

Historia Clínica N°	PQ4412-000097			Fecha	Día	17	Mes	01	Año	2022	
Tipo de evaluación	Pre Ocupacional		X	Periódico		Retiro		Otros			
Lugar del examen	Departamento		LIMA		Provincia	LIMA		Distrito			
I. DATOS DE LA EMPRESA											
Razón Social		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C									
Actividad Económica		fabricación de productos de plásticos									
Lugar del Trabajo		Av. Elmer Faucett Nro. 3486									
Ubicación	Departamento	PROV. CONST. DEL CALLAO		Provincia	CALLAO		Distrito	CALLAO			
Puesto al que postula (solo pre ocupacional)					AYUDANTE DE PRODUCCION						
Puesto laboral actual					-						
II.- FILIACIÓN DEL TRABAJADOR											
Nombres y apellidos		DAYANNE KATHERINE HERRERA LUSALDE									
Fecha de nacimiento		Día	02	Mes	03	Año	1997				
Edad	24	años									
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)					PER 75388068						
Domicilio fiscal											
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje		-									
Número/Departamento/Interior			-			Urbanización			-		
Distrito	-		Provincia	-		Departamento	-				
Residencia en lugar Trabajo	SI	-	NO	X	Tiempo de residencia en Lugar de trabajo				-	años	
ESSALUD	-	EPS	-	OTRO	-	SCTR	-	OTRO	-		
Correo electrónico			-			Teléfono		-			
Estado Civil			-			Grado de instrucción		-			
Nº total de hijos vivos			1			Nº de dependientes		1			
III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES											
EMPRESA	Área de trabajo		Ocupación		Fecha		Tiempo	Exposición ocupacional		EPP	
SODEXO	ATENCION Y COCINA		AUXILIAR GENERAL		I	Oct 2019	X	posturas, caídas, ergonomicos, movimientos repetitivos, disergonomicos, polvo, ruido, cargas, químicos		botas, ropa, mascarilla, guantes	
					F	Dic 2021					
					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											

Antecedentes Ginecológicos:

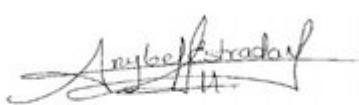
Fecha ultima Regla	19/12/21	Gestaciones	1	Hijos vivos	1	Hijos muertos	0
Régimen Catamenial	IRREGULAR	Método anticonceptivo		IMPLANTE			
Hábitos nocivos		Tipo	Cantidad	Frecuencia			
Alcohol		NIEGA	NIEGA	NIEGA			
Tabaco		NIEGA	NIEGA	NIEGA			
Drogas		NIEGA	NIEGA	NIEGA			
Medicamentos			NIEGA				

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

V . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

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

VI . EVALUACIÓN MEDICA											
Anamnesis											
NO REFIERE											
Examen clínico	Talla (cm)	152	Peso (Kg)	62	IMC	26.84	Perímetro abdominal	86			
	Fr. Resp.	18	F. Card.	88	PA	90 / 50	PAmed	63.33			
	Otros	S O2 98 %	FUR: 19/12/21								
Ectoscopia	ABEG/ ABEH/ ABEN										
Estado mental	LOTEP										
EXAMEN FÍSICO											
Organo o Sistemas	Sin Hallazgos	Hallazgos									
Piel		TIBIA, HIDRATADA, ELASTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS 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	20/25	OI	20/20	Con correctores	OD		OI	
		Fondo de ojo	OD	NO REALIZADO	OI	NO REALIZADO	Visión de colores	OD	NORMAL	OI	NORMAL
		Visión de profundidad	NORMAL								
Exámen ocular externo	OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION										
Oidos		TAPON DE CERUMEN EN AMBOS OIDOS									
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 Garcia 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					
EXAMEN DE LABORATORIO DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES					
X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA					
NORMOACUSIA BILATERAL					
XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA					
XII . OTROS					
XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL					
				CIE-10	
1				P	D
2				P	R
3				P	D
4				P	D
5				P	R
OTROS DIAGNÓSTICOS					
6	NORMOACUSIA BILATERAL			P	D
7	AMETROPIA LEVE NO CORREGIDA			P	R
8	SOBREPESO			P	D
9	TAPÓN DE CERUMEN BILATERAL			P	R
10	PIE CAVUS BILATERAL			P	D
11	TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL			P	R
12	EXAMEN DE LABORATORIO DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES			P	R
APTO	X	APTO CON RESTRICCIONES		NO APTO	
XIV . RECOMENDACIONES					
<ul style="list-style-type: none"> - SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL. - SE LE SUGIERE USO DE LENTES CORRECTORES Y EL CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA. - SE LE SUGIERE UNA DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, INCREMTE LA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS, NO OLVIDE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA. ACUDA A NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLÓGIA PARA SU EVALUACIÓN. - EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA TAPÓN DE CERUMEN POR LO QUE SE SUGIERE SER EVALUADO POR OTORRINOLARINGOLOGÍA. - 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. - SU EXAMEN DE LABORATORIO ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL AL MENOS UNA VEZ AL AÑO. 					
  <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		HERRERA LUSALDE DAYANNE KATHERINE		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD				
DNI (<input checked="" type="checkbox"/>)	C.E. (<input type="checkbox"/>)	PER 75388068		
EDAD	24 años			
GÉNERO	FEMENINO			
PUESTO AL QUE POSTULA (SOLO PRE OCUPACIONAL)		AYUDANTE DE PRODUCCION		
EMPRESA		PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C	SEDE O PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

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

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

FECHA DEL EXAMEN 17-01-2022




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:	HERRERA LUSALDE DAYANNE KATHERINE					
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C					
TIPO DE EVALUACION:	PREOCUPACIONAL					
PUESTO	AYUDANTE DE PRODUCCION			AREA DE TRABAJO	OPERACIONES	
FECHA DE EVALUACIÓN	17-01-2022			PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL	
FECHA DE EMISIÓN	18-01-2022					
DNI:	75388068	EDAD:	24 años	SEXO:	FEMENINO	HISTORIA CLÍNICA
						PQ4412-000097

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO							
Hemoglobina:	12.5 g/dL	Grupo y Factor:	B Positivo		Orina Completa: NORMAL		
Glucosa:	94 mg/dL	Colesterol:	121.7 mg/dL		Triglicéridos	66.5 mg/dL	
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA		PSA:	NO APLICA	

TRIAJE				
Talla:	152 cm.	Peso:	62 kg.	IMC: 26.84 kg/m ²
Presión Arterial:	90/50 mmHg.	Frec. Respiratoria:	18 x minuto.	Frec. Cardiaca: 88 x minuto.

<u>CONCLUSIÓN</u>	
1.- NORMOACUSIA BILATERAL.	
2.- AMETROPIA LEVE NO CORREGIDA	
3.- SOBREPESO	
4.- TAPÓN DE CERUMEN BILATERAL	
5.- PIE CAVUS BILATERAL	
6.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL	
7.- EXAMEN DE LABORATORIO DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES	

<u>RECOMENDACIONES</u>	
1.- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.	
2.- SE LE SUGIERE USO DE LENTES CORRECTORES Y EL CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.	
3.- SE LE SUGIERE UNA DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, INCREMENTE LA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS, NO OLVIDE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA. ACUDA A NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLÓGIA PARA SU EVALUACIÓN.	
4.- EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA TAPÓN DE CERUMEN POR LO QUE SE SUGIERE SER EVALUADO POR OTORRINOLARINGOLOGÍA.	
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.- SU EXAMEN DE LABORATORIO ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.	



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra
Médico Evaluador
CMP 70087
DOKTUZ

Firma y Sello del Responsable de Revisión

EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES HERRERA LUSALDE DAYANNE KATHERINE EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.
 EDAD 24 FECHA: 17-01-2022
 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	20/25	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) AMETROPIA LEVE NO CORREGIDA



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

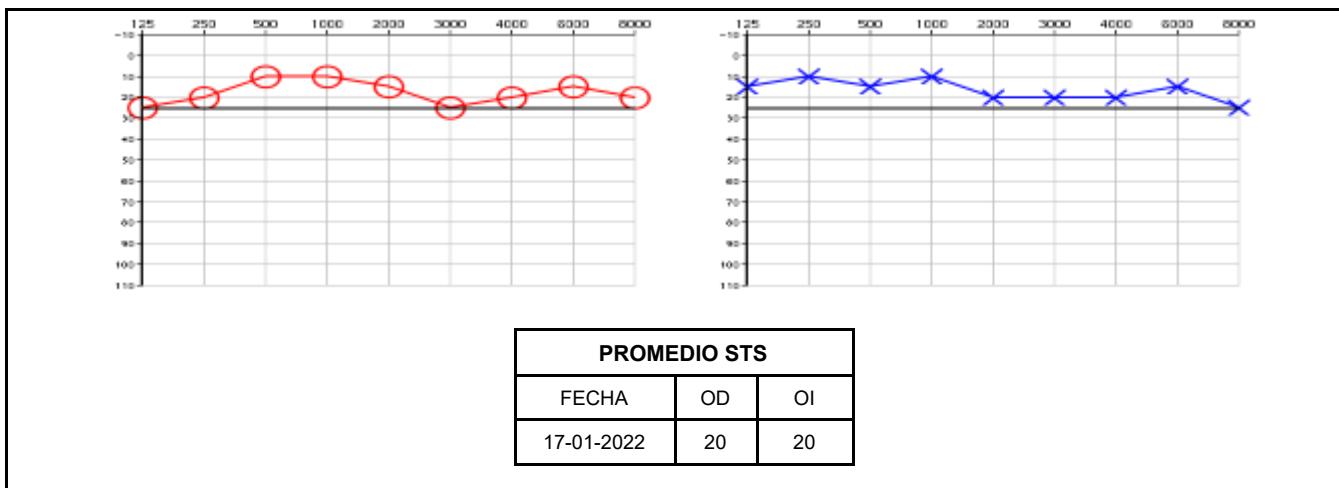
Nombre, Firma y Sello del Evaluador

Firma y Sello del Médico

FICHA AUDIOLÓGICA

Historia clínica		PQ4412-000097	Ficha audiológica				Audiometría	Marca: AMPLIVOX				
Fecha del Examen		17-01-2022	EXAMEN	Pre-ocupacional	<input checked="" type="checkbox"/>	Periodica			Modelo: 240			
				Retiro		Otro						
Nombres y apellidos		DAYANNE KATHERINE HERRERA LUSALDE						Nº Serie: 31635 Fecha de Calibración de Equipo: 0000-00-00 Fecha de Calibración Biológica: 17-01-2022				
Edad	24	Sexo	FEMENINO	Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C							
Ocupación	AYUDANTE DE PRODUCCION			Años de Trabajo	6M	Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d				18 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: ALTERADO Tapón de Cerumen Oido Izquierdo: ALTERADO Tapón de Cerumen							



Conclusiones

OIDO DERECHO: Z01.1 NORMOACUSIA

OIDO IZQUIERDO: Z01.1 NORMOACUSIA

Recomendaciones

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



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

Firma y Sello del Responsable de evaluación



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

Firma y Sello del Responsable de Revisión

INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

I.- DATOS GENERALES

PACIENTE	HERRERA LUSALDE DAYANNE KATHERINE	EDAD	24
LUGAR DE NACIMIENTO		F. NACIMIENTO	02-03-1997
LUGAR DE RESIDENCIA		F. EVALUACIÓN;	17-01-2022
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	GRADO DE INSTRUCCIÓN	
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
ESTADO CIVIL			

II. - MOTIVO DE EVALUACIÓN: PREOCUPACIONAL

III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS:

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

IV.- RESULTADOS DE EVALUACION

1. Nivel Intelectual:	NORMAL PROMEDIO	CI	106
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 COMPROMETIDA CON SUS LABORES PARA LLEVAR A CABO LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS POR SU EQUIPO DE TRABAJO Y CUANDO SIENTE PRESIÓN EVITA TOMAR RIESGOS SOCIALES POR TEMOR A FALLAR. 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. TRATE DE CONTINUAR PROMOViendo EL PENSAMIENTO POSITIVO Y FORTALECIENDO LA INTEGRACIÓN EN EL TRABAJO EN EQUIPO.

VII.- CONDICIÓN:

APTO




Lic. Isabel Gonzales Brair
Psicóloga
CPSP 6380
DOKTUZ SAC

Firma y Sello del Responsable de la evaluación

FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: HERRERA LUSALDE DAYANNE

EDAD 24

SEXO FEMENINO

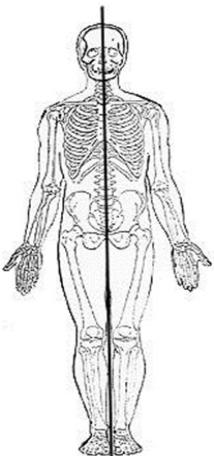
KATHERINE

EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

PUESTO AYUDANTE DE PRODUCCION

FECHA 17-01-2022

ACTIVIDAD LABORAL:	De pie			PRESENTA DOLOR	NO			
EVALUACIÓN ESTÁTICA								
SEGMENTOS		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	Retroversión	Rodillas	Normal					
Pie	Normal <input type="checkbox"/>	Cavo	Ambos	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	-			-				
EVALUACIÓN DE LA MARCHA		Sí	No	SIGNOS Y SÍNTOMAS				
Realiza el contacto inicial con apoyo de talón.		X		GRADO 0 Ausencia de signos y síntomas.				
Movimiento armónico de rodilla, tobillo y pie		X		GRADO 1 Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva.				
La longitud del paso es simétrico.		X		GRADO 2 Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización.				
Presenta claudicación de uno de los miembros inferiores		X		GRADO 3 Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión.				
Integración de ambos hemicuerpos		X		GRADO 4 Grado 3 más limitación funcional evidente clínicamente.				
Tipo de pisada		Normal						
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

Q66.7

PIE CAVUS BILATERAL

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

Nº DE HISTORIA CLINICA	PQ4412-000097			DNI	PER 75388068
APELLIDOS Y NOMBRES	HERRERA LUSALDE DAYANNE KATHERINE			SEXO	FEMENINO
TIPO DE EXAMEN:	PREOCUPACIONAL				
FECHA DEL EXAMEN	17-01-2022				

I. N° 1: Riesgos

PUESTO OPERATIVO	OPERATIVO	100	ADMINISTRATIVO	0	Horas /días	12/4 A 6			
POSTURA	SEDENTE	0	BIPEDESTACIÓN	100					
POSTURA FORZADA	NO		MOVIMIENTO REPETITIVO	SI	FLEXION Y EXTENSION DE MIEMBROS SUPERIORES				
¿MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGA?	SI		PESO ENTRE	1	Kg y	25 Kg			
LEVANTA	X	COLOCA	X	EMPUJA	X	TRACCIONA		DESPLAZA	X
¿USUARIO DE PANTALLA VISUAL (PVD)?	NO		Horas /días						
DOMINANCIA			DIESTRO	X	ZURDO				

II. N° 2: Evaluación.

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

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

EXPLORACION FÍSICA DE ARTICULACIONES

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

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

COLUMNA VERTEBRAL

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

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

EJE LATERAL

Eje lateral	Normal	Derecha	Izquierda
Dorsal	X		
Lumbar	X		

EXAMEN FÍSICO

MOVILIDAD - DOLOR

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

PALPACIÓN (Marque con una X)

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

MANIOBRA RADICULO /DISCOPASTÍAS

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

REFLEJOS

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

Mutilación de Miembro	NO	
-----------------------	----	--

III. N° 3: Comentarios.

DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES

IV. N° 4: Diagnóstico

Z04.9 EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL

V. N° 5: Recomendaciones

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



Dra. Yerussa Paredes García Urrutia
Médico Cirujano
CMP 69925
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

INFORME RADIOGRÁFICO

PACIENTE: HERRERA LUSALDE DAYANNE KATHERINE

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, 17 de Enero del 2022



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

Firma y Sello del Médico

Paciente:	HERRERA LUSALDE DAYANNE KATHERINE			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	24 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	17-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000097

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

BIOQUIMICA

GLUCOSA BASAL	94	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	121.7	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	66.5	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:	HERRERA LUSALDE DAYANNE KATHERINE			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO		Edad:	24 años
Fecha:	17-01-2022		Historia Clínica:	PQ4412-000097

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

HEMATOLOGIA

GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

B

FACTOR Rh

Positivo

HEMOGRAMA COMPLETO

NORMAL

RECUENTO DE LEUCOCITOS 6.23 $\times 10^3/\mu\text{L}$ 4.5 - 11

FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %	0.0	%	0 - 5
SEGMENTADOS %	62.5	%	35 - 66
EOSINOFILOS %	2.1	%	0 - 3
BASOFILOS %	0.6	%	0 - 1
MONOCITOS %	5.9	%	3 - 6
LINFOCITOS %	28.9	%	24 - 44
SEGMENTADOS	3.89	$\times 10^3 / \text{mm}^3$	1.8 - 7.7
EOSINOFILOS	0.13	$\times 10^3 / \text{mm}^3$	0.0 - 0.7
BASOFILOS	0.04	$\times 10^3 / \text{mm}^3$	(0 - 0.09)
MONOCITOS	0.37	$\times 10^3 / \text{mm}^3$	0.0 - 0.9
LINFOCITOS	1.8	$\times 10^3 / \text{mm}^3$	1 - 4.8
RECUENTO DE HEMATIES	4.32	$\times 10^6/\mu\text{L}$	4 - 4.9
HEMOGLOBINA	12.5	g/dL	12.0 - 16
HEMATOCRITO	36.6	%	36 - 46
VCM	84.7	μm^3	80.0 - 100
HCM	28.9	pg	26 - 34
CHCM	34.2	gr/dl	31 - 37
RECUENTO DE PLAQUETAS	244	$\times 10^3/\mu\text{L}$	150.0 - 350

OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	HERRERA LUSALDE DAYANNE KATHERINE			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	24 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	17-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000097

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

URIANALISIS

CUERPOS CETONICOS	Negativo	0	-	14
EXAMEN COMPLETO DE ORINA	NORMAL			
EXAMEN FISICO:				
COLOR	Amarillo			
ASPECTO	Ligeramente turbio			TRANSPARENTE
EXAMEN QUIMICO:				
DENSIDAD	1.02	1.005	-	1.030
pH	5	5	-	8
GLUCOSA	Negativo			NEGATIVO
PROTEINAS	Negativo	0	-	15
PIGMENTOS BILIARES	Negativo			NEGATIVO
UROBILINOGENO	Negativo			NEGATIVO
NITRITOS	Negativo			NEGATIVO
SANGRE	Negativo			NEGATIVO
SEDIMENTO URINARIO:				
CELULAS EPITELIALES	Escamosas Regular Cantidad			
LEUCOCITOS	1 por campo	0	-	5
HEMATIES	1 por campo	0	-	2
CILINDROS	No se observan			
CRISTALES	No se observan			
OBSERVACIONES				



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

FIRMA

Paciente:	HERRERA LUSALDE DAYANNE KATHERINE			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	24 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	17-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000097

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:	HERRERA LUSALDE DAYANNE KATHERINE			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	24 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	17-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000097

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



HERRERA LUSALDE DAYANNE
KATHERINE

PER 75388068

PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



RUTA N

Preocupacional

DNI	75388068	FECHA	17-01-2022
EDAD	24	PERFIL	OPERATIVO 1-NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4412-000097	SEXO	FEMENINO
HORA DE INICIO EMO	07:18:55	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE		R.C	
TECNOLOGÍA MÉDICA			Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL			Examen Medico
PSICOLOGÍA			BARSIT Examen Psicologico
OFTALMOLOGÍA		A.O	Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA		D.G	Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES		EC	Radiografía de Tórax
ESPIROMETRÍA			ESPIROMETRÍA
LABORATORIO			HCG CUALITATIVO (PRUEBA DE EMBARAZO), COLESTEROL TOTAL, ORINA, EXAMEN COMPLETO, Glucosa Ayunas, GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH, HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO, TRIGLICERIDOS, COCAÍNA CUALITATIVA, EXAMEN (MARIHUANA) CUALITATIVO
EXAMENES PENDIENTE			Fecha Programada.
EXAMENES COMPLETADOS		Sello: Iniciales:	Fecha:

TRIAJE							
Peso	- 62	Talla	- 152	IMC	-	P. Abdominal	- 86
P.A. Sistólica	- 90	P.A. Diastólica	- 50	F. Cardiaca	- 88	F. Respiratoria	- 18
Temperatura	- 36	Sat. O2	- 98				
Cintura	- 84	Cadera	- 103	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 99	P.T. Inspiración	- 101	P.T. Reposo	- 100		

CREADO POR: VELA SANCHEZ GUADALUPE FECHA: 17-01-2022 HORA: 07:18:15

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, HERRERA LUSALDE DAYANNE KATHERINE Identificado con D.N.I
Nº PER 75388068 acudo a la Clínica

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

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

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

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

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

Firmo y dejo huella original para constatar lo mencionado.



Firma manuscrita del paciente

DNI: PER 75388068

Fecha: 17-01-2022



Firma Electrónica del paciente

DNI: PER 75388068

Fecha: 17-01-2022



Huella Digital del Paciente

DNI: PER 75388068

Fecha: 17-01-2022



Huella Electrónica del paciente

DNI: PER 75388068

Fecha: 17-01-2022

V01



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

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

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

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

Nombre en Letra Impresa:

HERRERA LUSALDE DAYANNE KATHERINE

Fecha de Consentimiento:

17-01-2022

DNI:

PER 75388068

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Dra. Lucy Muñoz Valdivia
 Coordinadora de Evaluación Ocupacional - Auditora
 CMP 45724 - RNA C0001
 DOKTUS SAC

Firma y sello del médico

V01



 Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751639	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-003.02
	Título: AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE RESULTADOS, ADMINISTRACIÓN Y LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	Fecha de Emisión: 2017-MAY-16
		Página: 1 de 1

AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE RESULTADOS, ADMINISTRACIÓN Y LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Yo, HERRERA LUSALDE DAYANNE KATHERINE de 24 años de edad
 trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C
 con D.N.I/Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 75388068
 domiciliado en _____

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

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

Nombre de Paciente: HERRERA LUSALDE DAYANNE KATHERINE

DNI: PER 75388068

Fecha de Autorización: 17-01-2022

Firma del paciente




Huella digital del paciente



Firma y sello del médico

V01



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

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

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

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

Nombres y Apellidos: DAYANNE KATHERINE HERRERA LUSALDE
 Fecha de Declaración: 17-01-2022
 DNI: PER 75388068

Firma del paciente



HUELLA DEL PACIENTE

V01



 Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20500751639	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, HERRERA LUSALDE DAYANNE KATHERINE, identificado (a) con DNI N° PER 75388068, 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 : 17 / 01 / 23

DIA MES AÑO

V01



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

Nombre Completo: HERRERA LUSALDE DAYANNE KATHERINE	Fecha: 17-01-2022
	DNI: PER 75388068

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:

DESCRIBIDA

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

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		Migrña
X		Fibromialgias
X		Lumbalgias a repetición
X		Dolor de columna
X		Hernia del núcleo pulposo
X		Ciática
V		Enfermedad de la columna
V		Epilepsia o convulsiones
		Vértigo/mareos
X		Parálisis facial
X		Desordenes del Sistema nervioso
X		Desmayos
X		Pérdida de conciencia
X		Depresión
V		Intento de suicidio
X		Tuberculosis Pulmonar
X		Asma bronquial
V		Enfisema
X		Enfermedad pleural
X		Tos con sangrado (espunto en sangre)
X		Disminución de la audición (sordera)
V		Enfermedad del oído
X		Movilidad limitada de extremidades

si	no	
<input checked="" type="checkbox"/>		Enfermedades renales
<input checked="" type="checkbox"/>		Accidente cerebro vascular (derrame)
<input checked="" type="checkbox"/>		Isquemia o infartos
<input checked="" type="checkbox"/>		Hipertensión arterial
<input checked="" type="checkbox"/>		Arritmias o enfermedades cardíacas
<input checked="" type="checkbox"/>		Alergia a medicamentos
<input checked="" type="checkbox"/>		Palpitaciones
<input checked="" type="checkbox"/>		Enfermedades oculares como glaucoma o catarata.
<input checked="" type="checkbox"/>		Visión monocular (con un sólo ojo)
<input checked="" type="checkbox"/>		Enfermedad de la tiroides
<input checked="" type="checkbox"/>		Diabetes
<input checked="" type="checkbox"/>		Gota
<input checked="" type="checkbox"/>		Lupus
<input checked="" type="checkbox"/>		Enfermedades articulares (artritis, artrosis)
<input checked="" type="checkbox"/>		Reumatismo
<input checked="" type="checkbox"/>		Enfermedad de la piel
<input checked="" type="checkbox"/>		Hernia abdominal
<input checked="" type="checkbox"/>		Hernia Inguinal
<input checked="" type="checkbox"/>		Enfermedades del hueso
<input checked="" type="checkbox"/>		Hemofilia
<input checked="" type="checkbox"/>		Desordenes de la coagulación
<input checked="" type="checkbox"/>		Otras enfermedades o condiciones no descriptas.

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

FIRMA DEL TRABAJADOR	HUELLA
	

V01

Yerussa Paredes García Urrutia
MEDICO CIRUJANO
FIRMADO EN: 10/05/2025
Firma y sello del Médico Evaluador



Doktuz

Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres: Herrera Iuselito Dolores Katherine DNI: 75388068

ANTECEDENTES LABORALES



FECHA: 17-01-2022

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 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?	
								AÑO INICIO	AÑOS:
1	<u>Rockys</u>	<u>Cajera Y Azafata</u>	<u>Atención al cliente</u>	<u>Azafata</u>	<u>2015</u>	<u>7meses</u>	<u>RUIDO DISERGONOMICO</u>	<u>LENTES MASCARILLA</u>	
2	<u>Redondos</u>	<u>Producción en linea</u>	<u>Línea</u>	<u>O operaria de producción</u>	<u>2018</u>	<u>6meses y 1mes</u>	<u>DISERGONOMICO QUÍMICOS</u>	<u>TAPONES/OREJERAS MASCARILLA</u>	
3	<u>Sodexo</u>	<u>Atención y cocina</u>	<u>Línea</u>	<u>Auxiliar General</u>	<u>2019</u>	<u>2 años</u>	<u>DISERGONOMICO QUÍMICOS</u>	<u>LENTES TAPONES/OREJERAS MASCARILLA</u>	
4					<u>2021</u>	<u>2 años</u>	<u>BIOLÓGICOS</u>	<u>OTROS: GUANTES TAPONES/OREJERAS</u>	
5							<u>RUIDO DISERGONOMICO QUÍMICOS</u>	<u>LENTES TAPONES/OREJERAS MASCARILLA</u>	
6							<u>BIOLÓGICOS</u>	<u>OTROS: GUANTES LENTES TAPONES/OREJERAS</u>	

Ventura Parra García Urutia
MEDICO G. JUANJO
C.M.D. F.G.025

Firma del Médico

Juanjo
Firma del Trabajador





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA
DE MUESTRA EN LABORATORIO CLINICO

APELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO: Herrera Lusalde Dayanne Katherine
DNI, PAS O CE: 75388068 EDAD: 24 años
TELÉFONOS: 944094891

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).

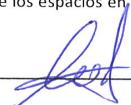
Acepto las indicaciones dadas por el personal encargado (Flebotomistas del Laboratorio Clínico) del procedimiento y acepto la total responsabilidad de los inconvenientes o consecuencias que surjan al no acatar dichas indicaciones y recomendaciones.

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.


Firma del Paciente o Persona Responsable
Documento de Identidad: 73388068
Fecha: 17-01-2022

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: _____



4

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

Yo, Deyanne Katherine Herrera Lusaldo, identificado con DNI N° 75388068, y fecha de nacimiento 02/03/1997. Certifico haber sido informado y acepto el procedimiento para la toma de muestra de orina, así como también doy mi consentimiento para la investigación de drogas de abuso por parte del laboratorio SYNLAB PERÚ S.A.C. SYNLAB PERÚ S.A.C queda autorizado para:

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

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: [Firma] Fecha: 17/01/2022

PARA SER LLENADO POR EL PERSONAL DE SYNLAB PERÚ S.A.C
SECCIÓN 2. INFORMACION DE LA PRUEBA

MOTIVO DE LA PRUEBA

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

INDICAR DROGAS A ANALIZAR

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

RESPECTO AL KIT DE ANALISIS*

Nº Lote: _____

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

Fecha de vencimiento: _____

SECCIÓN 3. INFORMACION DEL MUESTREADOR - TESTIGO

Nombres y Apellidos Elmer Faust Nº de DNI 75388068
 Certifico que la muestra corresponde al donante identificado en la sección 1, la cual proporciono si problemas.
 NOTA: _____

Firma [Firma]

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

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

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

 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.