

Historia Clínica N°	PQ4412-000076			Fecha	Día	11	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	GIANELLA LIZETH VALENCIA CONDE								
Fecha de nacimiento	Día	01	Mes	08	Año	1998			
Edad	23	años							
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)	PER 74768465								
Domicilio fiscal									
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje	AAHH INCAHUARI								
Número/Departamento/Interior	MZ G LTE 2				Urbanización		-		
Distrito	-	Provincia	-	Departamento	LIMA				
Residencia en lugar Trabajo	SI	NO	X	Tiempo de residencia en Lugar de trabajo				años	
ESSALUD	-	EPS	-	OTRO	-	SCTR	-	OTRO	-
Correo electrónico	GLVALENCIA.CONDE@GMAIL.COM				Teléfono	960450958			
Estado Civil	SOLTERO				Grado de instrucción	SECUNDARIA COMPLETA			
Nº total de hijos vivos	3				Nº de dependientes	3			

## III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

EMPRESA	Área de trabajo	Ocupación	Fecha	Tiempo	Exposición ocupacional	EPP
CONSORCIO METROPOLITANO NORTE	TRANSITO	VIGIA DE TRANSITO	I F	Jun 2021 Dic 2021	X	posturas, caídas, disergonomicos, ruido
			I F			
			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	-

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA - 2018 - HOSPITAL LOAYZA

Descripción 1. PANCREATITIS (2018) ESTUVO HOSPITALIZADA POR 20 DIAS.

Antecedentes Ginecológicos:

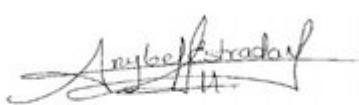
Fecha última Regla	15/12/21	Gestaciones	3	Hijos vivos	3	Hijos muertos	0
Régimen Catamenial	IRREGULAR	Método anticonceptivo	AMPOLLA MENSUAL				
Hábitos nocivos		Tipo	Cantidad	Frecuencia			
Alcohol		NIEGA	NIEGA	NIEGA			
Tabaco		NIEGA	NIEGA	NIEGA			
Drogas		NIEGA	NIEGA	NIEGA			
Medicamentos	AMPOLLA MENSUAL (MÉTODO ANTICONCEPTIVO)						

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°	3	Hijos fallecidos	N°	0

VI . EVALUACIÓN MEDICA											
Anamnesis											
NO REFIERE											
Examen clínico	Talla (cm)	156	Peso (Kg)	101	IMC	41.5	Perímetro abdominal	128			
	Fr. Resp.	17	F. Card.	75	PA	110 / 60	PAmed	76.67			
	Otros	S O2 97 %	FUR: 15/12/21								
Ectoscopia	ABEG/ ABEH/ ABEN										
Estado mental	LOTEP										
<b>EXAMEN FÍSICO</b>											
<b>Organo o Sistemas</b>	<b>Sin Hallazgos</b>	<b>Hallazgos</b>									
Piel		TIBIA, HIDRATADA, ELASTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS NO LESIONES.									
Cabeza / Cabello	X										
Ojos y anexos		Ojos	OD	Normal	OI	Normal					
		Agudeza Visual Cerca	OD	20/20	OI	20/20	Con correctores	OD		OI	
		Agudeza Visual Lejos	OD	20/20	OI	20/20	Con correctores	OD		OI	
		Fondo de ojo	OD	NO REALIZADO	OI	NO REALIZADO	Visión de colores	OD	NORMAL	OI	NORMAL
		Visión de profundidad	NORMAL								
		Exámen ocular externo	OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION								
Oidos	X										
Nariz	X										
Boca	X										
Faringe	X										
Laringe	X										
Cuello	X										
Aparato Respiratorio	X										
Aparato Cardiovascular	X										
Aparato Genitourinario	X										
Aparato Locomotor	X										
Marcha	X										
Columna		DOLOR A LA PALPACION EN MUSCULOS DE REGION LUMBAR									
Abdomen		ABUNDANTE TEJIDO ADIPOSO									
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										
					  <b>Dra. Yerussa Paredes Garcia Urrutia</b> Médico Cirujano CMP 69925 DOKTUZ						
Nombre, Firma del Trabajador					Nombre, Firma y Sello del Médico Evaluador						

<b>VII . CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA</b>					
APTO					
<b>VIII . CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS</b>					
TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL					
<b>IX . HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO</b>					
EXAMEN DE LABORATORIO DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES					
<b>X . CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍCA</b>					
NORMOACUSIA BILATERAL					
<b>XI . CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA</b>					
<b>XII . OTROS</b>					
<b>XIII . DIAGNÓSTICOS MÉDICO OCUPACIONAL</b>					
				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	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE			P	R
8	OBESIDAD TIPO III			P	D
9	CONTRACTURA MUSCULAR LUMBAR			P	D
10	PIE PLANO BILATERAL			P	R
11	TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL			P	D
12	EXAMEN DE LABORATORIO DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES			P	R
APTO	APTO CON RESTRICCIONES	NO APTO	X		
<b>XIV . RECOMENDACIONES</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- SU AUDICIÓN SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, DEBE REALIZARSE UN CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL.</li> <li>- SU AGUDEZA VISUAL ES OPTIMA. NO OLVIDE REALIZAR UN CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGÍA.</li> <li>- DEBE ACUDIR DE INMEDIATO A SU MÉDICO ENDOCRINÓLOGO PARA LA REALIZACIÓN DE UNA EVALUACIÓN MAS EXHAUSTIVA Y LE AYUDE A CORREGIR EL EXCESO DE PESO QUE PRESENTA.</li> <li>- EN SU EXAMEN SE LE ENCONTRÓ MOLESTIAS MUSCULARES, DE PERSISTIR LAS MOLESTIAS DEBE ACUDIR A TRAUMATOLOGÍA.</li> <li>- SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.</li> <li>- SU RADIOGRAFÍA DE TORAX ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL RADIOGRÁFICO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.</li> <li>- SU EXAMEN DE LABORATORIO ES NORMAL, LE SUGERIMOS REALIZARSE UN CONTROL AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.</li> </ul>					
  Dr. Anybel Roxana Estrada Vizcarra Médico Evaluador CMP 70087 DOKTUS					
Nombre, Firma y Sello del Médico Ocupacional					

**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL  
PREOCUPACIONAL**

APELLIDOS Y NOMBRES		VALENCIA CONDE GIANELLA LIZETH	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD			
DNI ( <input checked="" type="checkbox"/> )	C.E. ( <input type="checkbox"/> )	PER 74768465	
EDAD	23 años		
GÉNERO	FEMENINO		
PUESTO AL QUE POSTULA (SOLO PRE OCUPACIONAL)		AYUDANTE DE PRODUCCION	
EMPRESA		SEDE O PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

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

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

FECHA DEL EXAMEN 11-01-2022




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:	VALENCIA CONDE GIANELLA LIZETH		
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
TIPO DE EVALUACION:	PREOCUPACIONAL		
PUESTO	AYUDANTE DE PRODUCCION	AREA DE TRABAJO	OPERACIONES
FECHA DE EVALUACIÓN	11-01-2022	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL
FECHA DE EMISIÓN	11-01-2022		
DNI:	74768465	EDAD:	23 años
SEXO:	FEMENINO	HISTORIA CLÍNICA	PQ4412-000076

## **EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO**

<b>Hemoglobina:</b>	12.8 g/dL	<b>Grupo y Factor:</b>	O Positivo	<b>Orina Completa:</b>	NORMAL
<b>Glucosa:</b>	85 mg/dL	<b>Colesterol:</b>	159.6 mg/dL	<b>Triglicéridos</b>	131.7 mg/dL
<b>Col. HDL:</b>	NO APLICA	<b>Col. LDL:</b>	NO APLICA	<b>PSA:</b>	NO APLICA

## **TRIAJE**

<b>Talla:</b>	156 cm.	<b>Peso:</b>	101 kg.	<b>IMC:</b>	41.5 kg/m <sup>2</sup>
<b>Presión Arterial:</b>	110/60 mmHg.	<b>Frec. Respiratoria:</b>	17 x minuto.	<b>Frec. Cardiaca:</b>	75 x minuto.

CONCLUSIÓN

- 1.- NORMOACUSIA BILATERAL.
  - 2.- EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN: EMÉTROPE
  - 3.- OBESIDAD TIPO III
  - 4.- CONTRACTURA MUSCULAR LUMBAR
  - 5.- PIE PLANO BILATERAL
  - 6.- TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL
  - 7.- EXAMEN DE LABORATORIO DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES

## **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.- DEBE ACUDIR DE INMEDIATO A SU MÉDICO ENDOCRINÓLOGO PARA LA REALIZACIÓN DE UNA EVALUACIÓN MAS EXHAUSTIVA Y LE AYUDE A CORREGIR EL EXCESO DE PESO QUE PRESENTA.
  - 4.- EN SU EXAMEN SE LE ENCONTRÓ MOLESTIAS MUSCULARES, DE PERSISTIR LAS MOLESTIAS DEBE ACUDIR A TRAUMATOLOGÍA.
  - 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 VALENCIA CONDE GIANELLA LIZETH EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C.  
 EDAD 23 FECHA: 11-01-2022  
 OCUPACIÓN AYUDANTE DE PRODUCCION LENTES: NO USA  
 FECHA ULTIMO CAMBIO \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

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

#### EXAMEN OCULAR EXTERNO :

OD: SIN ALTERACION / OI: SIN ALTERACION

#### EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

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

#### REFLEJOS PUPILARES

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

#### FONDO DE OJO

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

#### TONOMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

#### CAMPIMETRÍA

OJO DERECHO	NO REALIZADO	
OJO IZQUIERDO	NO REALIZADO	

#### OTRAS EVALUACIONES:

NO APLICA
-----------

#### DIAGNÓSTICOS:

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



---

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

---

Nombre, Firma y Sello del Evaluador

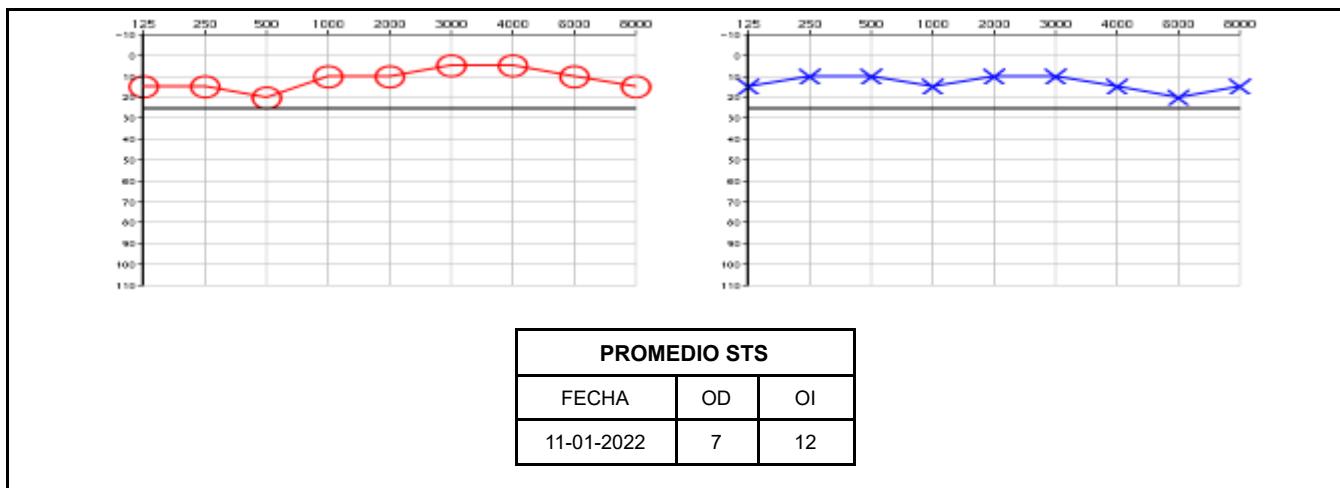
---

Firma y Sello del Médico

### FICHA AUDIOLÓGICA

Historia clínica	PQ4412-000076	Ficha audiológica				Audiometría	Marca: AMPLIVOX					
Fecha del Examen	11-01-2022	EXAMEN	Pre-ocupacional	<input checked="" type="checkbox"/>	Periodica			Modelo: 240				
			Retiro		Otro			Nº Serie: 31635 Fecha de Calibración de Equipo: 0000-00-00 Fecha de Calibración Biológica: 11-01-2022				
Nombres y apellidos		GIANELLA LIZETH VALENCIA CONDE										
Edad	23	Sexo	FEMENINO	Empresa	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C							
Ocupación	AYUDANTE DE PRODUCCION			Años de Trabajo			Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d			8 HORAS		
Uso de protectores auditivos	Tapones	<input checked="" type="checkbox"/>	Siempre	Orejeras			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		X		Disminución de la audición				X
Consumo de tabaco			X	Acúfenos				X
Servicio militar			X	Dolor de oídos				X
Hobbies con exposicion 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	PACIENTE REFIERE TRABAJA CON RUIDOS DE MOTORES 5 AÑOS				
Parotiditis			X					
Deportes Acuáticos			X					
Parálisis Facial			X					
<b>OTOSCOPIA:</b>		Oido Derecho: NORMAL CAE Permeable, Membrana timpánica íntegra Oido Izquierdo: NORMAL CAE Permeable, Membrana timpánica íntegra						



#### Conclusiones

OIDO DERECHO: Z01.1 NORMOACUSIA

OIDO IZQUIERDO: Z01.1 NORMOACUSIA

#### Recomendaciones

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



Lic. Johana Lisset Gómezchávez Luján  
Licenciada de Enfermería  
Nº Colegiatura 092057 CAOHC 562921 NIOSH 8864  
**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	VALENCIA CONDE GIANELLA LIZETH	EDAD	23
LUGAR DE NACIMIENTO	Lima	F. NACIMIENTO	01-08-1998
LUGAR DE RESIDENCIA	AAHH INCAHUARI	F. EVALUACIÓN;	11-01-2022
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	GRADO DE INSTRUCCIÓN	SECUNDARIA COMPLETA
EMPRESA	PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C		
ESTADO CIVIL	SOLTERO		

### II. - MOTIVO DE EVALUACIÓN: PREOCUPACIONAL

### III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS:

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

### IV.- RESULTADOS DE EVALUACION

1. Nivel Intelectual:	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 EXTROVERSIÓN		
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. ES DETALLISTA, HÁBIL, CON NIVEL CONFIANZA ADECUADO EN SUS CAPACIDADES, ORDENADA, EXIGENTE CONSIGO MISMA Y ORIENTADA A LA BÚSQUEDA DE RESULTADOS. 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 6300  
DOKTUS SAC

**Firma y Sello del Responsable de la evaluación**

## FICHA MUSCULOESQUELÉTICA

NOMBRE: VALENCIA CONDE GIANELLA LIZETH EDAD 23 SEXO FEMENINO  
 EMPRESA PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C PUESTO AYUDANTE DE PRODUCCION FECHA 11-01-2022

ACTIVIDAD LABORAL:	De pie			PRESENTA DOLOR	SI						
<b>EVALUACIÓN ESTÁTICA</b>											
<b>SEGMENTOS</b>											
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	Ambos						

### MOVILIDAD - DOLOR

Columna vertebral	Flexión	Extensión	Lateralización Derecha	Lateralización Izquierda	Rotación derecha	Rotación izquierda	Limitación Funcional	Irradiación
Cervical	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no
Dorsal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no
Lumbar	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	no	no

Puebla de Adams	Negativo
-----------------	----------

EXPLORACIÓN		
Test específicos		+/-
LASSEGUE	Derecho	-
	Izquierdo	-
SCHOBER		-

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

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

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

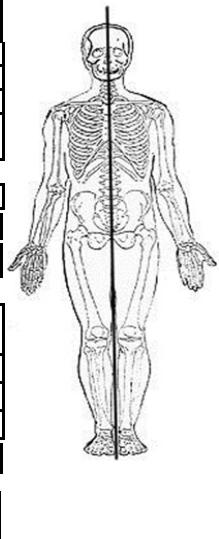
SIGNOS Y SÍNTOMAS	
GRADO 0	Ausencia de signos y síntomas.
GRADO 1	Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva.
GRADO 2	Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización.
GRADO 3	Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión.
GRADO 4	Grado 3 más limitación funcional evidente clínicamente.

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

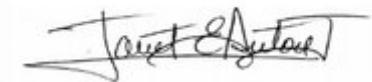
POSTURA	Óptima
---------	--------

CIE 10	DIAGNÓSTICO PARA COLUMNA VERTEBRAL
M62.4	CONTRACTURA MUSCULAR LUMBAR
Recomendaciones	EN SU EXAMEN SE LE ENCONTRÓ MOLESTIAS MUSCULARES, DE PERSISTIR LAS MOLESTIAS DEBE ACUDIR A TRAUMATOLOGÍA.



**EXTREMIDADES**

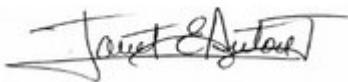
M21.4	PIE PLANO BILATERAL
Recomendaciones	SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.
OTROS	



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	<u>PQ4412-000076</u>			DNI	PER 74768465
APELLIDOS Y NOMBRES	VALENCIA CONDE GIANELLA LIZETH			SEXO	FEMENINO
TIPO DE EXAMEN:	PREOCUPACIONAL				
FECHA DEL EXAMEN	11-01-2022				

I. N° 1: Riesgos

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

## II. N° 2: Evaluación.

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

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

### EXPLORACION FÍSICA DE ARTICULACIONES

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

Muñeca		+/-	Pie		+/-
Test de Phalen	Der	-	Cavo	Der	-
	Izq	-		Izq	-
Test de Tinel	Der	-	Plano	Der	-
	Izq	-		Izq	-
Signo de 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.

DOLOR A LA PALPACION EN MUSCULOS DE REGION LUMBAR

## IV. N° 4: Diagnóstico

M62.4 CONTRACTURA MUSCULAR LUMBAR

## V. N° 5: Recomendaciones

EN SU EXAMEN SE LE ENCONTRÓ MOLESTIAS MUSCULARES, DE PERSISTIR LAS MOLESTIAS DEBE ACUDIR A TRAUMATOLOGÍA.

Dra. Yerussa Paredes García Urrutia  
Médico Cirujano  
CMP 69925  
DOKTUZ

Firma y Sello del Médico

## INFORME RADIOGRÁFICO

**PACIENTE:** VALENCIA CONDE GIANELLA LIZETH

**EDAD:** 23

**SEXO:** FEMENINO

**EMPRESA:** PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C

**PUESTO:** AYUDANTE DE PRODUCCION

### INFORME

El estudio radiográfico de tórax realizado muestra:

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

### DIAGNÓSTICO:

- (Z01.6) TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL

Lima, 11 de Enero del 2022

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

---

Firma y Sello del Médico

Paciente:	VALENCIA CONDE GIANELLA LIZETH			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	23 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	11-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000076

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

**BIOQUIMICA**

GLUCOSA BASAL	85	mg/dL	74 - 106
COLESTEROL TOTAL	159.6	mg/dL	Normal: < 200 mg/dL Nivel Límite: 200 - 239 mg/dL Nivel Alto: >= 240 mg/dL
TRIGLICERIDOS	131.7	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:	VALENCIA CONDE GIANELLA LIZETH			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	23 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	11-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000076

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

## HEMATOLOGIA

### GRUPO SANGUINEO Y RH

GRUPO SANGUINEO

FACTOR Rh

### HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO DE LEUCOCITOS

O  
Positivo  
NORMAL

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

4.5 - 11

### FORMULA LEUCOCITARIA:

ABASTONADOS %

0.0 %

0 - 5

SEGMENTADOS %

59.3 %

35 - 66

EOSINOFILOS %

1.1 %

0 - 3

BASOFILOS %

0.2 %

0 - 1

MONOCITOS %

8 %

3 - 6

LINFOCITOS %

31.4 %

24 - 44

SEGMENTADOS

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

1.8 - 7.7

EOSINOFILOS

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

0.0 - 0.7

BASOFILOS

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

(0 - 0.09)

MONOCITOS

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

0.0 - 0.9

LINFOCITOS

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

1 - 4.8

RECUENTO DE HEMATIES

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

4 - 4.9

HEMOGLOBINA

12.8 g/dL

12.0 - 16

HEMATOCRITO

37.7 %

36 - 46

VCM

91.5  $\mu\text{m}^3$

80.0 - 100

HCM

31.1 pg

26 - 34

CHCM

34 gr/dl

31 - 37

RECUENTO DE PLAQUETAS

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

150.0 - 350

### OBSERVACIONES



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

FIRMA

Paciente:	VALENCIA CONDE GIANELLA LIZETH		
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	23 años
Fecha:	11-01-2022	Genero:	FEMENINO

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

### URIANALISIS

CUERPOS CETONICOS	Negativo	0	-	14
<b>EXAMEN COMPLETO DE ORINA</b>	<b>NORMAL</b>			
EXAMEN FISICO:				
COLOR	Amarillo			
ASPECTO	Transparente			TRANSPARENTE
EXAMEN QUIMICO:				
DENSIDAD	1.015	1.005	-	1.030
pH	6	5	-	8
GLUCOSA	Negativo			NEGATIVO
PROTEINAS	Negativo	0	-	15
PIGMENTOS BILIARES	Negativo			NEGATIVO
UROBILINOGENO	Negativo			NEGATIVO
NITRITOS	Negativo			NEGATIVO
SANGRE	10			NEGATIVO
SEDIMENTO URINARIO:				
CELULAS EPITELIALES	Escamosas Escasas			
LEUCOCITOS	1 por campo	0	-	5
HEMATIES	2 por campo	0	-	2
CILINDROS	No se observan			
CRISTALES	No se observan			
<b>OBSERVACIONES</b>				



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

---

FIRMA

---

Paciente:	VALENCIA CONDE GIANELLA LIZETH			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	23 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	11-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000076

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:	VALENCIA CONDE GIANELLA LIZETH			
Médico:	COLICHON ALEJANDRO	Edad:	23 años	Genero: FEMENINO
Fecha:	11-01-2022	Historia Clínica:		PQ4412-000076

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**





21

RUTA N

DNI	74768465	FECHA	11-01-2022
EDAD	23	PERFIL	OPERATIVO 1-NOV 2021
Nº HISTORIA CLINICA	PQ4412-000076	SEXO	FEMENINO
HORA DE INICIO EMO	07:50:23	HORA DE SALIDA	-
PUESTO DE TRABAJO	AYUDANTE DE PRODUCCION	PROYECTO	OFICINA PRINCIPAL

Preocupacional

EXAMENES	FIRMA y SELLO	INICIALES	ESPECIFICACIONES / OBSERVACIONES
TRIAJE			
TECNOLOGÍA MÉDICA	Lic. Antón Jabo Janet Elizabeth Tecnólogo Médico C.I.M.P. 116344		Ficha Musculoesquelética por Tecnólogo
MEDICINA GENERAL	DR. JOSE RODRIGUEZ URRIOLA MEDICO CIRUJANO C.R.D. 61925		Examen Medico
PSICOLOGÍA			BARSIT Examen Psicologico
OFTALMOLOGÍA			Examen Oftalmológico Ocupacional
AUDIOMETRÍA			Audiometria Aerea y Osea
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES			Radiografía de Tórax
ESPIROMETRÍA			ESPIROMETRÍA
LABORATORIO			HCG CUALITATIVO (PRUEBA DE EMBARAZO), COLESTEROL TOTAL, ORINA, EXAMEN COMPLETO, Glucosa Ayunas, GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH, HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO, TRIGLICÉRIDOS, COCAÍNA CUALITATIVA, EXAMEN (MARIHUANA) CUALITATIVO
EXAMENES PENDIENTE			Fecha Programada:
EXAMENES COMPLETADOS		Sello:  Iniciales:  Fecha:	

TRIAJE							
Peso	- 101	Talla	- 1.56	IMC	-	P. Abdominal	- 128
P.A. Sistólica	- 110	P.A. Diastólica	- 60	F. Cardiaca	- 75	F. Respiratoria	- 17
Temperatura	- 36.3	Sat. O2	- 97				
Cintura	- 113	Cadera	- 126	Indice C-C	-		
P.T. Espiración	- 122	P.T. Inspiración	- 926	P.T. Reposo	- 125		

CREADO POR: RUTH JARAID ENCISO CRUZ FECHA: 11-01-2022 HORA: 07:48:18

V01



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

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

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

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

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

Nombre en Letra Imprenta:

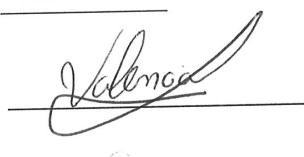
VALENCIA CONDE GIANELLA LIZETH

11-01-2022

Fecha de Consentimiento:

PER 74768465

DNI:



Firma del paciente



Huella digital del paciente



Dra. Ludy Murguia Valdivia  
Coordinadora Médico Ocupacional - Auditora  
CMB: 00000000000000000000000000000000  
DOKTUS SAC

Firma y sello del médico

V01



 <p>Tessal Medical S.A.C. RUC: 20600751639</p>	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, VALENCIA CONDE GIANELLA LIZETH de 23 años de edad  
trabajador de la Empresa PERUANA DE MOLDEADOS S.A.C Identificado  
con D.N.I/Pasaporte/ Carnet de Extranjería N° PER 74768465  
domiciliado en AAHH INCAHUARI:

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:

VALENCIA CONDE GIANELLA LIZETH

DNI:

PER 74768465

Fecha de Autorización:

11-01-2022

Firma del paciente




Huella digital del paciente

Firma y sello del médico



Dra. Ludy Muñoz Valdés  
Coordinadora de Salud Ocupacional - Auditora  
CNP 45724 RMA 04081  
DOKTUS SAC

V01





DIRECCIÓN MÉDICA  
Título:  
CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO

Código y Versión:  
DM-FR-006.02

Fecha de Emisión:  
2017-MAY-16

Página:  
1 de 1

### CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE SUSTANCIAS DE ABUSO

Yo, VALENCIA CONDE GIANELLA LIZETH, identificado (a) con DNI N° PER 74768465, el día del mes de: del año: , declaro en forma libre y voluntaria que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósitos de las pruebas que me realizarán por lo tanto autorizo expresamente al Centro Médico de la empresa con razón social: Tesalia Medical S.A.C. y con nombre comercial: Doktuz, para que efectué las pruebas necesarias para detectar en mi muestra de orina la presencia de Drogas de abuso.

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



HUELLA

FIRMA  
LEY N° 26842 Art. 4

DATOS DEL PROFESIONAL TESTIGO:

NOMBRE:

FECHA : 11 / 01 / 22  
DIA MES AÑO

V01

Firma



 Tessalia Medical S.A.C. RUC: 20600751629	DIRECCIÓN MÉDICA	Código y Versión: DM-FR-005.02
	Título: <b>DECLARACIÓN JURADA DE NO GESTANTE PARA REALIZACIÓN DE EXAMENES RADIOGRÁFICOS EN MUJERES</b>	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: Tessalia 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:	GIANELLA LIZETH VALENCIA CONDE
Fecha de Declaración:	11-01-2022
DNI:	PER 74768465

Firma del paciente




HUELLA DEL PACIENTE

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, VALENCIA CONDE GIANELLA LIZETH Identificado con D.N.I.

Nº PER 74768465 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 11-01-2022:

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 74768465  
Fecha: 11-01-2022



Huella Digital del Paciente  
DNI: PER 74768465  
Fecha: 11-01-2022



Firma Electrónica del paciente  
DNI: PER 74768465  
Fecha: 11-01-2022



Huella Electrónica del paciente  
DNI: PER 74768465  
Fecha: 11-01-2022

V01



# Doktuz

Si piensas en Salud, piensa en Doktuz

Apellidos y Nombres:

Valencia Conde Gamella Vileth

## ANTECEDENTES LABORALES



DNI: 74768465

FECHA: 11-01-22

## ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Nº	EMPRESA (Nombre de la empresa que trabaja)	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>CONSORCIO METROPOLITANO NORTE</u>	<u>DÉSUCO DE VEHÍCULOS</u> <u>Transito Vehicular</u>	<u>Transito</u>	<u>Vigilante de Transito</u>	<u>23-06-21</u>		RUIDO	X LENTES	X MASCARILLA
2	<u>Compañía Nacional de Chocolates del Perú</u>	<u>Producción</u>	<u>Chocolate Panetón</u>	<u>Ayudante de Producción</u>	<u>31-12-21</u>		MESES: QUÍMICOS	X TAPONES / OREJERAS	X TAPONES / OREJERAS
3	<u>Imperial</u>	<u>Producción</u>	<u>Zondo licor</u>	<u>Ayudante de Producción</u>	<u>20-12-2016</u>		OTROS: <u>Cafeo</u> <u>Espuma</u>	X GUANTES	X LENTES
4	<u>Yobel Suplín</u>	<u>Producción</u>	<u>Joyas</u>	<u>Ayudante de Producción</u>	<u>20-12-2016</u>		OTROS: <u>Biológico</u>	X TAPONES / OREJERAS	X TAPONES / OREJERAS
5.							OTROS: <u>Químico</u>	X TAPONES / OREJERAS	X TAPONES / OREJERAS
6							OTROS: <u>Químico</u>	X TAPONES / OREJERAS	X TAPONES / OREJERAS

Yerussa Paola Cecilia Urtua  
MEDICO CIRUJANO  
C.M.P. 39925



Firma del Médico

Yerussa

Firma del Trabajador



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

Nombre Completo: VALENCIA CONDE GIANELLA LIZETH	Fecha: 11-01-2022
	DNI: PER 74768465

Con el objetivo de conocer sus antecedentes médicos más pueden afectar su seguridad y salud en el trabajo, le solicitamos leer detenidamente y responder las siguientes preguntas:

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

Describa en caso de tener alguna respuesta positiva:

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

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

FIRMA DEL TRABAJADOR	HUELLA
	

V01

Yerusa Paredes García Urrutia  
MEDICO QUIJANO  
Firma y sello del Médico Evaluador



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA EN LABORATORIO CLINICO

APELLIDOS Y NOMBRE COMPLETO:

*Valencia Conde Giannella Zinth*

DNI, PAS O CE:

*74768465*

EDAD:

*23*

TELÉFONOS:

*960450958*

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 córrintazo).

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 cumplo 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.

*Valencia*

Firma del Paciente o Persona Responsable

Documento de Identidad: *74768465*

Fecha: *11-01-22*

### 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: \_\_\_\_\_



21

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

Yo, Gianella Ruth Valencia Onde, identificado con DNI N° 74968465 y fecha de nacimiento 01-08-98, 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: Pamisa  
 Dirección: Callao

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: Valeen

Fecha: 11-08-22

**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\***

Nº Lote: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

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

**SECCIÓN 3. INFORMACION DEL MUESTREADOR – TESTIGO**

Nombres y Apellidos Vanessa Pineda Nº de DNI 003319882

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

NOTA:

Firma Van

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

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

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

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

POSITIVA

NEGATIVA

Es positiva para los siguientes analitos:

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

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

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

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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