

Historia Clínica N°	PQ4412-000066			Fecha	Día	06	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)	TECNICO DE MANTENIMIENTO						
Puesto laboral actual	-						

II.- FILIACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombres y apellidos	ELMER RIGOBERTO TORRES SANCHEZ								
Fecha de nacimiento	Día	04	Mes	01	Año	1977			
Edad	45	años							
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)	PER 10738234								
Domicilio fiscal									
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje	PSJE VISCARDO Y GUZMAN 195								
Número/Departamento/Interior	-			Urbanización			-		
Distrito	COMAS		Provincia	LIMA		Departamento	LIMA		
Residencia en lugar Trabajo	SI		NO	X	Tiempo de residencia en Lugar de trabajo				años
ESSALUD	-	EPS	-	OTRO	-	SCTR	-	OTRO	-
Correo electrónico	ELMER470@HOTMAIL.COM				Teléfono		943466811		
Estado Civil	CONVIVIENTE				Grado de instrucción		TECNICO COMPLETO		
Nº total de hijos vivos	1			Nº de dependientes			1		

III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

EMPRESA	Área de trabajo	Ocupación	Fecha	Tiempo	Exposición ocupacional	EPP
COGORNO SA	MANTENIMIENTO	ELECTRICISTA INDUSTRIAL	I May 2016			
			F Oct 2021	X	posturas, caídas, disergonomicos, movimientos repetitivos, ruido, polvo, cargas, químicos, otros: electricos	botas, lentes, ropa, guantes, tapones auditivos, casco, mascarilla
			I			
			F			
			I			
			F			
			I			
			F			
			I			
			F			
			I			
			F			

IV . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Alergias	-	Diabetes	-	TBC	-	Hepatitis :	-
Asma	-	HTA	-	ITS	-	Tifoidea	-
Bronquitis	-	Neoplasia	-	Convulsiones	-	Otros	X
Quemaduras				-			
Cirugías		X		Intoxicaciones	-	RAM	-

HERNIOPLASTIA INGUINAL IZQUIERDA - MAYO 2021 - CLINICA PARTICULAR- LIMA

Descripción	1 HERNIA INGUINAL IZQUIERDA (DX EN ABRIL 2021) RESUELTO CON TTO QUIRURGICO.
-------------	---

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	Días de descanso	
		SI	NO			
NIEGA						
NIEGA						
NIEGA						
NIEGA						
V . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES						
Padre	Niega	Madre			HTA	Hermanos
Esposo(a)	Niega	Hijos vivos	N°	1	Hijos fallecidos	N°
						0

VI . EVALUACIÓN MEDICA

Anamnesis

NO REFIERE

Examen clínico	Talla (cm)	165	Peso (Kg)	81	IMC	29.75	Perímetro abdominal	104
	Fr. Resp.	19	F. Card.	76	PA	110 / 80	PAmed	90
	Otros	S O2 97 %	FUR: NO APLICA					

Ectoscopia ABEG/ ABEH/ ABEN

Estado mental LOTEPE

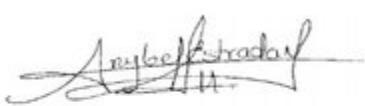
EXAMEN FÍSICO

Organo o Sistemas	Sin Hallazgos	Hallazgos								
Piel		PEQUEÑOS HABONES EN REGION ABDOMINAL (REFIERE QUE SE DEBE POR EL USO DE CORREA OXIDADA) HIPERQUERATOSIS SUBÚNGUEAL CON DESCAMACIÓN EN UÑAS DE LOS PRIMEROS DEDOS DE PIES.								
Cabeza / Cabello	X									
Ojos y anexos		Ojos	OD	Normal	OI	Normal				
		Agudeza Visual Cerca	OD	20/20	OI	20/20	Con correctores	OD		OI
		Agudeza Visual Lejos	OD	20/20	OI	20/20	Con correctores	OD		OI
		Fondo de ojo	OD	NO REALIZADO	OI	NO REALIZADO	Visión de colores	OD	NORMAL	OI
		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									

Nombre, Firma del Trabajador

Dra. Yerussa Paredes García Urrutia
 Médico Cirujano
 CMP 69925
 DOKTUZ

Nombre, Firma y Sello del Médico Evaluador

VII . CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA					
APTO					
VIII . CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS					
TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL					
IX . HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO					
HIPERLIPIDEMIA MIXTA GLICEMIA EN EL LIMITE SUPERIOR HALLAZGOS ANORMALES EN LA ORINA: UROBILINOGENO POSITIVO					
X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA					
NORMOACUSIA BILATERAL					
XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA					
XII . OTROS					
RIESGO CORONARIO: 9 % - BAJO					
XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL					
CIE-10					
1		P	D	R	
2		P	D	R	
3		P	D	R	
4		P	D	R	
5		P	D	R	
OTROS DIAGNÓSTICOS					
6	NORMOACUSIA BILATERAL	P	D	R	Z01.1
7	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE	P	D	R	Z01.0
8	SOBREPESO	P	D	R	E67.X
9	TIÑA DE LAS UÑAS DE LOS PIES	P	D	R	B35.1
10	DESCARTAR DERMATITIS DE CONTACTO EN REGION ABDOMINAL	P	D	R	L20.9
11	EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL	P	D	R	Z04.9
12	TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL	P	D	R	Z04.9
13	HIPERLIPIDEMIA MIXTA	P	D	R	E78.2
14	GLICEMIA EN EL LIMITE SUPERIOR	P	D	R	R73.9
15	HALLAZGOS ANORMALES EN LA ORINA: UROBILINOGENO POSITIVO	P	D	R	R82.9
APTO	X	APTO CON RESTRICCIONES		NO APTO	
XIV . RECOMENDACIONES					
<ul style="list-style-type: none"> - SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL. - SU AGUDEZA VISUAL ES OPTIMA. NO OLVIDE REALIZAR UN CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA. - 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 EVIDENCIÓ ALTERACIÓN EN LAS UÑAS DEL PIE. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR DERMATOLOGÍA. - SE SUGIERE ACUDA A CONSULTORIO DE DERMATOLOGÍA PARA EVALUACION Y MANEJO. - 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. - ACUDE POR ESPECIALIDAD: SE INDICA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON ATORVASTATINA 20 MG Y ORLISTAT 120 MG. CONTROL EN 1 MES CON NUEVOS RESULTADOS DE LABORATORIO. - PRESENTA ELEVACIÓN DE GLUCOSA (AZUCARES) EN LA SANGRE. SE SUGIERE REALIZARSE CONTROLES Y EVALUACIÓN POR ENDOCRINOLÓGIA. - DEBIDO A LOS HALLAZGOS EN SU EXAMEN DE ORINA. SE LE SUGIERE ACUDIR A MEDICINA GENERAL PARA UNA EVALUACIÓN MAS EXHAUSTIVA. 					
  Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra Médico Evaluador CMP 70087 DOKTUZ					
Nombre, Firma y Sello del Médico Ocupacional					



**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL
PREOCUPACIONAL**

APELLIDOS Y NOMBRES	TORRES SANCHEZ ELMER RIGOBERTO			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD				
DNI (X)	C.E. ()	PER 10738234		
EDAD	45 años			
GÉNERO	MASCULINO			
PUESTO AL QUE POSTULA (SOLO PRE OCUPACIONAL)	TECNICO DE MANTENIMIENTO			
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C	SEDE O PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL	

CONCLUSIONES

GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH: O POSITIVO

ALTURA ESTRUCTURAL: NO APLICA

ALERGIA: NIEGA

APTO	X	RESTRICCIONES
APTO CON RESTRICCIÓN		
NO APTO		MOTIVO DE OBSERVACIÓN, NO APTITUD O APTITUD NO DETERMINADA:
OBSERVADO		
FECHA DEL EXAMEN 06-01-2022		



Dra. Ludy Murguia Valdivia
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora
CMP 45724 - RNA 04081
DOKTUS SAC

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO OCUPACIONAL



INFORME MÉDICO

APELLIDOS Y NOMBRES:	TORRES SANCHEZ ELMER RIGOBERTO					
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C					
TIPO DE EVALUACION:	PREOCUPACIONAL					
PUESTO	TECNICO DE MANTENIMIENTO			AREA DE TRABAJO	OPERACIONES	
FECHA DE EVALUACIÓN	06-01-2022			PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL	
FECHA DE EMISIÓN	06-01-2022					
DNI:	10738234	EDAD:	45 años	SEXO:	MASCULINO	HISTORIA CLÍNICA
						PQ4412-000066

EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO							
Hemoglobina:	17.4 g/dL	Grupo y Factor:	O Positivo		Orina Completa: ANORMAL		
Glucosa:	104 mg/dL	Colesterol:	323.3 mg/dL		Triglicéridos	296.9 mg/dL	
Col. HDL:	NO APLICA	Col. LDL:	NO APLICA		PSA:	NO APLICA	

TRIAJE				
Talla:	165 cm.	Peso:	81 kg.	IMC: 29.75 kg/m ²
Presión Arterial:	110/80 mmHg.	Frec. Respiratoria:	19 x minuto.	Frec. Cardiaca: 76 x minuto.

CONCLUSIÓN	
1.- NORMOACUSIA BILATERAL.	
2.- EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE	
3.- SOBREPESO	
4.- TIÑA DE LAS UÑAS DE LOS PIES	
5.- DESCARTAR DERMATITIS DE CONTACTO EN REGION ABDOMINAL	
6.- EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL	
7.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL	
8.- HIPERLIPIDEDEMIA MIXTA	
9.- GLICEMIA EN EL LIMITE SUPERIOR	
10.- HALLAZGOS ANORMALES EN LA ORINA: UROBILINOGENO POSITIVO	

RECOMENDACIONES	
1.- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.	
2.- SU AGUDEZA VISUAL ES OPTIMA. NO OLVIDE REALIZAR UN CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.	
3.- 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 ENDOCRINOGÍA PARA SU EVALUACIÓN.	
4.- EN SU EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIÓ ALTERACIÓN EN LAS UÑAS DEL PIE. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR DERMATOLOGÍA.	
5.- SE SUGIERE ACUDA A CONSULTORIO DE DERMATOLOGÍA PARA EVALUACION Y MANEJO.	
6.- SE LE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS REGULARES (30 MINUTOS DIARIOS Y 5 VECES POR SEMANA) Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. LE AYUDARÁN A PREVENIR MOLESTIAS OSTEOMUSCULARES.	
7.- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.	
8.- ACUDE POR ESPECIALIDAD: SE INDICA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON ATORVASTATINA 20 MG Y ORLISTAT 120 MG. CONTROL EN 1 MES CON NUEVOS RESULTADOS DE LABORATORIO.	
9.- PRESENTA ELEVACIÓN DE GLUCOSA (AZUCARES) EN LA SANGRE. SE SUGIERE REALIZARSE CONTROLES Y EVALUACIÓN POR ENDOCRINOGÍA.	
10.- DEBIDO A LOS HALLAZGOS EN SU EXAMEN DE ORINA. SE LE SUGIERE ACUDIR A MEDICINA GENERAL PARA UNA EVALUACIÓN MAS EXHAUSTIVA.	



Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra
Médico Evaluador
CMP 70087
DOKTUZ

Firma y Sello del Responsable de Revisión

**HOJA DE INTERCONSULTA**

Paciente : TORRES SANCHEZ ELMER RIGOBERTO
 Edad : 45 Sexo: F () M (X) Fecha 06-01-2022
 Empresa : PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C
 Puesto al que postula : TECNICO DE MANTENIMIENTO

Especialidad a la que se Consulta: ENDOCRINOLOGIA

Motivo de Consulta

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 45 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS CONOCIDOS, ASINTOMÁTICO, QUIEN CUENTA CON TRIGLICERIDOS 296.9 MG/DL, COLESTEROL TOTAL 323.3 MG/DL Y GLUCOSA BASAL 104 MG/DL. ADICIONAL, IMC 29.75 KG/M2

SE SOLICITA EVALUACIÓN Y MANEJO POR SU ESPECIALIDAD.

Diagnóstico	CIE : 10
HIPERLIPIDEMIA MIXTA	E78.2
GLICEMIA EN EL LIMITE SUPERIOR	R73.9
SOBREPESO	E67.X

Médico Evaluador:

Nombre Completo:
 ESTRADA VIZCARRA ANYBEL ROXANA

CMP: 70087

RNE:

Firma y Sello

Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra
 Médico Evaluador
 CMP 70087
 DOKTUZ

RESPUESTA A LA INTERCONSULTA

Evaluación *Paciente OP de 45 a; sin antec. de enfermedad; con resultados: CT: 323. TG: 296. Gluca: 104 mg/dl. IMC: 29.75*

Diagnóstico *① Hiperglucemia. ② dolor abdominal. ③ dolores*

Indicaciones Médicas y Conclusión *② hiperglucemia preestab. ③ dolor abdominal 200 mg/dl. ④ orlistat 120 mg VO 8724 por. 300.*

Restricciones Laborales

- Ninguna

Fecha de Reevaluación *En tres meses. Consultar*
APTITUD: APTO *NO APTO ()*

Médico Especialista:

Nombre Completo: *Evelyn L. Segura Rojo*
 CMP: *0684480* RNE: *037283*

Firma y Sello

Evelyn L. Segura Rojo
 Dra. Evelyn Lisseth Segura Rojo
 Endocrinóloga
 CMP: 0684480 RNE: 037283

Fecha y Hora de la Evaluación *7/1/22 13:43 h.*

<https://intranet.doktuz.com/HistoriasClinicas/PaquetesMedicos/imprimirtodos.php?idcomprobante=212873&logo=1&firma=%271%27&consen=...> 10/37



RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA

Nombres y Apellidos: Jorge Saénz Edad: _____ Tipo de Prestación

DNI Especialidad: _____ VENTA

Diagnóstico: _____ CIE-10

* Nº de Comprobante

DATOS DEL MEDICAMENTO O INSUMO MÉDICO

Nº	Medicamento o Insumo (Obligatorio DCI)	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad	Dosis	Vías de Administración	Frecuencia	Duración
01	- Afimastix	20,	tbl	tbl	tbl	tbl	# 60	
02		tbl	tbl	tbl	tbl	tbl	tbl	
03								
04	- Olistat	120,	tbl	tbl	tbl	tbl	# 180	
05		(Verde)	tbl	tbl	tbl	tbl	culto D	
06								

FECHA DE EXPEDICIÓN 7/12/22

FECHA DE VALIDEZ

Dra. Evelyn Jésica Segura Rojo
Endocrinóloga
C.M.D. 068482 R.N.E. 03 283
Sello/Firma Col. Profesional



Usuario



7-10a Dyn Lab #2

		PERFILES	BIOQUIMICA
<input type="checkbox"/>	PACIENTE:	O PRE QUIRURGICO 01: (G, C, GRUPO FACT. RH, HGMA, SED. URINARIO, TC Y TS, VDRL)	O ACIDO URICO
<input type="checkbox"/>		O PRE QUIRURGICO 02: (G, C, GRUPO FACT. RH, HGMA, EX. ORINA, TC Y TS, VDRL, VIH)	O AMILASA SERICA
<input type="checkbox"/>		O HORMONAL FEMENINO (FSH, LH, ESTRADIOL)	O BILIRUBINA TOTAL Y FRACIONADA
<input type="checkbox"/>		O PERFIL DE COAGULACION 01 (TC, TS, TP, TTP, PLAQUE, FIBRINA)	O CALCIO SERICO
<input type="checkbox"/>		O PERFIL DE COAGULACION 02 (TC, TS, TP, TTP, PLAQUE)	O COLESTEROL HDL
<input type="checkbox"/>		O PERFIL DE GESTANTE: (HM, G y f, Orina Completa, Gluc, Creat, HIV, VDRL)	O COLESTEROL LDL
<input type="checkbox"/>		O PERFIL HEPATICO	O COLESTEROL TOTAL
<input type="checkbox"/>		O PERFIL LIPIDICO	O COLESTEROL VLDL
<input type="checkbox"/>		O PERFIL TIROIDEO: (T3, T4, TSH)	O CPK TOTAL
<input type="checkbox"/>			O CREATININA SERICA
<input type="checkbox"/>			O DEPURACION DE CREATININA
<input type="checkbox"/>			O DESHIDROGENASA LACTICA (DHL)
<input type="checkbox"/>			O ELECTROLITOS EN SUERO (CL, NA, K)
<input type="checkbox"/>			O FOSFATASA ALCALINA
<input type="checkbox"/>			O FOSFORO
<input type="checkbox"/>			O GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA
<input type="checkbox"/>		O ACIDO FOLICO SERICO	O GLUCOSA BASAL
<input type="checkbox"/>		O FERRITINA	O GLUCOSA BASAL Y POST PRANDIAL
<input type="checkbox"/>		O FIBRINOGENO	O HEMOGLOBINA GLICOSILADA, ALC
<input type="checkbox"/>		O GOTAS GRUESAS	O LIPASA
<input type="checkbox"/>		O GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH	O LIPIDOS totales
<input type="checkbox"/>		O HEMATOCRITO	O MAGNESIO (MG)
<input type="checkbox"/>		O HEMOGLOBINA	O MICROALBUMINURIA
<input type="checkbox"/>		O HEMOGRAMA AUTOMATIZADO	O PROTEINAS TOT. Y FRAC. (PT-A/B-GLOB)
<input type="checkbox"/>		O HIERRO SERICO (FIERRO / FE)	O PROTEINOGRAMA ELECTROFORETICO
<input type="checkbox"/>		O LAMINA PERIFERICA - ESTUDIO	O TEST DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA
<input type="checkbox"/>		O RECUENTO DE PLAQUETAS	O TRANSAMINASAS (TGO)
<input type="checkbox"/>		O RECUENTO DE RETICULOCITOS	O TRANSAMINASAS (TGP)
<input type="checkbox"/>		O TIEMPO DE COAGULACION Y SANGRIA	O TRIGLICERIDOS
<input type="checkbox"/>		O TIEMPO DE PROTOMBINA	O UREA
<input type="checkbox"/>		O TIEMPO DE TROMBINA	
<input type="checkbox"/>		O TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	
<input type="checkbox"/>		C VELOCIDAD DE SEDIMENTACION (VSG)	
<input type="checkbox"/>		O VITAMINA B12	

7/1/22

SEÑO Y FIRMA

Dra. Reyna Jissel Caura Rojo
Enfermera
Céd. 088-182 RNE: 037283



EXAMEN OFTALMOLÓGICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES TORRES SANCHEZ ELMER RIGOBERTO EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C
 EDAD 45 FECHA: 06-01-2022
 OCUPACIÓN TECNICO DE MANTENIMIENTO 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
		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:

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



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

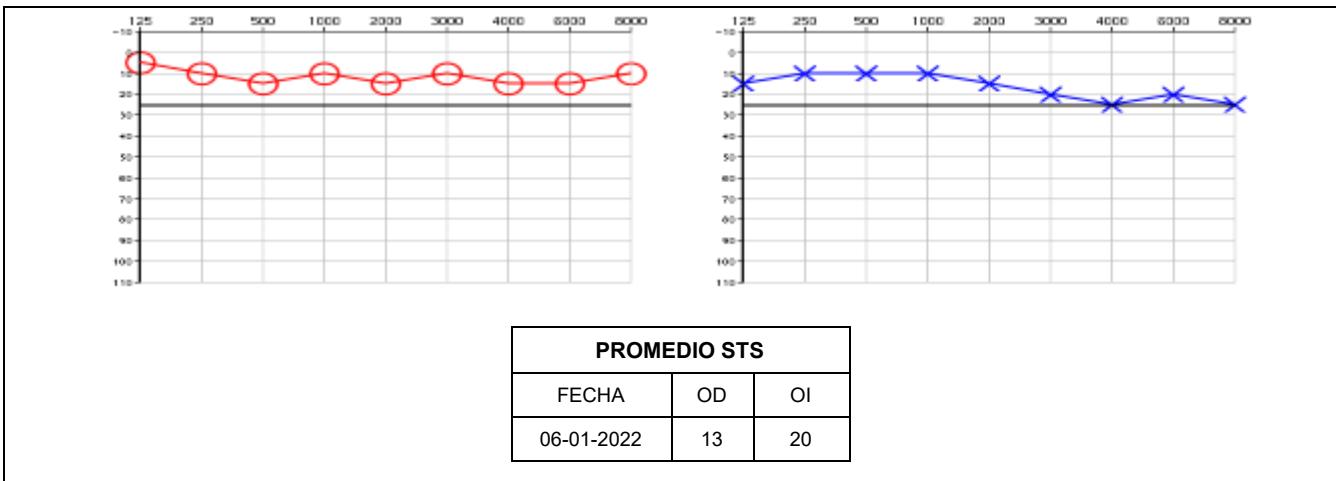
Nombre, Firma y Sello del Evaluador

Firma y Sello del Médico

**FICHA AUDIOLÓGICA**

Historia clínica	PQ4412-000066	Ficha audiológica						Audiometría	Marca: AMPLIVOX				
Fecha del Examen	06-01-2022	EXAMEN	Pre-ocupacional	X	Periodica				Modelo: 240				
			Retiro		Otro		Nº Serie: 31635 Fecha de Calibración de Equipo: 0000-00-00 Fecha de Calibración Biológica: 06-01-2022						
Nombres y apellidos		ELMER RIGOBERTO TORRES SANCHEZ											
Edad	45	Sexo	MASCULINO	Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C								
Ocupación	TECNICO DE MANTENIMIENTO			Años de Trabajo		20 AÑOS	Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d			8 HORAS			
Uso de protectores auditivos	Tapones	X	A Veces	Orejeras	X	Siempre	Apreciación al ruido	Ruido muy intenso		Ruido moderado	X	Ruido no molesto	

ANTECEDENTES Relacionados		SI	NO	SINTOMAS actuales				SI	NO
Exposición a ruido		X		Disminución de la audición					X
Consumo de tabaco			X	Acúfenos					X
Servicio militar			X	Dolor de oídos					X
Hobbies con exposición a ruido			X	Zumbidos					X
Exposición laboral a químicos			X	Mareos					X
Infección de oídos			X	Infección de oído					X
Uso de ototóxicos			X	Exposición reciente a ruidos en las últimas 18 horas					X
Traumatismo encéfalo craneano, Meningitis			X	Otros					X
Trauma acústico			X						
Parotiditis			X						
Deportes Acuáticos			X						
Parálisis Facial			X						
OTOSCOPIA:		Oido Derecho: NORMAL CAE Permeable, Membrana timpánica íntegra Oido Izquierdo: NORMAL CAE Permeable, Membrana timpánica íntegra							

**Conclusiones**

OIDO DERECHO: Z01.1 NORMOACUSIA
OIDO IZQUIERDO: Z01.1 NORMOACUSIA

Recomendaciones

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



Firma y Sello del Responsable de evaluación



Firma y Sello del Responsable de Revisión



INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

I.- DATOS GENERALES

PACIENTE	TORRES SANCHEZ ELMER RIGOBERTO	EDAD	45
LUGAR DE NACIMIENTO	Lima Lima Comas	F. NACIMIENTO	04-01-1977
LUGAR DE RESIDENCIA	PSJE VISCARDO Y GUZMAN 195	F. EVALUACIÓN;	06-01-2022
PUESTO DE TRABAJO	TECNICO DE MANTENIMIENTO	GRADO DE INSTRUCCIÓN	TECNICO COMPLETO
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
ESTADO CIVIL	CONVIVIENTE		

II. - MOTIVO DE EVALUACIÓN: PREOCUPACIONAL

III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS:

PRESENTACIÓN	Adecuado	(X)	Inadecuado	()		
POSTURA	Erguida	(X)	Encorvada	()		
DISCURSO	Ritmo:	Lento	()	Rápido	()	Fluido
	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:	SUPERIOR	CI	112
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 SUPERIOR. 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. TRATE DE BRINDAR ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EFECTIVAS Y SEGUIR PROMOViendo EL TRABAJO EN EQUIPO.

VII.- CONDICIÓN:

APTO



Lic. Isabel Gonzales Brair
Psicóloga
CPSP 6380
DOKTUS SAC

Firma y Sello del Responsable de la evaluación

FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: TORRES SANCHEZ ELMER
RIGOBERTO

EDAD 45

EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

PUESTO TECNICO DE MANTENIMIENTO

SEXO MASCULINO

FECHA 06-01-2022

ACTIVIDAD LABORAL:	Sedestación/De pie/Inclinaciones/Rotaciones			PRESENTA DOLOR	NO						
EVALUACIÓN ESTÁTICA											
SEGMENTOS											
Cabeza	Antepulsión	Antepulsión	Inclinación	No presenta	Rotación	No presenta					
Hombros	Antepulsados	Antepulsión	Elevación de	Ninguno de los hombros	Éscapulas	Normal					
Abdomen	Prominente										
Curvaturas Fisiológicas	Cervical	Normal	Dorsal	Normal	Lumbar	Normal					
Pelvis	Retroversión	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	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Codo	Der.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Muñeca	Der.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Cadera	Der.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Rodilla	Der.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
Tobillo	Der.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO
	Izq.	0	0	0	0	0	0	NO	NO	NO

EVALUACIÓN DE LA MARCHA

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

SIGNOS Y SÍNTOMAS

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

EXIGENCIAS FÍSICAS

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

RESULTADOS

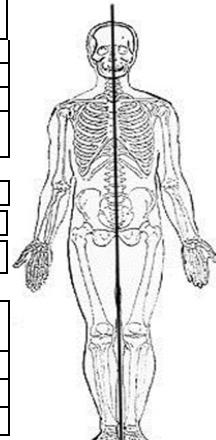
POSTURA	Óptima
---------	--------

CIE 10 DIAGNÓSTICO PARA COLUMNA VERTEBRAL

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

EXTREMIDADES

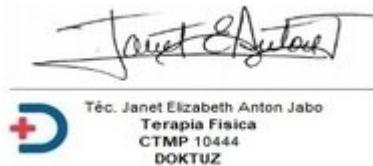
Z04.9	EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL
Recomendaciones	SE LE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS REGULARES (30 MINUTOS DIARIOS Y 5 VECES POR SEMANA) Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. LE AYUDARÁN A PREVENIR MOLESTIAS OSTEOMUSCULARES.



OTROS



Nombre y Firma del Evaluador



Firma y Sello del Médico

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



FICHA MUSCULO ESQUELETICA POR MÉDICO

N° DE HISTORIA CLINICA

PQ4412-000066

APELLIDOS Y NOMBRES

TORRES SANCHEZ ELMER RIGOBERTO

DNI

PER 10738234

TIPO DE EXAMEN:

PREOCUPACIONAL

SEXO

MASCULINO

FECHA DEL EXAMEN

06-01-2022

I. N° 1: Riesgos

PUESTO OPERATIVO	OPERATIVO	100	ADMINISTRATIVO	0	Horas /días	8/6
------------------	-----------	-----	----------------	---	-------------	-----

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 Frinkelstein	Der	-	Hallux Valgus	Der	-
	Izq	-		Izq	-

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

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

EJE LATERAL

Eje lateral	Normal	Derecha	Izquierda
Dorsal	X		
Lumbar	X		

EXAMEN FÍSICO

MOVILIDAD - DOLOR

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

PALPACIÓN (Marque con una X)

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

MANIOBRA RADICULO /DISCOPASTÍAS

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

REFLEJOS

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

Mutilación de Miembro

NO

III. N° 3: Comentarios.

DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES

IV. N° 4: Diagnóstico

Z04.9 EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA NORMAL

V. N° 5: Recomendaciones

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



Dra. Yerussa Paredes García Urrutia
Médico Cirujano
CMP 69925
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico



INFORME RADIOGRÁFICO

PACIENTE: TORRES SANCHEZ ELMER RIGOBERTO

EDAD: 45

SEXO: MASCULINO

EMPRESA: PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

PUESTO: TECNICO DE MANTENIMIENTO

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, 06 de Enero del 2022



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

Firma y Sello del Médico



EXAMEN DE LABORATORIO



Paciente:	TORRES SANCHEZ ELMER RIGOBERTO			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	45 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	06-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000066

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

BIOQUIMICA

GLUCOSA BASAL	104	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	323.3	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	296.9	mg/dL	Normal < 150 mg/dL Nivel Límite: 150 - 199 mg/dL Nivel Alto: > 200 mg/dL

OBSERVACIONES

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

FIRMA

Paciente:	TORRES SANCHEZ ELMER RIGOBERTO			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	45 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	06-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000066

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

HEMATOLOGIA**GRUPO SANGUINEO Y RH**

GRUPO SANGUINEO

O

FACTOR Rh

Positivo

HEMOGRAMA COMPLETO

NORMAL

RECUENTO DE LEUCOCITOS

6.36

x10³/uL

4.5 - 11

FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0

%

0 - 5

SEGMENTADOS %

67

%

35 - 66

EOSINOFILOS %

3.6

%

0 - 3

BASOFILOS %

0.8

%

0 - 1

MONOCITOS %

6

%

3 - 6

LINFOCITOS %

22.6

%

24 - 44

SEGMENTADOS

4.26

x10³ / mm³

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

0.23

x10³ / mm³

0.0 - 0.7

BASOFILOS

0.05

x10³ / mm³

(0 - 0.09)

MONOCITOS

0.38

x10³ / mm³

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

1.44

x10³ / mm³

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

5.63

x10⁶/uL

4.5 - 5.5

HEMOGLOBINA

17.4

g/dL

13.5 - 17.5

HEMATOCRITO

50.8

%

41 - 53

VCM

90.2

μm³

80.0 - 100

HCM

30.9

pg

26 - 34

CHCM

34.3

gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

271

x10³/uL

150.0 - 350

OBSERVACIONES


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

Paciente:	TORRES SANCHEZ ELMER RIGOBERTO			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	45 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	06-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000066

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

URIANALISIS

CUERPOS CETONICOS	Negativo	0	-	14
EXAMEN COMPLETO DE ORINA				
EXAMEN FISICO:	ANORMAL			
COLOR	Amarillo			
ASPECTO	Transparente			TRANSPARENTE
EXAMEN QUIMICO:				
DENSIDAD	1.015	1.005	-	1.030
pH	5	5	-	8
GLUCOSA	Negativo			NEGATIVO
PROTEINAS	Negativo	0	-	15
PIGMENTOS BILIARES	Negativo			NEGATIVO
UROBILINOGENO	1			NEGATIVO
NITRITOS	Negativo			NEGATIVO
SANGRE	Negativo			NEGATIVO
SEDIMENTO URINARIO:				
CELULAS EPITELIALES	Escamosas Escasas			
LEUCOCITOS	1 por campo	0	-	5
HEMATIES	1 por campo	0	-	2
CILINDROS	No se observan			
CRISTALES	No se observan			
OBSERVACIONES				



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

 FIRMA



EXAMEN DE LABORATORIO



Paciente:	TORRES SANCHEZ ELMER RIGOBERTO			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	45 años	Genero: MASCULINO
Fecha:	06-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000066

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

TORRES SANCHEZ ELMER
RIGOBERTO
PER 10738234
PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C



2

Preocupacional

DNI	10738234	FECHA	06-01-2022
EDAD	45	PERFIL	OPERATIVO 1-NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4412-000066	SEXO	MASCULINO
HORA DE INICIO EMO	07:28:30	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	TECNICO DE MANTENIMIENTO	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE		L.O	
TECNOLOGÍA MÉDICA	Lic. Antón Jabo Janet Elizabeth Tecnólogo Médico C.T.M.P. 10444		Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL	Veruska Pareto Gómez Urrutia MEDICO CIRUJANO C.M.P. 69125	V.P	Examen Medico
PSICOLOGÍA		S.B.	BARSIT Examen Psicológico
OFTALMOLOGÍA		A.O	Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA		T.P.C	Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES		EC.	Radiografía de Tórax
ESPIROMETRÍA			ESPIROMETRÍA
LABORATORIO		E.D	COLESTEROL TOTAL, ORINA, EXAMEN COMPLETO, Glucosa Ayunas, GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH, HEMOGRAAMA COMPLETO AUTOMATIZADO, TRIGLICÉRIDOS, COCAINA CUALITATIVA, EXAMEN (MARIHUANA) CUALITATIVO
EXAMENES PENDIENTE			Fecha Programada:
EXAMENES COMPLETADOS		Sello: Iniciales: Fecha:	

TRIAJE							
Peso	- 81	Talla	- 165	IMC	-	P. Abdominal	104
P.A. Sistólica	- 110	P.A. Diastólica	- 80	F. Cardiaca	- 76	F. Respiratoria	- 19
Temperatura	- 36.8	Sat. O2	- 97				
Cintura	- 102	Cadera	- 111	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 106	P.T. Inspiración	- 111	P.T. Reposo	- 111		

CREADO POR: GIULIANA ARBULU FECHA: 06-01-2022 HORA: 07:25:33

V01



 Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751639	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, TORRES SANCHEZ ELMER RIGOBERTO Identificado con D.N.I.
 N° PER 10738234 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 06-01-2022:

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 10738234
 Fecha: 06-01-2022



Huella Digital del Paciente
 DNI: PER 10738234
 Fecha: 06-01-2022

V01



Firma Electrónica del paciente
 DNI: PER 10738234
 Fecha: 06-01-2022



Huella Electrónica del paciente
 DNI: PER 10738234
 Fecha: 06-01-2022



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

Nombre Completo: TORRES SANCHEZ ELMER RIGOBERTO	Fecha:	06-01-2022
	DNI:	PER 10738234

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

Describa en caso de tener alguna respuesta positiva:

8 Marque si tuvo o tiene alguna enfermedad detallada en la siguiente relación	
si	no
Dolor de cabeza frecuentemente	
Migraña	
Fibromialgias	
Lumbalgias a repetición	
Dolor de columna	
Hernia del núcleo pulposo	
Ciática	
Enfermedad de la columna	
Epilepsia o convulsiones	
Vértigo/mareos	
Parálisis facial	
Desórdenes del Sistema nervioso	
Desmayos	
Pérdida de conciencia	
Depresión	
Intento de suicidio	
Tuberculosis Pulmonar	
Asma bronquial	
Enfisema	
Enfermedad pleural	
Tos con sangrado (espuma en sangre)	
Disminución de la audición (sordera)	
Enfermedad del oído	
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 solo 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

Firma y sello del Médico Evaluador

V01



	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 **TECNICO DE MANTENIMIENTO**, 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.I.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:

TORRES SANCHEZ ELMER RIGOBERTO

Fecha de Consentimiento:

06-01-2022

DNI:

PER 10738234

Firma del paciente



Dra. Ludy Murguía Valdivia
Coordinadora de Ocupacional - Auditora
CNP 45724 - RINA 04081
DOKTUS SAC

Firma y sello del médico

V01



Doktuz 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, TORRES SANCHEZ ELMER RIGOBERTO de 45 años de edad
trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado
con D.N.I./Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 10738234
domiciliado en PSJE VISCARDO Y GUZMAN 195:

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 podrá ejercer mis derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición que me brinda la Ley de Protección de Datos Personales – Ley 29733.

Nombre de Paciente: TORRES SANCHEZ ELMER RIGOBERTO

DNI: PER 10738234

Fecha de Autorización: 06-01-2022

Firma del paciente



Dra. Lucy Murguia Valdivia
Coordinadora Médica Ocupacional - Auditora
CNP: 00000000000000000000
DOKTUS SAC

Firma y sello del médico
V01



Doktuz Tesalia Medical S.A.C. RUC: 20600751639	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-006.02
	Titulo: 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, TORRES SANCHEZ ELMER RIGOBERTO, identificado (a) con DNI N° PER 10738234, 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:

Cesar Pach

Firma

FECHA : 06 / 01 / 22

V01



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

Nombre Completo: TORRES SANCHEZ ELMER RIGOBERTO	Fecha: 06-01-2022
	DNI: PER 10738234

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

Describa en caso de tener alguna respuesta positiva:

8 Marque si tuvo o tiene alguna enfermedad detallada en la siguiente relación		si	no	
si	no			
<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de cabeza frecuentemente		<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades renales
<input checked="" type="checkbox"/>	Migraña		<input checked="" type="checkbox"/>	Accidente cerebro vascular (derrame)
<input checked="" type="checkbox"/>	Fibromialgias		<input checked="" type="checkbox"/>	Isquemia o infartos
<input checked="" type="checkbox"/>	Lumbalgias a repetición		<input checked="" type="checkbox"/>	Hipertensión arterial
<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de columna		<input checked="" type="checkbox"/>	Arritmias o enfermedades cardíacas
<input checked="" type="checkbox"/>	Hernia del núcleo pulposo		<input checked="" type="checkbox"/>	Alergia a medicamentos
<input checked="" type="checkbox"/>	Ciática		<input checked="" type="checkbox"/>	Palpitaciones
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad de la columna		<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades oculares como glaucoma o catarata.
<input checked="" type="checkbox"/>	Epilepsia o convulsiones		<input checked="" type="checkbox"/>	Visión monocular (con un sólo ojo)
<input checked="" type="checkbox"/>	Vértigo/mareos		<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroides
<input checked="" type="checkbox"/>	Parálisis facial		<input checked="" type="checkbox"/>	Diabetes
<input checked="" type="checkbox"/>	Desórdenes del Sistema nervioso		<input checked="" type="checkbox"/>	Gota
<input checked="" type="checkbox"/>	Desmayos		<input checked="" type="checkbox"/>	Lupus
<input checked="" type="checkbox"/>	Pérdida de conciencia		<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades articulares (artritis, artrosis)
<input checked="" type="checkbox"/>	Depresión		<input checked="" type="checkbox"/>	Reumatismo
<input checked="" type="checkbox"/>	Intento de suicidio		<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad de la piel
<input checked="" type="checkbox"/>	Tuberculosis Pulmonar		<input checked="" type="checkbox"/>	Hernia abdominal
<input checked="" type="checkbox"/>	Asma bronquial		<input checked="" type="checkbox"/>	Hernia Inguinal
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfisema		<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades del hueso
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad pleural		<input checked="" type="checkbox"/>	Hemofilia
<input checked="" type="checkbox"/>	Tos con sangrado (espuma en sangre)		<input checked="" type="checkbox"/>	Desórdenes de la coagulación
<input checked="" type="checkbox"/>	Disminución de la audición (sordera)		<input checked="" type="checkbox"/>	Otras enfermedades o condiciones no descritas:
<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad del oído		<input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Movilidad limitada de extremidades		<input checked="" type="checkbox"/>	

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 
---	---

Yerussa Paquetes García Urutia
MEDICO CIRUJANO
C.E.P. 10225
Firma y Sello del Médico Evaluador

V01



06/01/22

DNI: 10738234

FECHA:

ANTECEDENTES LABORALES

Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres:
Torres Sánchez Elmer Roberto

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 Eléctricos	USO DE EPP ¿Usó equipo de protección personal?				
								AÑO INICIO / AÑOS:	POLVO	LENTE	MASCARILLA	GUANTES
1	Coporno SA	Rubro de Harina	Mantenimiento	Electricista Industrial	AÑO INICIO / AÑOS: 2016 / 5	RUIDO	DISERGONOMICO	AÑO SALIDA / MESES:	QUÍMICOS	LENTE	MASCARILLA	GUANTES
2	Trianon S.A	Ensamblando de Tableros eléctricos Industriales	Ensamble	Electricista Industrial	AÑO INICIO / AÑOS: 2012 / 4	RUIDO	DISERGONOMICO	AÑO SALIDA / MESES:	QUÍMICOS	LENTE	MASCARILLA	OTROS:
3	Conspro SAC	Servicios generales Empresas Industriales	Mantenimiento	Electricista Industrial	AÑO INICIO / AÑOS: 2016 / 8	RUIDO	DISERGONOMICO	AÑO SALIDA / MESES:	QUÍMICOS	LENTE	MASCARILLA	GUANTES
4					AÑO INICIO / AÑOS: 2008 / 4	RUIDO	DISERGONOMICO	AÑO SALIDA / MESES:	QUÍMICOS	LENTE	MASCARILLA	OTROS:
5					AÑO INICIO / AÑOS: 2012 / 6	RUIDO	DISERGONOMICO	AÑO SALIDA / MESES:	QUÍMICOS	LENTE	MASCARILLA	OTROS:
6					AÑO INICIO / AÑOS: 2012 / 6	RUIDO	DISERGONOMICO	AÑO SALIDA / MESES:	QUÍMICOS	LENTE	MASCARILLA	OTROS:



Firma del Trabajador

O. J. S.
Verónica Paquetes Ariana Urteaga

Firma del Médico



Doktuz

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA
DE MUESTRA EN LABORATORIO CLINICO**

APELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO:

DNI, PAS O CE: 10738234 EDAD: 45
TELÉFONOS: 943466811 - 5367175

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: 10738234

Fecha: 06/01/22

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: _____



Z

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION DE DROGAS DE ABUSO

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

Yo, Eduardo R. Torres Sanchez, identificado con DNI N° 10738234 y fecha de nacimiento 04/01/77, 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: _____
 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: E. Corbozol - Psmolso
 Dirección: _____

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: Eduardo R. Torres Sanchez

Fecha: 06/01/22

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* N° 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 Eduardo R. Torres Sanchez N° de DNI 10738234

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

NOTA:

Firma

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

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

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

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

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.