DE ORINA	NORMAL			
EXAMEN FISICO:				
COLOR	Amarillo			
ASPECTO	Transparente			TRANSPARENTE
EXAMEN QUIMICO:				
DENSIDAD	1.01	1.005	-	1.030
pH	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	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:	CLARES HUARANDA BRYAN PIERRE RODERIC			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	30 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	13-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000083

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

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

Preocupacional

DNI	47301971	FECHA	13-01-2022
EDAD	30	PERFIL	OPERATIVO 1-NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4412-000083	SEXO	MASCULINO
HORA DE INICIO EMO	07:05:52	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. 10484		Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL	 Dra. Yamileth S. Roussev MÉDICO CIRUJANO CAMP: 093923	PR	Examen Medico
PSICOLOGÍA		S.B.	BARSIT Examen Psicologico
OFTALMOLOGÍA		A. S.I.	Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA		D.O.	Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES		M.A.	Radiografía de Tórax
ESPIROMETRÍA			ESPIROMETRÍA
LABORATORIO		GD	COLESTEROL TOTAL, ORINA, EXAMEN COMPLETO, Glucosa Ayunas, GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH, HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO, TRIGLICÉRIDOS, COCAÍNA CUALITATIVA, EXAMEN (MARIHUANA) CUALITATIVO
EXAMENES PENDIENTE			Fecha Programada:
EXAMENES COMPLETADOS		Sello: Iniciales: Fecha:	

TRIAJE							
Peso	- 66	Talla	- 164	IMC	-	P. Abdominal	- 90
P.A. Sistólica	- 90	P.A. Diastólica	- 60	F. Cardiaca	- 74	F. Respiratoria	- 19
Temperatura	- 35.9	Sat. O2	- 98				
Cintura	- 85	Cadera	- 102	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 99	P.T. Inspiración	- 102	P.T. Reposo	- 100		

CREADO POR: VELA SANCHEZ GUADALUPE FECHA: 13-01-2022 HORA: 07:02:38

V01



 <p>Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751639</p>	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-006.02
	Título: CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO	Fecha de Emisión: 2017-MAY-16
		Página: 1 de 1

CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO

Yo, CLARES HUARANDA BRYAN PIERRE RODERIC, identificado (a) con DNI N° PER 47301971, 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:



Firma



FECHA 13 / 01 / 22

DIA MES AÑO

V01



 Tézalia 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, CLARES HUARANDA BRYAN PIERRE RODERIC de 30 años de edad
 trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado
 con D.N.I./Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 47301971
 domiciliado en ASENT.H LUIS PARDO MZ.A LOTE 4 :

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: CLARES HUARANDA BRYAN PIERRE RODERIC
 DNI: PER 47301971
 Fecha de Autorización: 13-01-2022

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Dra. Ludy Murquís Valdivia
 Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora
 C.M.P 45724 - R.N.A 04061
 DOKTUS SAC

Firma y sello del médico

V01



 <p>Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600731639</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. Nº 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:

CLARES HUARANDA BRYAN PIERRE RODERIC

Fecha de Consentimiento:

13-01-2022

DNI:

PER 47301971

Firma del paciente





Huella digital del paciente



Dra. Ledy Murgua Valdivia
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora
CMP 45722 RNA 04081
DOKTUS SAC

Firma y sello del médico

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, CLARES HUARANDA BRYAN PIERRE RODERIC Identificado con D.N.I
Nº PER 47301971 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 47301971
Fecha: 13-01-2022



Huella Digital del Paciente
DNI: PER 47301971
Fecha: 13-01-2022



Firma Electrónica del paciente
DNI: PER 47301971
Fecha: 13-01-2022



Huella Electrónica del paciente
DNI: PER 47301971
Fecha: 13-01-2022

V01



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

Nombre Completo: CLARES HUARANDA BRYAN PIERRE RODERIC	Fecha: 13-01-2022
	DNI: PER 47301971

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



Firma y sello del Médico Evaluador



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA EN LABORATORIO CLINICO

APELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO:

DNI, PAS O CE: 47301971

Clevers Huaranda Bryan Pierre R.

EDAD: 30 años

TELÉFONOS: 943369215

MENCIONE A CONTINUACIÓN SI ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO
(ENCIERRE EN UN CÍRCULO SU RESPUESTA)

SI

NO

NOMBRE (S) DEL MEDICAMENTO (S): _____

CERTIFICO QUE:

Conozco y entiendo satisfactoriamente el procedimiento que me han de practicar para la toma de muestras; me han aclarado las dudas, además soy consciente que existen riesgos durante el procedimiento; Tales como:

1. Sangrado excesivo
2. Desmayo o sensación de mareo
3. Hematoma (acumulación de sangre debajo de la piel)
4. Infección (menos frecuente y se presenta cuando hay ruptura excesiva de la piel).
5. Parestesia (sensación de hormigueo y/o corrientazo).

Acepto las indicaciones dadas por el personal encargado (Flebotomistas del Laboratorio Clínico) del procedimiento y acepto la total responsabilidad de los inconvenientes o consecuencias que surjan al no acatar dichas indicaciones y recomendaciones.

Informo que cumple con las condiciones pre analíticas necesarias para obtener un resultado confiable: SI NO

He sido informado que debo mantener mi brazo en reposo y si no hago una presión constante por un lapso de 5 a 10 minutos en la zona de punción venosa se podría producir un Hematoma.

Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que sea tomado el examen. Una vez entendido, autorizo que se me realice el procedimiento de toma y análisis de muestras, por lo tanto, firmo en constancia el presente documento.

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

Bryan

Firma del Paciente o Persona Responsable
Documento de Identidad: 47301971
Fecha: 13-01-2022

DESISTIMIENTO O REVOCACION

Yo, _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Firma del Paciente o Persona Responsable

Documento de Identidad: _____

Fecha: _____



**FICHA DE FILIACIÓN
LLENAR ESTA FICHA EN LETRA IMPRENTA**Empresa: PAMOLSANombres: Bryan Pierre RodericApellidos: Clares HuarandaTipo de Documento: DNI () C.E. () Pasaporte () Número: 47301971Sexo: Masculino () Femenino () Fecha de Nacimiento: 14/09/1991Edad: 30 Celular: 943369215Estado 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: Operario de Producción

Profesión u Ocupación: _____

Correo electrónico: Bryan-chpr @ hotmail.com**Lugar de Residencia Actual**Dirección: Luis Pardo Mza L74 Palomino cercadoTipo de Seguro: ESSALUD () SIS () EPS () SCTR () OTROS ()**Cláusula de aceptación de términos y condiciones del servicio Doktuz App**

Mediante el presente documento declaro haber leído, 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: Bryan

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 de exámenes de laboratorio.
- Medio de contacto con médicos y pacientes a nivel nacional e internacional.
- Publicación de mensajes de prevención y promoción de salud.

De conformidad con lo establecido en la legislación mencionada anteriormente, le informamos que no es necesario su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales, ya que la obtención de su consentimiento es voluntaria y libre, previa e informada a Tesalia Medical S.A.C. para el tratamiento de los datos personales que se tratan, sin limitación al momento de su 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 datos personales autoriza a Tesalia Medical S.A.C. a conservar sus datos personales durante y después de finalizada la relación contractual vigente "Activa" desuscripción o 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 le 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 datos personales responderá por la veracidad de los datos personales que proporciona, reservándose Tesalia Medical S.A.C. el derecho a excluir o realizar 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 inexpugnables.



Doktuz

Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres:

Clyres huancana Bryan Pierre Roderic DNI: 47301971

FECHA:

13-01-22

ANTECEDENTES LABORALES



Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres:

Clyres huancana Bryan Pierre Roderic DNI: 47301971

FECHA:

13-01-22

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Nº	EMPRESA (Nombre de la empresa que trabajó)	ACTIVIDAD DE LA EMPRESA (A qué se dedicaba la empresa)	ÁREA DE TRABAJO (En qué área estuve)	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?	
								POLVO	GUANTES
1	Nestle S.A	Operario de Paletizado, Codificación, apilado, Codificación Producto Tamiñado	Galletas, Panetones	Operario de Producción	03-03-2019 - 197 Mees	RUIDO DISERGONOMICO	RUIDO	LENTES MASCARILLA	
2	Hondalez S.A	apilado, Codificación Producto Tamiñado	Chocolate	Operario de Producción	23-01-17	MESES: QUÍMICOS	QUÍMICOS	OTROS: LENTES MASCARILLA	
3	Winter S.A	Paletizado	Chocolate	Operario de Producción	21-07-17	MESES: QUÍMICOS	QUÍMICOS	OTROS: LENTES MASCARILLA	
4					20-9-16	MESES: QUÍMICOS	QUÍMICOS	OTROS: LENTES MASCARILLA	
5					20-9-16	MESES: QUÍMICOS	QUÍMICOS	OTROS: LENTES MASCARILLA	
6					20-9-16	MESES: QUÍMICOS	QUÍMICOS	OTROS: LENTES MASCARILLA	

Yaneth Huancana Bryan Pierre Roderic
MÉDICO QIRUJANO
S.P. 0292923

Firma del Médico



Firma del Trabajador





MIEMBRO DEL GRUPO SYNLAB

7

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION DE DROGAS DE ABUSO

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

Yo, Bergen Clevera Huerconda, identificado con DNI N° 47301371, y fecha de nacimiento 14-09-92, 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: Pomolsci
 Dirección: A V. Gambetta

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: BergenFecha: 13-01-22

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

SECCIÓN 2. INFORMACION DE LA PRUEBA

MOTIVO DE LA PRUEBA

<input type="checkbox"/> Pre-empleo	<input type="checkbox"/> Al Azar	<input type="checkbox"/> Retorno al trabajo	<input type="checkbox"/> Con Causa	<input type="checkbox"/> Otro
-------------------------------------	----------------------------------	---	------------------------------------	-------------------------------

INDICAR DROGAS A ANALIZAR

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

RESPECTO AL KIT DE ANALISIS*

Nº Lote: _____

Fecha de vencimiento: _____

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

SECCIÓN 3. INFORMACION DEL MUESTREADOR – TESTIGO

Nombres y Apellidos Bergen Huerconda N° de DNI 47301371
 Certifico que la muestra corresponde al donante identificado en la sección 1, la cual proporciono si problemas.
 NOTA: _____

Firma [Signature]

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

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

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

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

 POSITIVA NEGATIVA

Es positiva para los siguientes analitos:

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

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

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

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

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

CONFIDENCIAL NO DEBE SER FOTOCOPIADO SIN PERMISO DFI | ÍNDICE DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA DE SYNLAB PERÚ S.A.C.