CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL
EXAMEN PERIODICO

CLÍNICA OCUPACIONAL Santa Elena MÉDICOS PARA TU SALUD	CÓDIGO	40907275
	PROYECTO	

CERTIFICA QUE EL Sr. (a):

Nombres y Apellidos	CASTILLO ENRIQUEZ, MELFI ELIZABETH					
DNI	40907275	Edad	44 años	Género	**F** :X	**M :**
Empresa	HUAYTEÑA S.A.C.					
Puesto de trabajo (al que postula)	-					
Puesto actual o última ocupación	COCINERA					

Conclusiones

LA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL SE REALIZÓ DE ACUERDO AL PERFIL MÉDICO SOLICITADO.

APTITUD EN RELACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO

APTO Para el puesto en el que trabaja o postula	**X**
NO APTO Para el puesto en el que trabaja o postula	
APTO CON RESTRICCIÓN Para el puesto en el que trabaja o postula	

RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES

-SE RECOMIENDA DIETA HIPOGRASA, HIPOCALORICA , REALIZAR ACTIVIDAD FISICA REGULAR Y EVALUACION POR NUTRICIÓN EN 03 MESES.
-CONTROL AUDIOMETRICO CADA SEIS MESES Y USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN LABORES EXPUESTAS A RUIDOS.

Dra. Sofía Martínez Leandro Medico Ocupacional - Auditor CMP. 076744 - RNA: A11246	Dra. Sofía Martínez Leandro Medico Ocupacional - Auditor CMP. 076744 - RNA: A11246	Carol F. Velásquez Arquiñigo Especialista en Medicina Ocupacional y Medio Ambiente CMP. 58664 RNE. 29703
Nombre: Martinez Leandro Sofia	**Nombre**: Martinez Leandro Sofia	**Nombre**: VELASQUEZ ARQUIÑIGO CAROL
Sello y Firma del Médico que EVALUA	Sello y Firma del Médico que AUDITA	Sello y Firma del Médico que CERTIFICA

FECHA DE EMISIÓN:	**11/01/2025**

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

Anexo N° 02

HISTORIA CLÍNICA MÉDICA OCUPACIONAL

Nº Ficha Médica:	40907275					Fecha:	**11-01-2025**
Tipo de evaluación	Pre Ocupacional		Periódico	X	Retiro	Otros	
Lugar del examen	Departamento: LIMA		Provincia: HUAURA			Distrito: HUACHO	

I. DATOS DE LA EMPRESA

Razón Social: HUAYTEÑA S.A.C.

Actividad Económica: ACTIVIDADES DE RESTAURANTES Y DE SERVICIO MÓVIL DE COMIDAS

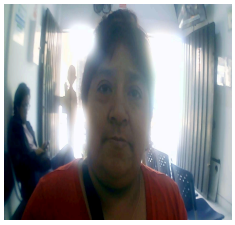
Dirección fiscal: MZA. F LOTE. 06 URB. LOS PÍNOS (COSTADO ECOGRAFIAS DOOPLER CASA 4 PIS) LIMA - BARRANCA - BARRANCA Dto: BARRANCA Prv: BARRANCA Dpto: LIMA

Perfil: PERFIL : PERSONAL OPERATIVO / SET. 2024

Área: COCINA Sección:

Puesto actual o al que postula: COCINERA

II FILIACIÓN DEL TRABAJADOR



Apellidos y Nombres: CASTILLO ENRIQUEZ MELFI ELIZABETH

Fecha de Nacimiento: 24/07/1980 Edad: 44 años Sexo: F

Documento Identidad: 40907275 Estado Civil: SOLTERO

Domicilio Actual: - -

Distrito: MARCA Provincia: RECUAY Departamento: ÁNCASH

Residencia en Lugar de Trabajo: NO Tiempo:

ESSALUD [ ] EPS [ ] SCTR [ ] SIS [ ] OTRO [ ] NIEGA [X]

Grado de Instrucción: SECUNDARIA COMPLETA Ocupación: COCINERA

Teléfono: 969853000 Correo Electrónico:

Nº Total Hijos vivos: 4 N° Dependientes: 4

III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

EMPRESA	ÁREA DE TRABAJO	PUESTO	FECHA	TIEMPO	ALTITUD	EXPOSICIÓN	Hrs/dia	Usó EPP
HUAYTEÑA S.A.C.	COINA	COCINERA	I: Ene / 2024 F: Ene / 2025	1 AÑO				botas, lentes, casco, ropa
INDEPENDIENTE		COCINA	I: Oct / 2024 F: Dic / 2024	2 MESES	Hasta 2500 msnm	Polvo; Posturas; Ruido; Caídas		
RIO SANTA		COCINA	I: Abr / 2022 F: Oct / 2023	1 AÑO y 6 MESES	Hasta 2500 msnm	Polvo; Posturas; Ruido; Caídas		botas, lentes, ropa, tapones auditivos, guantes

IV. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

IMA	-	Alergias	-	Tifoidea	-	Enf. Psiquiat.-	-	Fracturas	-	CIRUGÍAS	
HTA	-	Asma	-	Neoplasias	-	Enf. Cardiov	-	Anemia	-		
ACV	-	Bronquitis	-	Quemaduras	-	Enf. Oculares	-	Obesidad	X		
TBC	-	Diabetes	-	Discopatías	-	Enf. Reumat.	-	Dislipid	-		
ETS	-	Hepatitis AB	-	Convulsiones	-	Enf.Pulmon	-	Intoxicac	-	SOLO SI TUVO TUBERCULOSIS	
VIH	-	Hernias	-	Gastritis	-	Alt. en Piel	-	Cirugias	-	FECHA QUE TUVO TBC	
TEC	-	Lumbalgias	-	Úlceras	-	Tendinitis	-	Otros	-	COMPLETO TRATAMIENTO?	

OBSERVACIONES: OBESIDAD

V. ABSENTISMO (Asociado a trabajo o no)

Enfermedad o Accidente	Asociado al trabajo		Año	Dias de descanso
	Si	No		
NIEGA				
NIEGA				

VI. HÁBITOS NOCIVOS

	Tipo	Cantidad	Frecuencia
Alcohol	NO		
Tabaco	NO		
Drogas	NO		
Medicamentos	NO		

PACIENTE	CASTILLO ENRIQUEZ MELFI ELIZABETH	HC Nº	40907275

VII - ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Padre	Niega	Hnos	Niega
Madre	Niega	Hijos	Niega
Conyuge	Niega		

VIII - EVALUACIÓN MÉDICA

Síntomas:
NIEGA MOLESTIAS

Examen Clínico, Antropometría, Func. vitales	Talla(m)	1.51	Peso(Kg)	86	IMC	37.72	Per. Abd.	108 cm	PA	100/60	$mmHg^2$
	FC X'	63	FR X'	17	T ºC	36.5	Per. Cad.	114 cm	FUR	15/12/24	

Ectoscopía: Normal

Estado Mental: LUCIDO

EXAMEN FÍSICO

OJOS Y ANEXOS	AGUDEZA VISUAL	SIN CORREGIR		CORREGIDA		VISIÓN DE PROFUNDIDAD	Normal
		OD	OI	OD	OI	VISIÓN DE COLORES	Normal
	VISIÓN DE LEJOS	20/20	20/20			FONDO DE OJO	
	VISIÓN DE CERCA	20/20	20/20			EXAMEN CLINICO EXTERNO:	Ectoscopia: Sin hallazgos significativos

	Sin Hallazgos	DESCRIPCIÓN DE ALTERACIONES
Piel	X	
Cabeza	X	
Oidos	X	
Nariz	X	
Boca	X	
Faringe	X	
Cuello	X	
Ap. Respiratorio	X	
Ap. Cardiovascular	X	
Ap. Digest / Abdomen	X	
Ap. G-U / Pelvis	X	
Miembros superiores	X	
Miembros inferiores	X	
Sistema Nervioso	X	
Sistema Linfatico	X	
Sist. Osteomuscular	X	
Columna	X	

OBSERVACIÓN

PACIENTE	CASTILLO ENRIQUEZ MELFI ELIZABETH	HC Nº	40907275

IX - CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

APTO

X - CONCLUSIONES DE RADIOGRAFÍA DE TORAX

OIT: 1.- SIN PATRON NEUMOCONIOTICO 2.- RAYOS X DE TORAX DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES

XI - HALLAZGOS DE LABORATORIO

HEMATOCRITO: 37.7%

XII - CONCLUSIONES DE AUDIOMETRÍA

HIPOACUSIA CONDUCTIVA LEVE BILATERAL D/C OTRAS ALTERACIONES NO DEBIDAS A RUIDO SEGUN KLOCKHOFF MOD

XIII - CONCLUSIONES DE ESPIROMETRÍA

SIN HALLAZGOS PATOLOGICOS A LA ACTUALIDAD

XIV - OTRAS CONCLUSIONES

1- EXAMEN VISUAL: EMETROPE
2- MUSCULOESQUELÉTICO: EXAMEN ESPECIAL, EXAMEN MUSCULOESQUELÉTICO NORMAL
3- ELECTROCARDIOGRAMA: EKG DENTRO DEL RANGO NORMAL
4- IMC: 37.72 Kg/m^2
5- PRESIÓN ARTERIAL: 100 / 60 mmHg

NOTA:

XV - DIAGNÓSTICO MÉDICO OCUPACIONAL/CONCLUSIONES		P	D	R	**CIE-10**
1	OBESIDAD II (IMC: 37.72)		X		E66.0
2	HIPOACUSIA CONDUCTIVA LEVE BILATERAL D/C OTRAS ALTERACIONES NO DEBIDAS A RUIDO SEGUN KLOCKHOFF MOD	X			H90.2
3					
4					
OTROS DIAGNÓSTICOS					
1					
2					
3					
4					

APTITUD

APTO	**X**	APTO CON RESTRICCIONES		NO APTO	

XVII - RECOMENDACIONES/RESTRICCIONES

- SE RECOMIENDA DIETA HIPOGRASA, HIPOCALORICA , REALIZAR ACTIVIDAD FISICA REGULAR Y EVALUACION POR NUTRICIÓN EN 03 MESES.
- CONTROL AUDIOMETRICO CADA SEIS MESES Y USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN LABORES EXPUESTAS A RUIDOS.

MÉDICO EVALUADOR	
Dr.(a)	Sofia Martinez Leandro
FECHA:	11-01-2025

Dra. Sofia Martinez Leandro
Medico Ocupacional - Auditor
CMP. 076744 - RNA: A11246





Huella Digital y Firma del Pacientesss (con la cual declara que la información declarada es veraz)

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS MÉDICOS Y ANTECEDENTES

EMPRESA: HUAYTEÑA S.A.C. **FECHA:** 11-01-2025

Yo: CASTILLO ENRIQUEZ MELFI ELIZABETH de 44 años de edad, con
DNI: 40907275 declaro que toda la información proporcionada en esta declaración jurada es verdadera no habiendo omitido ningún dato voluntariamente.

1- RIESGOS LABORALES RELACIONADOS AL PUESTO DE TRABAJO

Ruido	Vibraciones	Temperatura	Químicos	Tipo de Examen	PERIODICO
Polvo	Altura Estruc.	Cancerígenos	Posturas	Tipo de labor	
Cargas	Altura msnm	Biológicos	Eléctricos	Horas/día, Expuesto	
Otros:				Uso de EPP	no
				Restricciones Médicas:	

2- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OCUPACIONALES

Presuntas Enfermedades relacionadas al trabajo que declara

NIEGA	Fecha:	¿Recibió tratamiento?	Días de descanso
	Fecha:	¿Recibió tratamiento?	Días de descanso

Presuntos Accidentes que declara haber padecido:

NIEGA	Fecha:	¿Dejó incapacidad?	Días de descanso
	Fecha:	¿Dejó incapacidad?	Días de descanso

3- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

IMA	-	Alérgias	-	Tifoidea	-	Enf. Psiquiat.	-	Fracturas	-
HTA	-	Asma	-	Neoplasias	-	Enf. Cardiov.	-	Anemia	-
ACV	-	Bronquitis	-	Quemaduras	-	Enf. Oculares.	-	Obesidad	X
TBC	-	Diabetes	-	Discopatías	-	Enf. Reumat.	-	Dislipid.	-
ETS	-	Hepatitis	-	Convulsiones	-	Enf. Pulmonares.	-	Intoxicac.	-
VIH	-	Hernias	-	Gastritis	-	Alter. de la Piel	-	Amputación	-
TEC	-	Lumbalgias	-	Úlceras	-	Tendinitis	-	Sordera	-
Fobias	-	Vértigos	-	Migrañas	-	Onicomicosis	-	Otros	-

CIRUGÍAS

SOLO SI TUVO TUBERCULOSIS

FECHA QUE TUVO TBC
¿COMPLETÓ TRATAMIENTO? Si [ ] No [ ]

OBSERVACIONES:
OBESIDAD

4- HÁBITOS NOCIVOS

	Tipo	Cantidad	Frecuencia
Alcohol	NO	NO	NO
Tabaco	NO	NO	NO
Drogas	NO	NO	NO

Medic. NO

5- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Padre	NO REFIERE	**Hnos**	NO REFIERE
Madre	NO REFIERE	**Hijos**	NO REFIERE
Conyuge	NO REFIERE		

6- OTRAS OBSERVACIONES



FIRMA DEL TRABAJADOR



HUELLA DIGITAL



MÉDICO MEDICINA OCUPACIONAL

* Toda la información que he proporcionado es verdadera, no habiendo omitido ningún dato voluntariamente.

Nombres y apellidos: MELFI ELIZABETH CASTILLO ENRIQUEZ Historia clínica: 40907275

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

HISTORIA OCUPACIONAL

Apellidos y Nombres: CASTILLO ENRIQUEZ MELFI ELIZABETH N° Documento: 40907275 Fecha Nacimiento: 24/07/1980 Sexo: FEMENINO

Lugar de Nacimiento: Marca - Recuay - Áncash Lugar de procedencia: Marca - Recuay - Áncash

Fecha de Inicio	Empresas	Altitud	Actividades de la Empresa	Área de Trabajo	Ocupación	Tiempo de Trabajo		Peligros / Agentes Ocupacionales	Uso EPP
						Subsuelo	Superficie		Tipo EPP
Ene / 2024	HUAYTEÑA S.A.C.		COCINERA	COINA	COCINERA				botas, lentes, casco, ropa
Oct / 2024	INDEPENDIENTE	Hasta 2500 msnm	COCINA		COCINA		2 MESES	Polvo; Posturas; Ruido; Caídas	NO
Abr / 2022	RIO SANTA	Hasta 2500 msnm	COCINA		COCINA		1 AÑO y 6 MESES	Polvo; Posturas; Ruido; Caídas	botas, lentes, ropa, tapones auditivos, guantes
Jun / 2020	INDEPENDIENTE		COCINA		COCINA				NO

2025	01	11
Año	Mes	Día

Firma del Trabajador

Clínica Santa Elena
Dr. CRISTHIAN OMAR GERONIMO CERNA
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 96224

p. Médico del Trabajo

Nombres y apellidos: MELFI ELIZABETH CASTILLO ENRIQUEZ Historia clínica: 40907275

VALORACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA: EXAMEN CLÍNICO

Apellidos y Nombres: CASTILLO ENRIQUEZ MELFI ELIZABETH | Doc. de identidad: 40907275

Edad: 44 | Sexo: Femenino | Fecha: 11-01-2025

Empresa: HUAYTEÑA S.A.C.

COLUMNA VERTEBRAL DESVIACIÓN DEL EJE ANTERO - POSTERIOR

CURVAS FISIOLOGICAS ANT- POST	NORMAL	AUMENTADA	DISMINUIDA
Cervical	SI	-	-
Dorsal	SI	-	-
Lumbar	SI	-	-

DESVIACIONES DEL EJE LATERAL

EJE LATERAL	NORMAL	CONCAVIDAD AUMENTADA	CONCAVIDAD DISMINUIDA
Dorsal	SI	-	-
Lumbar	SI	-	-

MOVILIDAD - DOLOR:

	FLEXIÓN	EXTENSIÓN	LATERALIZACIÓN IZQUIERDA	LATERALIZACIÓN DERECHA	ROTACIÓN DERECHA	ROTACIÓN IZQUIERDA	IRRADIACIÓN
Columna Cervical	0	0	0	0	0	0	NO
Dorso Lumbar	0	0	0	0	0	0	NO

EXPLORACIÓN		+/-
Lasegue	Derecho	-
	Izquierdo	-
Test de Schober	Derecho	-
	Izquierdo	-

PALPACIÓN

	Apófisis espinosas dolorosas	Contractura muscular
Columna cervical	NO	NO
Columna dorsal	NO	NO
Columna lumbar	NO	NO

ARTICULACIONES: MOVILIDAD - DOLOR

Articulación		Abducción	Aducción	Flexión	Extensión	Rotación Externa	Rotación Interna	Irradiación	Alt. Masa Muscular
Hombro	DER	0	0	0	0	0	0	NO	NO
	IZQ	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Codo	DER	0	0	0	0	0	0	NO	NO
	IZQ	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Muñeca	DER	0	0	0	0	0	0	NO	NO
	IZQ	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Cadera	DER	0	0	0	0	0	0	NO	NO
	IZQ	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Rodilla	DER	0	0	0	0	0	0	NO	NO
	IZQ	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Tobillo	DER	0	0	0	0	0	0	NO	NO
	IZQ	0	0	0	0	0	0	NO	NO

EXPLORACIÓN		+/-
Test de Phalen	Derecho	-
	Izquierdo	-
Test de tinel	Derecho	-
	Izquierdo	-

		Varo	Valgo
Codo	Derecho	-	-
	Izquierdo	-	-
		Varo	Valgo
Pie	Derecho	-	-
	Izquierdo	-	-

Nombres y apellidos: MELFI ELIZABETH CASTILLO ENRIQUEZ | Historia clínica: 40907275

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Grado 0 **X**	Ausencia de signos y sintomas.
Grado 1	Dolor en reposo y/o existencia de sintomatologia 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 clinicamente

CONTROL BIOLÓGICO Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS ESPECÍFICOS

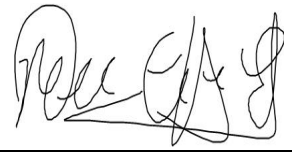
VALORACIÓN DE LA APTITUD MEDICO - LABORAL

Apto sin restricciones [X]
Apto con restricciones [ ]
- Personales [ ]
- Laborales [ ]
- Restrictivas [ ]
- Adaptativas [ ]

No Apto [ ]
En Observación [ ]

Observaciones

SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR



Firma del trabajador

Nombre y apellidos: CASTILLO ENRIQUEZ MELFI ELIZABETH

Doc. de identidad: 40907275



Huella digital



FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

11	01	2025
dia	mes	año

Nombres y apellidos: MELFI ELIZABETH CASTILLO ENRIQUEZ Historia clínica: 40907275

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

INFORME RADIOGRÁFICO CON METODOLOGÍA OIT-2000

PLACA N°				**HCL**	40907275		**Lector**											
Nombre	CASTILLO ENRIQUEZ MELFI ELIZABETH													**Edad**	44 años			
Fecha de lectura	11	01	2025		**Fecha de radiografía**									11	01	2025		
	Dia	Mes	Año											Dia	Mes	Año		

I. Calidad Radiográfica				**Causas**						
1	Buena	**X**		1	Sobreexposición		5	Escapulas	
2	Aceptable			2	Subexposición		6	Artefacto	
3	Baja Calidad			3	Posición centrado		7	Otros	
4	Inaceptable			4	Inspiración Insuficiente				

Comentario sobre defectos Técnicos

II.ANORMALIDADES PARENQUIMATOSAS (si NO hay anormalidades pase a III A.Pleurales)

2.1. Zonas Afectadas (marque TODAS las zonas afectadas)

	Der.	**Izq.**
Superior		
Medio		
Inferior		

2.2. Porfusión (opacidad pequeñas) (escala de 12 puntos) (Consulte las radiografías estándar; marque la subcategoría)

0/-	0/0	0/1
1/0	1/1	1/2
2/1	2/2	2/3
3/2	3/3	3/+

2.3. Forma y Tamaño (Consulte las radiografías estándar; se requieren dos simbolos; marque un primario y secundario)

Primaria		Secundaria	
p	s	p	s
q	t	q	t
r	u	r	u

2.4. Opacidades Grandes (Marque 0 si no hay ninguna o marque A, B o C)

0	
A	
B	
C	

III.ANORMALIDADES PLEURALES (si NO hay anormalidades pase a símbolos) **SI** | | **NO** | **X**

3.1 Placas Pleurales (0=Ninguna, D=Hemitórax derecho; I=Hemitórax izquierdo)

Sitio (Marque) las casillas adecuadas

Perfil	0	D	I	0	D	I
De frente	0	D	I	0	D	I
Diafragma	0	D	I	0	D	I
Otro(s) sitio(s)	0	D	I	0	D	I

Calcificación (marque)

0	D		0	I	
1	2	3	1	2	3

Obliteración del Anguno Costofrenico: 0 | D | I

Extensión (pared Torácica; combinada para placas de perfil y de frente)

1	< 1/4 de la pared lateral del tórax
2	Entre 1/4 y 1/2 de la pared lateral del tórax
3	> 1/2 de la pared lateral del tórax

Ancho (opcional) (ancho minimo exigido : 3 mm)

a	De 3 a 5 mm
b	De 5 a 10 mm
c	Mayor a 10 mm

D			I			
a	b	c	a	b	c	

3.2 Engrosamiento Difuso de la Pleura(0=Ninguna, D=Hemitórax derecho; I=Hemitórax izquierdo)

Pared Toráxica				**Calcificación**			**Extensión**						**Ancho**					
De perfil	0	D	I	0	D	I	0	D		0	I		D			I		
							1	2	3	1	2	3	a	b	c	a	b	c
De frente	0	D	I	0	D	I												

IV. SÍMBOLOS * **SI** | | **NO** | **X**

(Rodee con un círculo la respuesta adecuada; si rodea **od**, escriba a continuación un **COMENTARIO**)

aa	at	ax	bu	ca	cg	cn	co	cp	cv	di	ef	em	es	od
fr	hi	ho	id	ih	kl	me	pa	pb	pi	px	ra	rp	tb	

COMENTARIOS
1.- SIN PATRON NEUMOCONIOTICO
2.- RAYOS X DE TORAX DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES

Firma y sello del médico

Dra. Sofia Martinez Leandro
Medico Ocupacional - Auditor
CMP. [illegible]744 - RNA: A11246

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

DECLARACIÓN JURADA DE NO GESTACIÓN

Yo, **CASTILLO ENRIQUEZ MELFI ELIZABETH** identificado con DNI N° **40907275** de la Empresa **HUAYTEÑA S.A.C.** declaro NO estar embarazada ni tener sospecha de estarlo, por lo que accedo a la toma de Radiografía solicitada según protocolo.

Autorizo al personal de **SANTA ELENA SERVICIOS MÉDICOS EIRL** para que lleve a cabo la radiografía correspondiente exceptuándolos de cualquier responsabilidad.

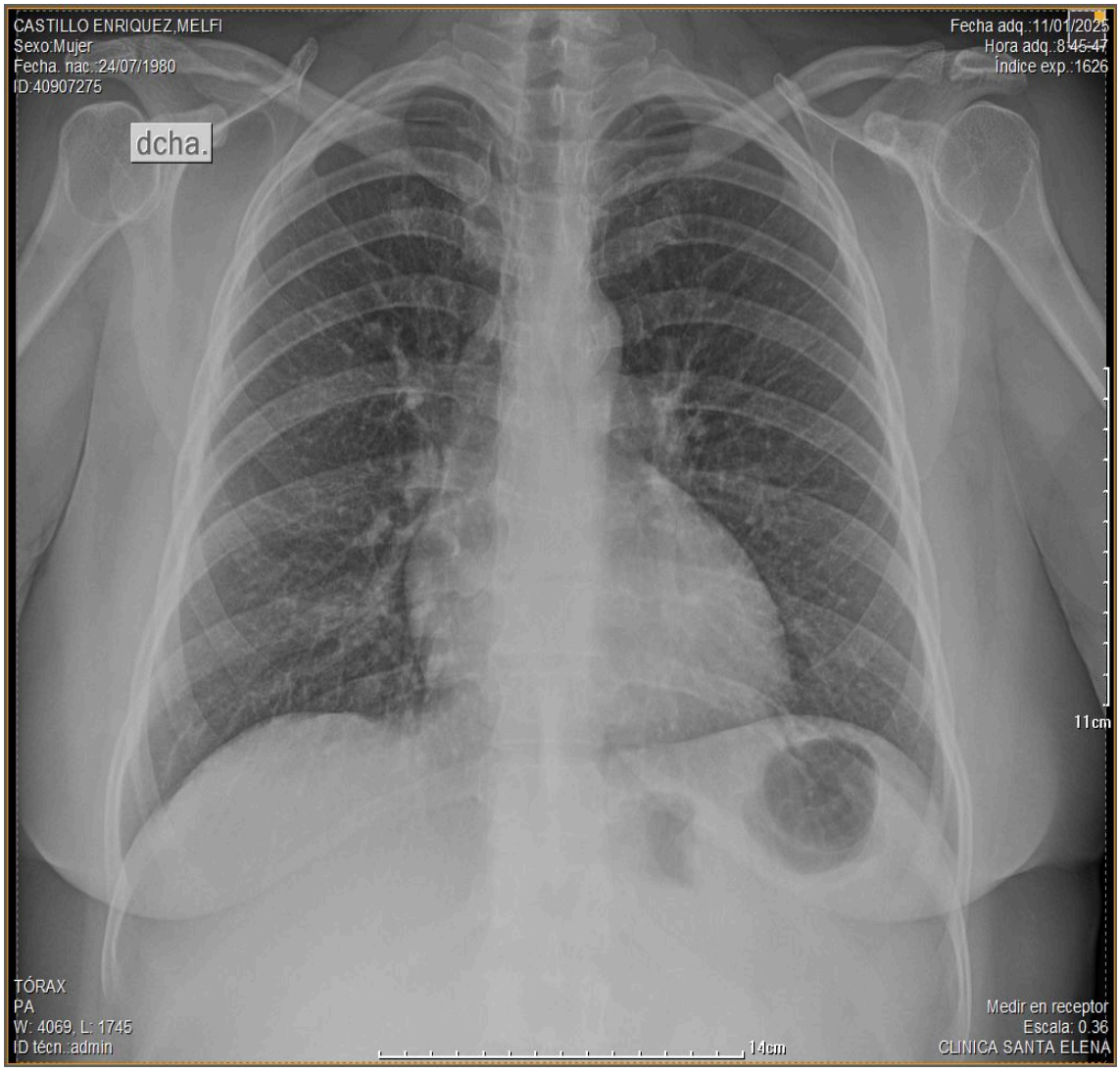
11 de Enero de 2025

Firma	Huella Digital
	

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

ADJUNTO

APELLIDOS Y NOMBRES	:	CASTILLO ENRIQUEZ MELFI ELIZABETH
EDAD	:	44 años
FECHA	:	11-01-2025
EMPRESA	:	HUAYTEÑA S.A.C.



CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA

DATOS PERSONALES		
APELLIDOS Y NOMBRES CASTILLO ENRIQUEZ MELFI ELIZABETH		
EMPRESA HUAYTEÑA S.A.C.	**OCUPACIÓN** COCINERA	**FECHA DE EXAMEN** 11-01-2025

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

ENFERMEDAD ACTUAL:

Ectoscopía: Sin hallazgos significativos
Signos y síntomas: Niega

EXAMEN:

AGUDEZA VISUAL	Sin corregir		Corregida		Agujero estenopeico		Reflejos pupilares	
	O.D.	O.I.	O.D.	O.I.	O.D.	O.I.	O.D.	O.I.
VISIÓN DE CERCA	20/20	20/20					NORMAL	NORMAL
VISIÓN DE LEJOS	20/20	20/20						
CONCLUSIÓN AGUDEZA VISUAL	NORMAL							

PERCEPCIÓN DE COLORES BÁSICOS

	OD	OI
ROJO	Normal	Normal
VERDE	Normal	Normal
AMARILLO	Normal	Normal

CAMPIMETRÍA

OI
OD

VISIÓN DE COLORES

Normal

Nistagmos SI ☐ NO ☒

VISIÓN DE PROFUNDIDAD

Normal

EXAMEN DE MOTILIDAD OCULAR:

OD : --
OI : --

FONDO DE OJO: No Aplica

OD

OI

PRESIÓN INTRAOCULAR: NO APLICA

OD mmHg

OI mmHg

REFRACCIÓN: NORMAL

Lejos:

	Esfera	Cilindro	Eje	Corregido a:
Ojo Derecho				
Ojo Izquierdo				

DIP:

Cerca:

	Corregido a:
Ojo Derecho	
Ojo Izquierdo	

OBSERVACIONES / RECOMENDACIONES

Z01.0 EMETROPE
CONTROL OFTALMOLOGICO ANUAL

Clínica Santa Elena
Dr. CRISTHIAN OMAR GERÓNIMO CERNA
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 96224

Firma y Sello del Evaluador

Carol F. Velásquez Arquiñigo
Especialista en Medicina
Ocupacional y Medio Ambiente
CMP. 58664 RNE. 29703

Firma y Sello del Especialista

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

Form 007	FICHA DE AUDIOMETRÍA	

Nro. Historia	40907275	TIPO DE EXAMEN				AUDIÓMETRO	MARCA	AMPLIVOX AUDIOGRAM
Fecha de examen	11-01-2025 DD/MM/AAAA	EMPO	EMOA X	EMOR	Control		MODELO	240
							CALIBRACIÓN	22-01-2021

Apellidos y Nombres: CASTILLO ENRIQUEZ MELFI ELIZABETH

Edad: 44 años	Sexo: F	Empresa: HUAYTEÑA S.A.C.
Puesto de Trabajo: COCINERA	**Tiempo en el puesto:** 1 AÑO	**Tiempo de exposición diaria:** 12H/0H
¿Se expone a ruido? No X Si	¿Cuál es la fuente?	¿Cuál es el Nivel - turno? dB
¿Usa protectores? No X Si	Si usa EPP, ¿cuál es la frecuencia? Siempre Casi siempre No siempre	

1.- Requisitos para pasar la audiometría (Todas las respuestas deben de ser NO, sino postergar)

	OK	Incumple
¿Si hizo cambios de altitud menores de 3500 ha reposado 24h, y en casos mayores de 3500m ha reposado 48h?	X	
¿Hizo reposo auditivo en las 14 horas previas (Ej.: Música, práctica de tiro, etc.)?	X	
¿No presenta ningún proceso infeccioso o inflamatorio Otorrinolaringológico (Ej.: Resfrío)?	X	
¿Ha dormido bien la noche previa?	X	
¿No ha consumido alcohol el día previo?	X	
¿No usa medicamentos que influyen en la prueba?	X	

2.- Antecedentes relacionados	SI	NO
Consumo de tabaco		X
Práctica de tiro		X
Hobbies con exposición a ruido		X
Exposición laboral a químicos		X
Infección al oído		X
Uso de ototóxicos (ver lista adjunta)		X

3.- Síntomas actuales	SI	NO
Disminución de la audición		X
Otalgia		X
Acúfenos		X
Vértigo		X
Infección al oído		X
Secreción ótica		X

Otros relacionados:

4.- Antecedentes médicos de importancia

	Si	No		Si	No		Si	No		Si	No
Rinitis, Sinusitis		X	TEC		X	Diabetes M.		X	Displidemia		X
Meningitis		X	Sarampión		X	Enf. tiroidea		X	Sordera familiar		X

Comentarios

5.- Examen Otoscópico

O.D CAE:	Permeable	O.I CAE:	con 80% cerumen seco
Membrana Timpánica D.:	No se Visualisa	Membrana Timpánica I.:	Normal

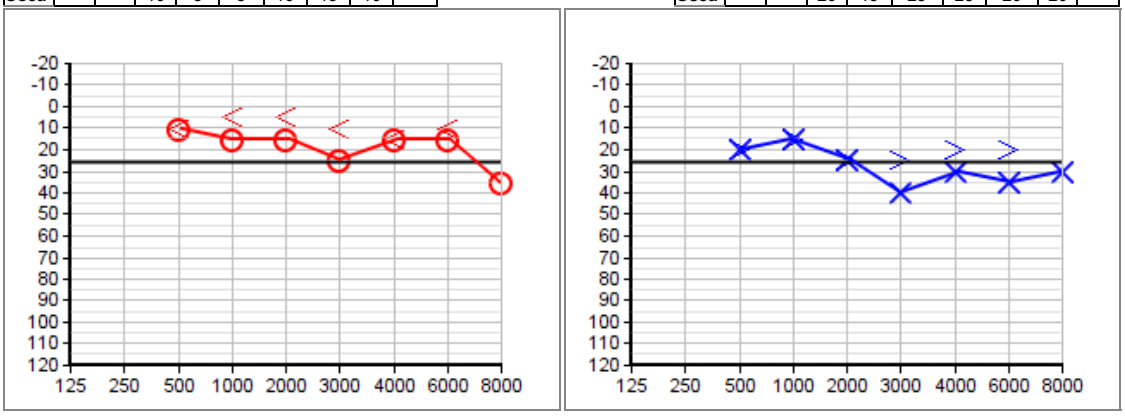
6.- Audiometría **VÍA AÉREA** **OD: Rojo - o** **OI: Azul - x** **VÍA ÓSEA** **OD: Rojo - <** **OI: Azul - >**

Oído derecho

Hz	125	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Aérea			10	15	15	25	15	15	35
Ósea			10	5	5	10	15	10	

Oído izquierdo

Hz	125	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Aérea			20	15	25	40	30	35	30
Ósea			20	15	25	25	20	20	



7. Conclusión

H90.2 HIPOACUSIA CONDUCTIVA LEVE BILATERAL D/C OTRAS ALTERACIONES NO DEBIDAS A RUIDO SEGUN KLOCKHOFF MOD

Comentario

8.- Diagnóstico de progresión Caso Nuevo ☐ Empeoramiento ☐ Estacionario ☐

9.- Deterioro Monoaural **OD** _____ **OI** _____ **D.Binaural** _____ **Impedimento Global:** _____

10. Recomendaciones

CONTROL AUDIOMETRICO CADA SEIS MESES Y USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN LABORES EXPUESTAS A RUIDOS.



Firma y Huella del Trabajor



Sello y firma del Médico Responsable



Sello y firma de quien realizó la audiometría

Nombres y apellidos: MELFI ELIZABETH CASTILLO ENRIQUEZ Historia clínica: 40907275

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR

APELLIDOS Y NOMBRES:	CASTILLO ENRIQUEZ MELFI ELIZABETH		
EDAD:	44 AÑOS	**FECHA:**	11-01-2025
EMPRESA:	**DESTINO:**	HUAYTEÑA S.A.C.	

ANTEC. CARDIOVASCULARES: (marque con un aspa) SI ☐ NO ☒
ESPECIFICAR:

SÍNTOMAS: (marque con un aspa) SI ☐ NO ☒
ESPECIFICAR:

EXAMEN CARDIOLÓGICO P.A. 100 / 60 mmHg

RITMO		F.C.	63	INT. PR:	
INT. QRS:				INT. QT:	
ONDA P:				ONDA Q:	
ONDA R:				ONDA S:	
ONDA T:				ONDA U:	
SEGM. ST:				EJE QRS:	

CONCLUSIONES: Normal ☒ Anormal ☐

DIAGNÓSTICO(S):
EKG DENTRO DEL RANGO NORMAL

RECOMENDACIONES:

(Adjuntar aquí Electrocardiograma)



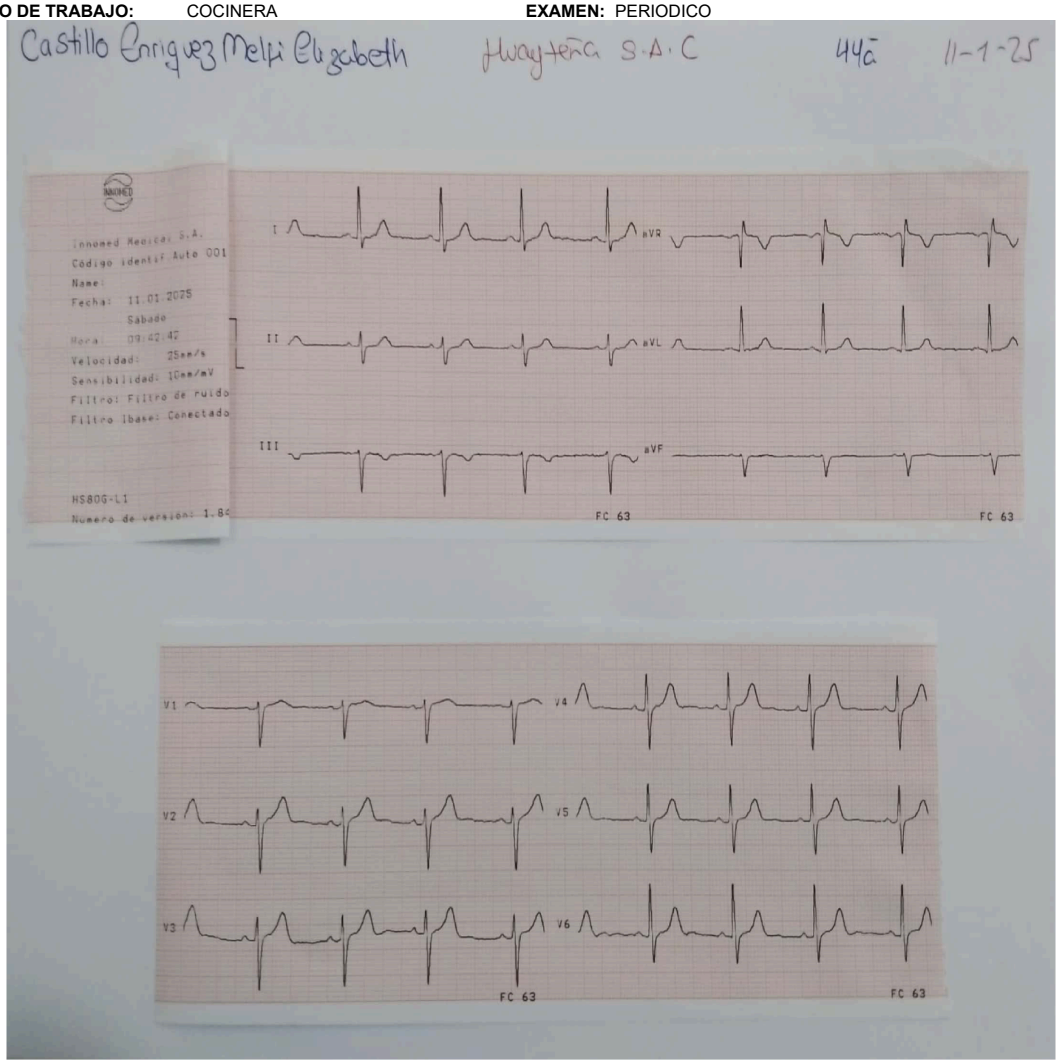
Sello y firma del Médico Cardiológico

Nombres y apellidos: MELFI ELIZABETH CASTILLO ENRIQUEZ Historia clínica: 40907275

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

INFORME ELECTROCARDIOGRAMA

APELLIDOS Y NOMBRES:	CASTILLO ENRIQUEZ MELFI ELIZABETH	**DNI:**	40907275	**HC Nº:**	40907275
EMPRESA:	HUAYTEÑA S.A.C.	**SEXO:**	FEMENINO	**EDAD:**	44 AÑOS
PUESTO DE TRABAJO:	COCINERA	**EXAMEN:**	PERIODICO		



Escaneado con CamScanner

CONCLUSIÓN

EKG DENTRO DEL RANGO NORMAL

RECOMENDACIONES

Dra. Sofia Martinez Leandro
Medico Ocupacional - Auditor
CMP. 76744 - RNA: A11246

FIRMA DEL MÉDICO

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

FICHA PSICOLÓGICA OCUPACIONAL

N° HC 40907275 **Fecha de evaluación:**

11	01	25
DIA	MES	AÑO

I.- DATOS GENERALES:

Apellidos y Nombres : CASTILLO ENRIQUEZ MELFI ELIZABETH
Edad : 44 años
Fecha de Nacimiento : 24-07-1980
Lugar de Nacimiento : ÁNCASH - RECUAY - MARCA
Estado Civil : SOLTERO
Grado de Instrucción : Secundaria Completa
Lugar de Residencia :
Evaluación : Pre-Ocupacional ☐ Ocupacional ☒ Post - Ocupacional ☐

II.- MOTIVO DE LA EVALUACIÓN

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

III. DATOS OCUPACIONALES

3.1- EMPRESA ACTUAL (postula, trabaja o trabajó)

Nombre de la Empresa: HUAYTEÑA S.A.C.
Actividad de la Empresa: ACTIVIDADES DE RESTAURANTES Y DE SERVICIO MÓVIL DE COMIDAS
Área de trabajo: COCINA Superficie ( ) Subsuelo ( ) Tiempo Total Laborando 4 AÑOS y 3 MESES
Puesto: COCINERA

Principales Riesgos
RIESGOS PSICOSOCIALES

Medidas de Seguridad
CAPACITACIONES

3.2- ANTERIORES EMPRESA (experiencia laboral)

FECHA	NOMBRE DE LA EMPRESA	ACT. DEL EMPRESA	PUESTO	TIEMPO SUP	TIEMPO SUB	CAUSA DEL RETIRO
Ene 2024	HUAYTEÑA S.A.C.	COCINERA	COCINERA			
Oct 2024	INDEPENDIENTE	COCINA	COCINA	X		
Abr 2022	RIO SANTA	COCINA	COCINA	X		

IV. HISTORIA FAMILIAR

NO PRESENTA ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS FAMILIARES.

V.- ACCIDENTES Y ENFERMEDADES: (durante el tiempo de trabajo)

NIEGA ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS.

VI.- HÁBITOS (pasatiempos, consumo de tabaco, alcohol y/o drogas)

-HÁBITOS NOCIVOS:
TABACO: NO
ALCOHOL: SI
CAFÉ: NO
DROGAS: NO
-PASATIEMPOS: ACTIVIDADES RECREATIVAS

VII.- OTRAS OBSERVACIONES:

NINGUNA.

VIII.- EXAMEN MENTAL:

8.1- 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	( )

8.2- PROCEDIMIENTOS COGNITIVOS

- **Lúcido, atento:**
- **Pensamiento:** CURSO NORMAL
- **Percepción:** UMBRALES ADECUADOS
- **Memoria:** Corto Plazo NORMAL Mediano Plazo NORMAL Largo Plazo NORMAL
- **Inteligencia:** Muy Superior ( ) Superior ( ) Normal Brillante ( )
  N. Promedio (X) N. Torpe ( ) Fronterizo ( ) RM Leve ( )
  RM Moderado ( ) RM Severo ( ) RM Profundo ( )
- **Apetito:** ADECUADO
- **Sueño:** SIN DIFICULTAD
- **Afectividad:** RELACIONES INTERPERSONALES ÍNTIMAS
- **Personalidad:** EQUILIBRIO EXTROVERSIÓN - INTROVERSIÓN
- **Nivel Intelectual:** NORMAL PROMEDIO

IX. DIAGNÓSTICO FINAL:

Área Cognitiva: EL EVALUADO MUESTRA NIVEL DE INTELIGENCIA NORMAL PROMEDIO ELLO INDICA QUE EXISTEN INDICATIVOS DE CAPACIDAD PARA RESOLVER A TRAVÉS DEL ANÁLISIS PROBLEMAS DE CARÁCTER LÓGICO Y DE SENTIDO COMÚN. POSEE CAPACIDAD DE APRENDIZAJE COGNOSCITIVO EQUIVALENTE AL TÉRMINO MEDIO. NO POSEE ALTERACIONES EN LOS PROCESOS COGNITIVOS. NO POSEE PSICOPATOLOGÍA.

Conclusión Final: APTO

X.- RESULTADOS DE EVALUACIÓN

- Coordinación Visomotríz : COORDINADO
- Nivel de Memoria : Corto Plazo: NORMAL, Mediano Plazo: NORMAL, Largo Plazo: NORMAL
- Personalidad : EQUILIBRIO EXTROVERSIÓN - INTROVERSIÓN
- Afectividad : RELACIONES INTERPERSONALES ÍNTIMAS

XI. CONCLUSIONES:

Área Cognitiva: EL EVALUADO MUESTRA NIVEL DE INTELIGENCIA NORMAL PROMEDIO ELLO INDICA QUE EXISTEN INDICATIVOS DE CAPACIDAD PARA RESOLVER A TRAVÉS DEL ANÁLISIS PROBLEMAS DE CARÁCTER LÓGICO Y DE SENTIDO COMÚN. POSEE CAPACIDAD DE APRENDIZAJE COGNOSCITIVO EQUIVALENTE AL TÉRMINO MEDIO. NO POSEE ALTERACIONES EN LOS PROCESOS COGNITIVOS. NO POSEE PSICOPATOLOGÍA.

Área Emocional: COLABORADORA PERFILA PERSONALIDAD ORIENTADA A LA EXTROVERSIÓN Y ESTABILIDAD EMOCIONAL; EN CUANTO A SUS CARACTERÍSTICAS PERSONALES REFIERE TENER BUEN DOMINIO DE SUS HABILIDADES SOCIALES, BUSCA CONSTANTEMENTE EL CRECIMIENTO PERSONAL; EN CUANTO A LOS LABORAL CUENTA LA EXPERIENCIA NECESARIA PARA EL PUESTO , ES DECIR QUE CONOCE CUÁLES SON SUS FUNCIONES QUE DEBE DE SEGUIR SIENDO RESPONSABLE Y SIENDO EFICIENTE EN SU ÁREA LABORAL, AYUDA A SUS COMPAÑEROS CUANDO LA CIRCUNSTANCIA LO PERMITE, PROACTIVA, SE ESMERA POR CUMPLIR CON LOS OBJETIVOS DE LA EMPRESA. NO PRESENTA INDICADORES DE ESTRÉS, NI FATIGA LABORAL. EN CUANTO A LOS RIESGOS PSICOSOCIALES RESULTO FAVORABLE.

XII. RECOMENDACIONES:

APTO PARA LA CONTINUACIÓN DEL PUESTO.



Lic RUIZ AROSEMENA YESSENIA MASSIEL

CMP 22209

PSICÓLOGO / A

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

CUESTIONARIO DE ESPIROMETRÍA

APELLIDOS Y NOMBRES	CASTILLO ENRIQUEZ MELFI ELIZABETH	**DNI**	40907275	**HC N°**	40907275
EMPRESA	HUAYTEÑA S.A.C.	**SEXO**	FEMENINO	**EDAD**	44 AÑOS
PUESTO DE TRABAJO	COCINERA				
FECHA DE EXAMEN	11-01-2025	**TIPO DE EXAMEN**		PERIODICO	

PREGUNTAS PARA TODOS LOS CANDIDATOS

RELACIONADAS A CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	**SI / NO**
¿Tuvo desprendimiento de retina o una operación(cirugía) de los ojos, tórax o abdomen en los últimos 3 meses?	**NO**
¿Ha tenido algún ataque al cardíaco o infarto al corazón en los últimos 3 meses?	**NO**
¿Ha estado hospitalizado(a) por cualquier otro problema del corazón en los últimos 3 meses?	**NO**
¿Está usando medicamentos para la tuberculosis, en este momento?	**NO**
¿En caso de ser mujer está Ud. Embarazada actualmente?	**NO**

PARA SER LLENADO POR EL PROFESIONAL QUE REALIZA LA PRUEBA	**SI / NO**
Hemoptisis	**NO**
Pneumotorax	**NO**
Traqueostomía	**NO**
Sonda Pleural	**NO**
Aneurisma Cerebral, abdominal y tórax	**NO**
Embolia pulmonar	**NO**
Infarto reciente	**NO**
Inestabilidad CV	**NO**
Fiebre, nausea, vomito	**NO**
Embarazo avanzado	**NO**
Embarazo complicado	**NO**

PARA TODOS LOS ENTREVISTADOS QUE NO TIENEN LOS CRITERIOS DE EXCLUSIÓN Y QUE POR LO TANTO DEBEN HACER LA ESPIROMETRÍA	**SI / NO**
¿Tuvo una infección respiratoria (resfriado) en las últimas 3 semanas?	**NO**
¿Tuvo una infección en el oído en las últimas 3 semanas?	**NO**
¿Uso aerosoles (sprays inhalados) o nebulizaciones con broncodilatadores, en las últimas 3 horas?	**NO**
¿Ha usado algún medicamento broncodilatador en las últimas 8 horas?	**NO**
¿Fumó (cualquier tipo de cigarro), en las últimas dos horas. SI? ¿Cuántos?	**NO**
¿Realizó algún ejercicio físico fuerte (como gimnasia, caminata o trotar) en la última hora?	**NO**
¿Comió en la última hora?	**NO**

ANTECEDENTES PERSONALES RELACIONADOS	**SI / NO**
Asma Bronquial	**NO**
Tuberculosis	**NO**
Fumador	**NO**

* Declaro que entendí las preguntas que anteceden y que las respuestas corresponden a la verdad declarada verificada por mí.

OBSERVACIONES:
SE REALIZAN LAS 8 MANIOBRAS. SE ACEPTAN LAS 3 MEJORES MANIOBRAS DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES.



Firma del médico



Firma Responsable de la Espirometría



Firma del examinado
DNI: 40907275



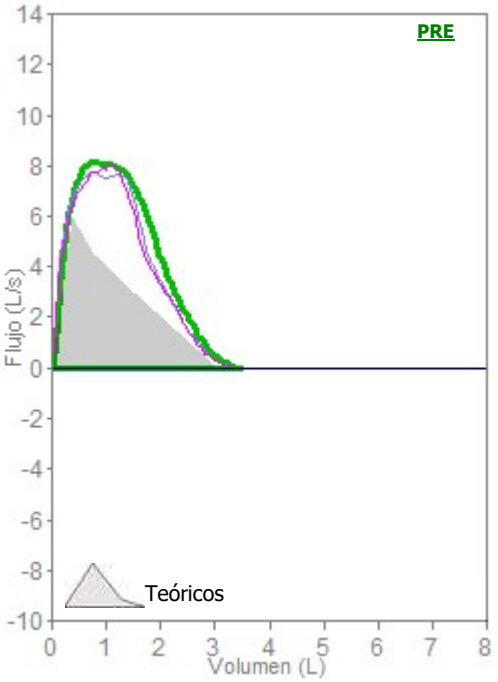
Huella digital

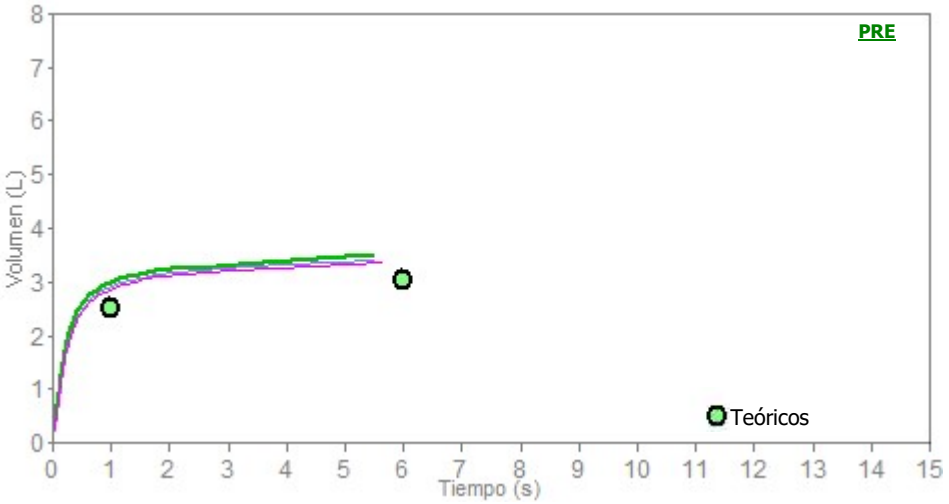
Resultados de la prueba de Función Pulmonar

Fecha de visita 11/01/2025

Cód. paciente	40907275	Edad	44
Apellido	CASTILLO ENRIQUI	Género	Femenino
Nom.	MELFI ELIZABETH	Altura, cm	151
Fecha de nacimier	24/07/1980	Peso:, kg	86
Grupo étnico	Mejicano-American	BMI	37.72
Fuma	No fumador	Paquete-año	
Grupo pacientes			

FVC PRE FEV1 PRE FEV1% PRE





Grado de control de calidad: B Variabilidad: FEV1=0.12L (4.12%), FVC=0.1L (2.94%
3 Acceptable trials

Interpretación

Espirometría normal

Fecha prueba PRE 11/01/2025 08:37:53

Parámetros		LLN	Teór.	Best	%Teór.	Z-score	PRE #1	PRE #2	PRE #3	POST	%Teór.	%Cam
FVC	L	2.44	3.05	3.50*	115	1.23	3.38	3.50	3.40	*		
FEV1	L	1.97	2.49	3.03*	122	1.73	2.88	3.03	2.91	*		
FEV1/FVC	%	73.2	82.5	86.6*	105	0.73	85.2	86.6	85.6	*		
PEF	L/s	4.31	6.04	8.22*	136	2.07	8.01	8.22	7.76	*		
ELA	años		44	44	100		44	44	44			
FEF2575	L/s	1.70	2.85	4.31	151	2.10	3.82	4.31	3.80			
FET	s		6.00	5.49	92		5.64	5.49	5.53			
FIVC	L	2.44	3.05									
FEV1/VC	%	73.2	82.5									

***Mejores valores de todas las curvas - BTPS 1.082 27 °C (80.6 °F) - Teóricos NHANES III**

Informe médico

Firma

Clínica Santa Elena
Lic. Julio Ichiro Salvador Matta
Licenciado en Enfermería
C.E.P. 100958

Instrumento usado
Spirobank II new S/N Y16985
Calibración 11/01/2025 07:52:09

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

INFORME DE LABORATORIO

FECHA : 11-01-2025 **SEXO** : FEMENINO

NOMBRE : CASTILLO ENRIQUEZ MELFI ELIZABETH

EDAD : 44 años

EMPRESA : HUAYTEÑA S.A.C.

PUESTO : COCINERA

HEMATOLOGIA			
	RESULTADO	**UNIDAD**	**RANGO NORMALES REF.**
HEMOGRAMA AUTOMATIZADO			
HEMOGLOBINA	12.4	g/dL	Masculino 13 - 17 Femenino 12.0 - 16.0
HEMATOCRITO	37.7	%	Masculino 39 - 51 Femenino 36 - 48
HEMATIES	4.62	10^6 / uL	4.2 - 5.8
V.C.M.	81.7	fL	80 - 98
H.C.M.	26.9	pg	26 - 34
C.H.C.M.	32.9	g/dL	30 - 36
PLAQUETAS	279	10^3/ul	160 - 475
LEUCOCITOS	10	10^3/ul	4.0 - 10.0
BLASTOS %	0	%	0 - 0
PROMIELOCITOS %	0	%	0 - 0
MIELOCITOS %	0	%	0 - 0
METAMIELOCITOS %	00	%	0-0
ABASTONADOS %	00	%	0 - 4
SEGMENTADOS %	70	%	34 - 72
NEUTROFILOS %	70	%	50 - 70
EOSINOFILOS %	3	%	0 - 5.0
BASOFILOS %	0	%	0 - 1.2
MONOCITOS %	7	%	3.0 - 10.0
LINFOCITOS %	20	%	19.0- 52.0
CONCLUSION HEMOGRAMA	NORMAL		
OBSERVACIONES			

BIOQUIMICA			
	RESULTADO	**UNIDAD**	**RANGO NORMALES REF.**
GLUCOSA AYUNAS (GLUCOSA BASAL)	92	mg/dL	70 - 110
TRIGLICERIDOS	84	mg/dl	Normal : 10 a 150
COLESTEROL TOTAL	185	mg/dl	Ideal : 100 a 199 Limite alto: 200 a 240 Alto:> 240

EXÁMEN COMPLETO DE ORINA			
	RESULTADO	**UNIDAD**	**RANGO NORMALES REF.**
EXAMEN FISICO:			
COLOR	AMARILLO		
ASPECTO	TRANSPARENTE		
DENSIDAD	1030		
PH	ACIDO		
EXAMEN QUIMICO:			
PROTEINAS	NEGATIVO		Negativo
PIGMENTOS BILIARES	NEGATIVO		Negativo
UROBILINOGENO	NEGATIVO		Negativo
CUERPOS CETONICOS	NEGATIVO		Negativo
ESTERASA LEUCOCITARIA	NEGATIVO		Negativo
NITRITOS	NEGATIVO		Negativo
SANGRE	NEGATIVO		Negativo

GLUCOSA	NEGATIVO		Negativo
ACIDO ASCORBICO	NEGATIVO		Negativo
SEDIMENTO URINARIO:			
CELULAS EPITELIALES	ESCASAS	/ Campo	Escasas a Moderadas
LEUCOCITOS	0-1 POR CAMPO	/ Campo	0-3
PIOCITOS	NO SE OBSERVA	/ Campo	
HEMATIES	0-1 POR CAMPO	/ Campo	0-2
BACTERIAS	NO SE OBSERVA	/ Campo	Ausentes - Escasas
CILINDROS	NO SE OBSERVA		
CRISTALES	NO SE OBSERVA		
CONCLUSION DE ORINA	NORMAL		
OTROS			

PARASITOLOGIA

	RESULTADO	**UNIDAD**	**RANGO NORMALES REF.**
PARASITOLOGIA			
PARASITOLOGICO SIMPLE (DIRECTO DE HECES)	NEGATIVO	-	POS / NEG.
VDRL/RPR	NO REACTIVO		
INMUNOLOGÍA			
TIFICO O:	NEGATIVO	-	POS / NEG.
TIFICO H:	NEGATIVO	-	POS / NEG.
PARATIFICO A:	NEGATIVO	-	POS / NEG.
PARATIFICO B:	NEGATIVO	-	POS / NEG.
BRUCELLA	NEGATIVO	-	POS / NEG.



Firma, Sello del profesional

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, **CASTILLO ENRIQUEZ MELFI ELIZABETH** con documento de identidad N° **40907275** con domicilio en autorizo a **SANTA ELENA SERVICIOS MÉDICOS EIRL**, a entregar información concerniente a mi estado de salud, la que puede incluir copias de las evaluaciones médicas y resultados de exámenes auxiliares realizados, para fines de gestión del médico encargado de la Vigilancia Médica Ocupacional de la Empresa / Institución **HUAYTEÑA S.A.C.** según los riesgos presentes en mi puesto de trabajo y cumpliendo el deber de confidencialidad.

Por lo tanto, firmo el presente documento en señal de conformidad, en la ciudad de Huacho, el día **SÁBADO 11** de **ENERO** de **2025**



Firma del Trabajador



Huella Digital

DNI 40907275

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL / PRUEBAS DE LABORATORIO Y ACCESO A SU INFORMACIÓN

Yo, CASTILLO ENRIQUEZ MELFI ELIZABETH, con el DNI N° 40907275 manifiesto que la información brindada durante el presente examen médico es veraz y he sido informado para la realización de los diferentes exámenes médicos que me realizarán.

Como postulante y/o trabajador de la empresa HUAYTEÑA S.A.C., **autorizo** de forma libre y voluntaria al Médico Ocupacional de la mencionada institución a tener acceso a todo mi legajo médico y al área de Recursos Humanos tener acceso a mi evaluación psicológica a fin de dar cumplimiento a sus funciones. Reitero que cualquier información médica sea remitida directamente al Médico Ocupacional de la Empresa, en el caso no contara con dicho profesional, la Clínica Santa Elena será quien custodie mi Historia Clínica Ocupacional.

Dándome toda la información al detalle, a continuación, firmo el presente documento, dando el consentimiento anteriormente expuesto en concordancia con las normas legales vigentes según Art. 15, 25, 27, 29 de la Ley General de Salud 26842.

Huacho, 11 de Enero del 2025





Firma del Colaborador
DNI N°: 40907275

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL

CERTIFICA QUE EL Sr.(a):	
EMPRESA: HUAYTEÑA S.A.C.	**DNI:** 40907275
APELLIDOS Y NOMBRES: CASTILLO ENRIQUEZ MELFI ELIZABETH	
PUESTO: COCINERA	**EDAD:** 44 AÑOS
FECHA DE EXAMEN: 11-01-2025	**SEXO:** FEMENINO
TIPO DE EXAMEN: PERIODICO	**N° HC:** 40907275

EVALUACIÓN MÉDICA

PESO: 86 kg	**TALLA:** 1.51 m	**IMC:** 37.72 Kg/.m2	**PA:** 100 / 60 mmHg	**PER. ABDOMINAL:** 108 cm
PER. CADERA: 114 cm	**ICC:** 0.95 cm	**FC:** 63 min	**FR:** 17 min	**T°.:** 36.5 °C

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES:	OBESIDAD
ANTECEDENTES FAMILIARES:	NIEGA
ALERGIAS:	NIEGA
SÍNTOMAS:	NIEGA MOLESTIAS

HALLAZGOS EN EXAMEN FÍSICO:	DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
EXAMEN MÚSCULO ESQUELÉTICO:	DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
EXAMEN FÍSICO RESTANTE:	SIN HALLAZGOS PATOLOGICOS A LA ACTUALIDAD.

EXÁMENES DE LABORATORIO					
HEMOGRAMA:	NORMAL	COPROCULTIVO:	NO APLICA		
HEMOGLOBINA:	12.4	COLESTEROL:	185		
GLUCOSA:	92 mg/dL	TRIGLICÉRIDOS:	84 mg/dl		
EXAMEN DE ORINA:	NORMAL	HDL:	NO APLICA	LDL	NO APLICA
PERFIL HEPÁTICO:	NO APLICA	CREATININA:	NO APLICA		
B-HCG	NO APLICA				
OTRO EXAMEN:					

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX:	1.- SIN PATRON NEUMOCONIOTICO 2.- RAYOS X DE TORAX DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES
RADIOGRAFÍA LUMBAR:	NO APLICA
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA:	APTO
EXAMEN ODONTOLÓGICO:	NO APLICA
ELECTROCARDIOGRAMA:	EKG DENTRO DEL RANGO NORMAL.
TEST DE ALTURA ESTRUCTURAL:	NO APLICA
AUDIOMETRÍA:	HIPOACUSIA CONDUCTIVA LEVE BILATERAL D/C OTRAS ALTERACIONES NO DEBIDAS A RUIDO SEGUN KLOCKHOFF MOD
ESPIROMETRÍA:	Normal
EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA:	EMETROPE.
EXAMEN RADIOLÓGICO DE RODILLAS:	NO APLICA

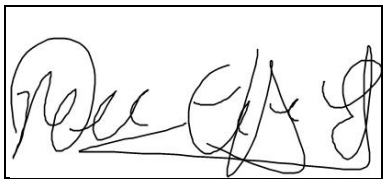
CONCLUSIONES: En la presente evaluación médica se encontró lo siguiente:

E66.0	OBESIDAD II (IMC: 37.72)
H90.2	HIPOACUSIA CONDUCTIVA LEVE BILATERAL D/C OTRAS ALTERACIONES NO DEBIDAS A RUIDO SEGUN KLOCKHOFF MOD

RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES:

- SE RECOMIENDA DIETA HIPOGRASA, HIPOCALORICA , REALIZAR ACTIVIDAD FISICA REGULAR Y EVALUACION POR NUTRICIÓN EN 03 MESES.
- CONTROL AUDIOMETRICO CADA SEIS MESES Y USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN LABORES EXPUESTAS A RUIDOS.



FIRMA Y HUELLA DEL TRABAJADOR



FIRMA DEL MÉDICO QUE EVALUA



FIRMA DEL MÉDICO QUE CERTIFICA