CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL
EXAMEN PREOCUPACIONAL

CLÍNICA OCUPACIONAL Santa Elena MÉDICOS PARA TU SALUD	CÓDIGO	76818887
	PROYECTO	

CERTIFICA QUE EL Sr. (a):

Nombres y Apellidos	OYOLA LEON, ALEX JUNIOR					
DNI	76818887	Edad	25 años	Género	**F** :	**M** :X
Empresa	HUAYTEÑA S.A.C.					
Puesto de trabajo (al que postula)	CONDUCTOR					
Puesto actual o última ocupación	-					

Conclusiones

1. AMETROPIA CORREGIDA
2. BRADICARDIA SINUSAL

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

-CONTROL OFTALMOLÓGICO ANUAL Y USO DE LENTES CORRECTORES PERMANENTES.
-NO CONTRAINDICA ESFUERZO FISICO, SI NO SE ASOCIA A SINTOMAS. SE RECOMIENDA SEGUIMIENTO Y CONTROL ANUAL CON EKG EN REPOSO.

Clínica Santa Elena Dr. CRISTHIAN OMAR GERONIMO CERNA MÉDICO CIRUJANO C.M.P. 96224	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: GERONIMO CERNA CRISTHIAN OMAR	**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:	**11/10/2024**

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

Anexo N° 02

HISTORIA CLÍNICA MÉDICA OCUPACIONAL

Nº Ficha Médica:	76818887					Fecha:	**11-10-2024**
Tipo de evaluación	Pre Ocupacional	X	Periódico		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

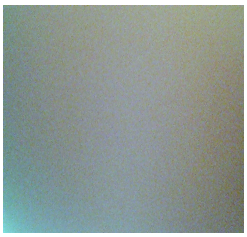
Dirección fiscal: MZA. F LOTE. 06 URB. LOS PÍNOS (COSTADO ECOGRAFIAS DOOPLER CASA 4 PIS) LIMA - BARRANCA - BARRANCA Dto: BARRANCA Prv: BARRANCA Dpto: LIMA

Perfil: PERFIL : PERSONAL OPERATIVO / SET. 2024

Área: OPERATIVO Sección:

Puesto actual o al que postula: CONDUCTOR

II FILIACIÓN DEL TRABAJADOR



Apellidos y Nombres: OYOLA LEON ALEX JUNIOR

Fecha de Nacimiento: 23/08/1999 Edad: 25 años Sexo: M

Documento Identidad: 76818887 Estado Civil: SOLTERO

Domicilio Actual: JOSE SANTOS CHOCANO 408 - -

Distrito: HUALMAY Provincia: HUAURA Departamento: LIMA

Residencia en Lugar de Trabajo: NO Tiempo:

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

Grado de Instrucción: SECUNDARIA INCOMPLETA Ocupación: CONDUCTOR

Teléfono: 989933460 Correo Electrónico:

Nº Total Hijos vivos: 0 N° Dependientes: 0

III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

EMPRESA	ÁREA DE TRABAJO	PUESTO	FECHA	TIEMPO	ALTITUD	EXPOSICIÓN	Hrs/día	Usó EPP
INDEPENDIENTE	MUSICA	GUITARRISTA	I: Ene / 2018 F: Oct / 2024	6 AÑOS y 9 MESES	Hasta 2500 msnm	Polvo; Posturas; Ruido; Caídas		botas, lentes, casco, ropa
			I: F:					
			I: F:					

IV. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

IMA	-	Alergias	-	Tifoidea	-	Enf. Psiquiat.	-	Fracturas	-	CIRUGÍAS	
HTA	-	Asma	-	Neoplasias	-	Enf. Cardiov	-	Anemia	-		
ACV	-	Bronquitis	-	Quemaduras	-	Enf. Oculares	-	Obesidad	-		
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:

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	OYOLA LEON ALEX JUNIOR	HC Nº	76818887

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)	1.74	Peso(Kg)	68.500	IMC	22.63	Per. Abd.	81 cm	PA	100/70 mmHg^2
	FC X'	51	FR X'	18	T ºC	36.7	Per. Cad.	89 cm	FUR	

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	20/30	20/30	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	OYOLA LEON ALEX JUNIOR	HC Nº	76818887

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

V.C.M.: 100.5fL, NEUTROFILOS %: 49%

XII - CONCLUSIONES DE AUDIOMETRÍA

NORMOACUSIA

XIII - CONCLUSIONES DE ESPIROMETRÍA

SIN HALLAZGOS PATOLOGICOS A LA ACTUALIDAD

XIV - OTRAS CONCLUSIONES

1- EXAMEN VISUAL: AMETROPIA CORREGIDA
2- MUSCULOESQUELÉTICO: EXAMEN ESPECIAL, EXAMEN MUSCULOESQUELÉTICO NORMAL
3- ELECTROCARDIOGRAMA: BRADICARDIA SINUSAL
4- IMC: 22.63 Kg/m^2
5- PRESIÓN ARTERIAL: 100 / 70 mmHg

NOTA:

XV - DIAGNÓSTICO MÉDICO OCUPACIONAL/CONCLUSIONES		P	D	R	**CIE-10**
1	AMETROPIA CORREGIDA	X			H52
2	BRADICARDIA SINUSAL	X			R00.1
3					
4					
OTROS DIAGNÓSTICOS					
1					
2					
3					
4					

APTITUD

APTO	**X**	APTO CON RESTRICCIONES		NO APTO	

XVII - RECOMENDACIONES/RESTRICCIONES

- CONTROL OFTALMOLÓGICO ANUAL Y USO DE LENTES CORRECTORES PERMANENTES.
- NO CONTRAINDICA ESFUERZO FISICO, SI NO SE ASOCIA A SINTOMAS. SE RECOMIENDA SEGUIMIENTO Y CONTROL ANUAL CON EKG EN REPOSO.

MÉDICO EVALUADOR	
Dr.(a)	CRISTHIAN OMAR GERONIMO CERNA
FECHA:	11-10-2024

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





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:** 11-10-2024

Yo: OYOLA LEON ALEX JUNIOR de 25 años de edad, con
DNI: 76818887 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

Tipo de Examen: PREOCUPACIONAL
Tipo de labor:
Horas/día, Expuesto:
Uso de EPP: no
Restricciones Médicas:

Ruido	Vibraciones	Temperatura	Químicos
Polvo	Altura Estruc.	Cancerígenos	Posturas
Cargas	Altura msnm	Biológicos	Eléctricos

Otros:

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	-
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:

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: ALEX JUNIOR OYOLA LEON Historia clínica: 76818887

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

HISTORIA OCUPACIONAL

Apellidos y Nombres: OYOLA LEON ALEX JUNIOR N° Documento: 76818887 Fecha Nacimiento: 23/08/1999 Sexo: MASCULINO

Lugar de Nacimiento: Huacho - Huaura - Lima Lugar de procedencia: Hualmay - Huaura - Lima

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 / 2018	INDEPENDIENTE	Hasta 2500 msnm	GUITARRISTA	MUSICA	GUITARRISTA		6 AÑOS y 9 MESES	Polvo; Posturas; Ruido; Caídas	botas, lentes, casco, ropa

2024	10	11
Año	Mes	Día

Firma del Trabajador

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

p. Médico del Trabajo

Nombres y apellidos: ALEX JUNIOR OYOLA LEON Historia clínica: 76818887

VALORACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA: EXAMEN CLÍNICO

Apellidos y Nombres: OYOLA LEON ALEX JUNIOR | Doc. de identidad: 76818887

Edad: 25 | Sexo: Masculino | Fecha: 11-10-2024

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: ALEX JUNIOR OYOLA LEON | Historia clínica: 76818887

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 ☒
Apto con restricciones ☐
- Personales ☐
- Laborales ☐
- Restrictivas ☐
- Adaptativas ☐

No Apto ☐
En Observación ☐

Observaciones

SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR



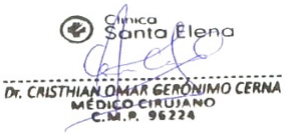
Firma del trabajador

Nombre y apellidos: OYOLA LEON ALEX JUNIOR

Doc. de identidad: 76818887



Huella digital



FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

11	10	2024
dia	mes	año

Nombres y apellidos: ALEX JUNIOR OYOLA LEON

Historia clínica: 76818887

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

INFORME RADIOGRÁFICO CON METODOLOGÍA OIT-2000

PLACA N°				**HCL**	76818887		**Lector**						
Nombre	OYOLA LEON ALEX JUNIOR								**Edad**	25 años			
Fecha de lectura	11 Dia	10 Mes	2024 Año		**Fecha de radiografía**				11 Dia	10 Mes	2024 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)			**2.2. Porfusión (opacidad pequeñas) (escala de 12 puntos)** (Consulte las radiografías estándar; marque la subcategoría)			**2.3. Forma y Tamaño** (Consulte las radiografías estándar; se requieren dos simbolos; marque un primario y secundario)				**2.4. Opacidades Grandes** (Marque 0 si no hay ninguna o marque A, B o C)	
	Der.	**Izq.**	0/-	0/0	0/1	Primaria		Secundaria			0
Superior			1/0	1/1	1/2	p	s	p	s		A
Medio			2/1	2/2	2/3	q	t	q	t		B
Inferior			3/2	3/3	3/+	r	u	r	u		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				**Calcificación** (marque)		
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

Extensión (pared Torácica; combinada para placas de perfil y de frente)		Ancho (opcional) (ancho minimo exigido : 3 mm)	
1	< 1/4 de la pared lateral del tórax	a	De 3 a 5 mm
2	Entre 1/4 y 1/2 de la pared lateral del tórax	b	De 5 a 10 mm
3	> 1/2 de la pared lateral del tórax	c	Mayor a 10 mm

0	D		0	I		D			I		
1	2	3	1	2	3	a	b	c	a	b	c

Obliteración del Anguno Costofrenico 0 D I

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

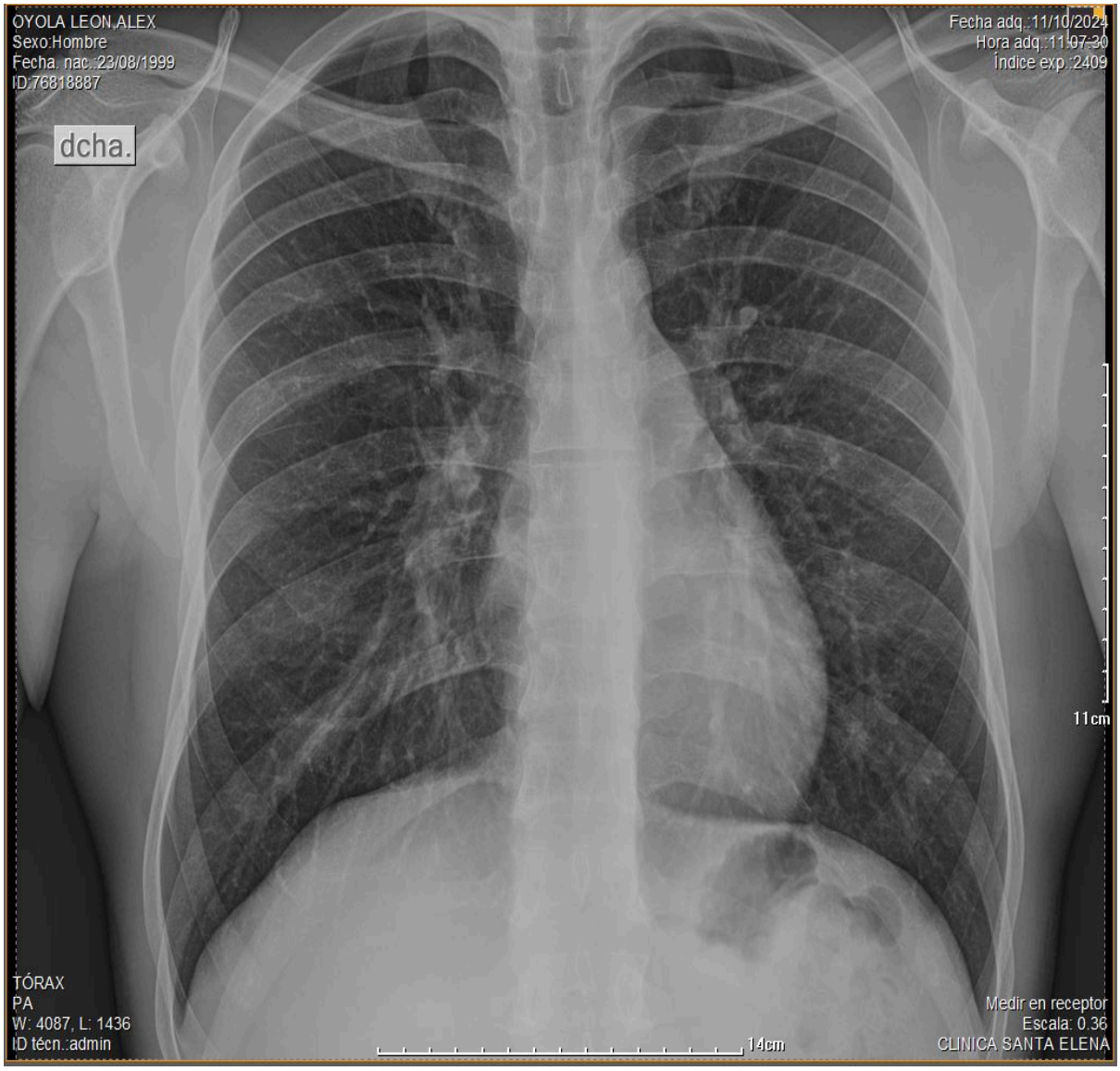
ADJUNTO

APELLIDOS Y NOMBRES : OYOLA LEON ALEX JUNIOR

EDAD : 25 años

FECHA : 11-10-2024

EMPRESA : HUAYTEÑA S.A.C.



CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA

DATOS PERSONALES		
APELLIDOS Y NOMBRES OYOLA LEON ALEX JUNIOR		
EMPRESA HUAYTEÑA S.A.C.	**OCUPACIÓN** CONDUCTOR	**FECHA DE EXAMEN** 11-10-2024

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

Uso de Lentes: Lejos, Último cambio: 7 MESES

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	20/30	20/30	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

H52 AMETROPIA CORREGIDA
CONTROL OFTALMOLÓGICO ANUAL Y USO DE LENTES CORRECTORES PERMANENTES.

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	76818887	TIPO DE EXAMEN				AUDIÓMETRO	MARCA	AMPLIVOX AUDIOGRAM
Fecha de examen	11-10-2024 DD/MM/AAAA	EMPO	EMOA	EMOR	Control		MODELO	240
							CALIBRACIÓN	22-01-2021

Apellidos y Nombres: OYOLA LEON ALEX JUNIOR

Edad: 25 años | Sexo: M | Empresa: HUAYTEÑA S.A.C.

Puesto de Trabajo: CONDUCTOR | **Tiempo en el puesto:** --------- | **Tiempo de exposición diaria:** ----------

¿Se expone a ruido? No ☐ Si ☐ | ¿Cuál es la fuente? ---------- | ¿Cuál es el Nivel - turno? ---------- dB

¿Usa protectores? No ☐ 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: con 10% cerumen seco | O.I CAE: con 20% cerumen seco

Membrana Timpánica D.: No se Visualisa | Membrana Timpánica I.: Normal

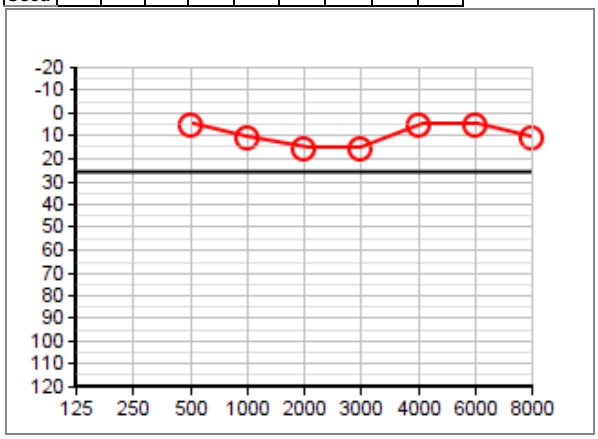
6.- Audiometría **VÍA AÉREA** **OD: Rojo - o** **OI: Azul - x** **VÍA ÓSEA** **OD: Rojo - <** **OI: Azul - >**

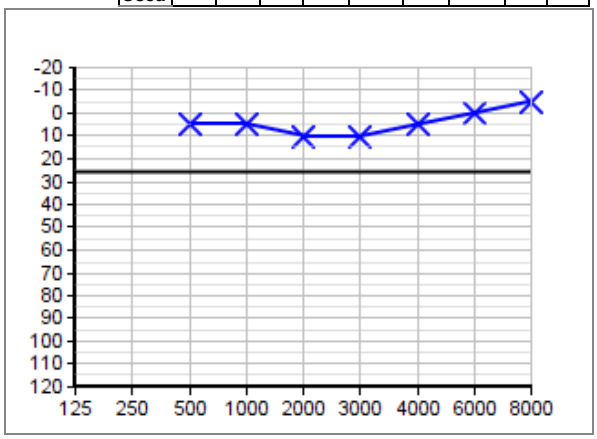
Oído derecho

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

Oído izquierdo

Hz	125	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Aérea			5	5	10	10	5	0	-5
Ósea									





7. Conclusión

Z01.1 NORMOACUSIA

Comentario

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

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

10. Recomendaciones

CONTROL AUDIOMETRICO ANUAL.

Firma y Huella del Trabajor

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

Sello y firma del Médico Responsable

CLÍNICA OCUPACIONAL Santa Elena
Téc. Enf. Lesly Guadalupe Rivera
Audiometrista Certificado
CADHC Nº 502917

Sello y firma de quien realizó la audiometría

Nombres y apellidos: ALEX JUNIOR OYOLA LEON | Historia clínica: 76818887

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR

APELLIDOS Y NOMBRES:	OYOLA LEON ALEX JUNIOR		
EDAD:	25 AÑOS	**FECHA:**	11-10-2024
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 / 70 mmHg

RITMO		F.C.	51	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):
BRADICARDIA SINUSAL

RECOMENDACIONES:
NO CONTRAINDICA ESFUERZO FISICO, SI NO SE ASOCIA A SINTOMAS. SE RECOMIENDA SEGUIMIENTO Y CONTROL ANUAL CON EKG EN REPOSO.

(Adjuntar aquí Electrocardiograma)

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

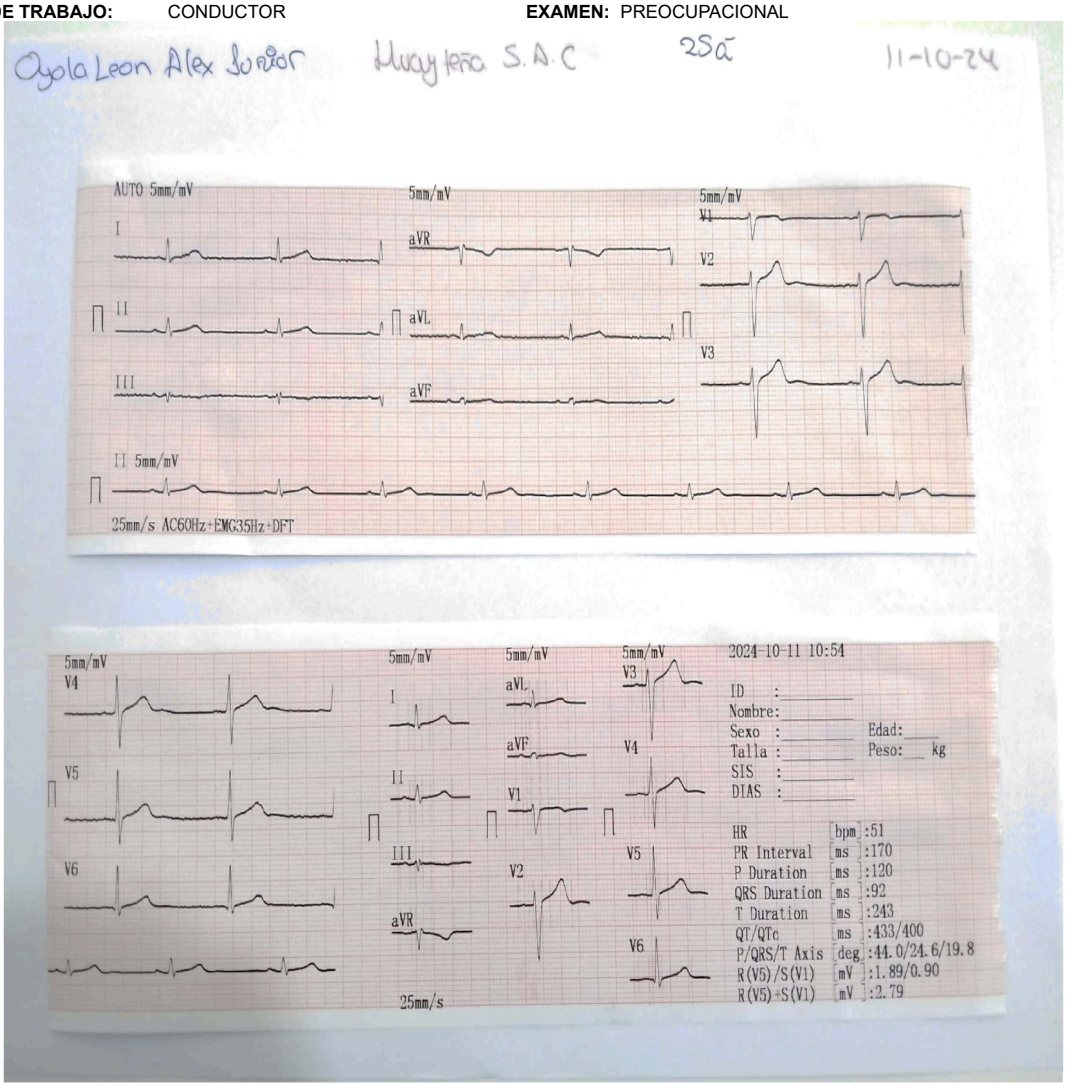
Sello y firma del Médico Cardiológico

Nombres y apellidos: ALEX JUNIOR OYOLA LEON Historia clínica: 76818887

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

INFORME ELECTROCARDIOGRAMA

APELLIDOS Y NOMBRES:	OYOLA LEON ALEX JUNIOR	**DNI:**	76818887	**HC Nº:**	76818887
EMPRESA:	HUAYTEÑA S.A.C.	**SEXO:**	MASCULINO	**EDAD:**	25 AÑOS
PUESTO DE TRABAJO:	CONDUCTOR	**EXAMEN:**	PREOCUPACIONAL		



Scanned with CamScanner

CONCLUSIÓN

BRADICARDIA SINUSAL

RECOMENDACIONES

NO CONTRAINDICA ESFUERZO FISICO, SI NO SE ASOCIA A SINTOMAS. SE RECOMIENDA SEGUIMIENTO Y CONTROL ANUAL CON EKG EN REPOSO.

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 76818887 **Fecha de evaluación:**

11	10	24
DIA	MES	AÑO

I.- DATOS GENERALES:

Apellidos y Nombres : OYOLA LEON ALEX JUNIOR
Edad : 25 años
Fecha de Nacimiento : 23-08-1999
Lugar de Nacimiento : LIMA - HUAURA - HUACHO
Estado Civil : SOLTERO
Grado de Instrucción : Secundaria Incompleta
Lugar de Residencia : JOSE SANTOS CHOCANO 408
Evaluación : Pre-Ocupacional [X] 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: OPERATIVO Superficie ( ) Subsuelo ( ) Tiempo Total Laborando: 6 AÑOS y 9 MESES
Puesto: CONDUCTOR

Principales Riesgos
RIESGOS PSICOSOCIALES

Medidas de Seguridad
CAPACITACIONES

3.2- ANTERIORES EMPRESA (experiencia laboral)

FECHA	NOMBRE DE LA EMPRESA	ACT. DEL EMPRESA	PUESTO	TIEMPO		CAUSA DEL RETIRO
				SUP	SUB	
Ene 2018	INDEPENDIENTE	GUITARRISTA	GUITARRISTA	X		
2024						
2024						

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: EVALUADO PERFILA PERSONALIDAD CON TENDENCIA A LA EXTROVERSIÓN Y SIENDO ESTABLE EMOCIONALMENTE. ENTRE SUS CARACTERÍSTICAS PERSONALES SE DESCRIBE SER UNA PERSONA TRABAJADORA QUE CUMPLE DE FORMA RESPONSABLE SUS ACTIVIDADES QUE TIENE A CARGO, ADEMÁS ES COMUNICATIVO, RESPETUOSO, PROACTIVO, ENTABLA ADECUADOS VÍNCULOS INTERPERSONALES Y TIENE EL CONTROL DE LAS SITUACIONES TENSAS; TRABAJA DE FORMA GRUPAL E INDIVIDUAL, ES COLABORADOR. SE RIGE A LAS NORMAS ESTABLECIDAS POR PARTE DE LA EMPRESA

XII. RECOMENDACIONES:

APTO PARA EL PUESTO DE TRABAJO.



Lic RUIZ AROSEMENA YESSENIA MASSIEL
CMP 22209
PSICÓLOGO / A

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

CUESTIONARIO DE ESPIROMETRÍA

APELLIDOS Y NOMBRES	OYOLA LEON ALEX JUNIOR	**DNI**	76818887	**HC N°**	76818887
EMPRESA	HUAYTEÑA S.A.C.	**SEXO**	MASCULINO	**EDAD**	25 AÑOS
PUESTO DE TRABAJO	CONDUCTOR				
FECHA DE EXAMEN	11-10-2024	**TIPO DE EXAMEN**		PREOCUPACIONAL	

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?	

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	
Embarazo complicado	

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, PACIENTE NO COLABORA CON EL PROCEDIMIENTO. SE ACEPTAN LAS 3 MEJORES MANIOBRAS DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES.



Firma del médico



Firma Responsable de la Espirometría



Firma del examinado
DNI: 76818887



Huella digital

Resultados de la prueba de Función Pulmonar

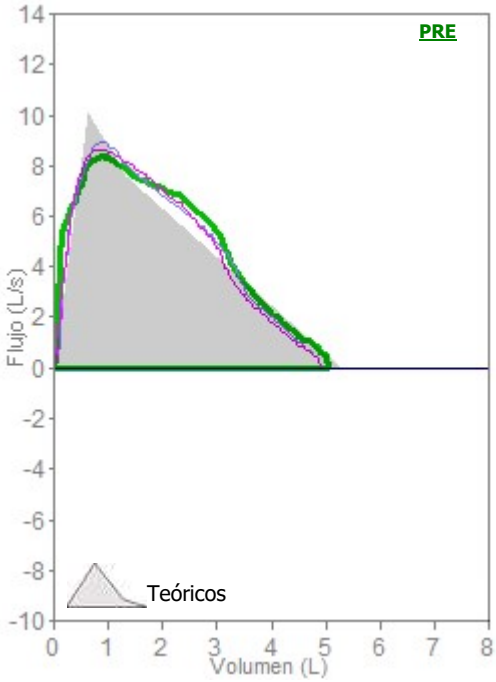
Clínica Santa Elena

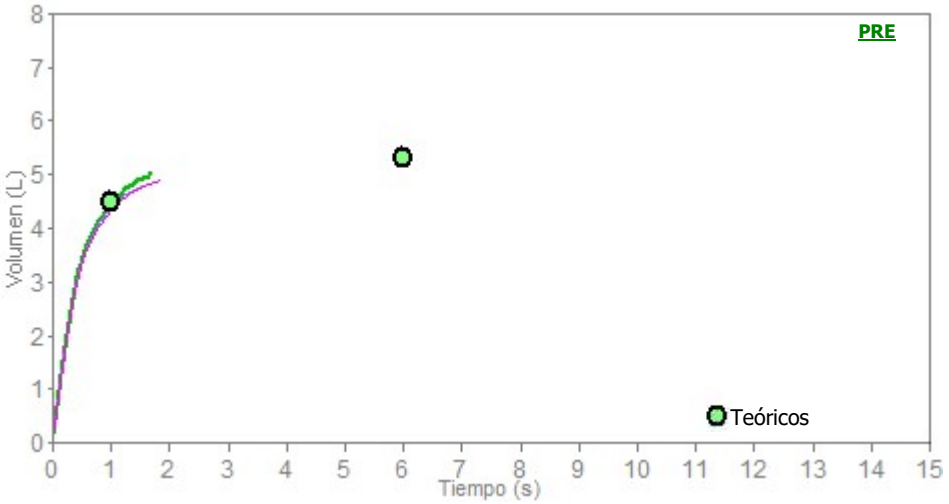
Av. José T. García 215 - Huacho

FVC PRE | FEV1 PRE | FEV1% PRE

Fecha de visita 11/10/2024

Cód. paciente	76818887	Edad	25
Apellido	OYOLA LEON	Género	Masculino
Nom.	ALEX JUNIOR	Altura, cm	174
Fecha de nacimier	23/08/1999	Peso:, kg	68
Grupo étnico	Mejicano-American	BMI	22.46
Fuma	No fumador	Paquete-año	
Grupo pacientes			





Grado de control de calidad: F Variabilidad: FEV1=0.07L (1.58%), FVC=0.13L (2.65

0 Acceptable trials

Interpretación

Espirometría normal

Fecha prueba PRE 11/10/2024 11:14:04

Parámetros		LLN	Teór.	Best	%Teór.	Z-score	PRE #1	PRE #2	PRE #3	POST	%Teór.	%Cam
FVC	L	4.43	5.30	5.03*	95	-0.50	4.89	4.90	5.03	*		
FEV1	L	3.73	4.47	4.50*	101	0.06	4.35	4.43	4.50	*		
FEV1/FVC	%	75.5	84.6	89.5*	106	0.89	89.0	90.4	89.5	*		
PEF	L/s	7.60	10.14	8.96*	88	-0.76	8.68	8.96	8.41	*		
ELA	años		25	25	100		29	26	25			
FEF2575	L/s	3.23	4.88	5.42	111	0.54	5.18	5.39	5.42			
FET	s		6.00	1.68	28		1.84	1.76	1.68			
FIVC	L	4.43	5.30									
FEV1/VC	%	75.5	84.6									

***Mejores valores de todas las curvas - BTPS 1.092 25 °C (77 °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 11/10/2024 07:58:40

MIR MEDICAL INTERNATIONAL RESEARCH

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

INFORME DE LABORATORIO

FECHA	:	11-10-2024	**SEXO**	:	MASCULINO
NOMBRE	:	OYOLA LEON ALEX JUNIOR			
EDAD	:	25 años			
EMPRESA	:	HUAYTEÑA S.A.C.			
PUESTO	:	CONDUCTOR			

HEMATOLOGIA			
	RESULTADO	**UNIDAD**	**RANGO NORMALES REF.**
HEMATOLOGIA			
GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH			
GRUPO SANGUINEO	O		
FACTOR RH	POSITIVO		
HEMOGRAMA AUTOMATIZADO			
HEMOGLOBINA	15.2	g/dL	Masculino 13 - 17 Femenino 12.0 - 16.0
HEMATOCRITO	45.6	%	Masculino 39 - 51 Femenino 36 - 48
HEMATIES	4.54	10^6 / uL	4.2 - 5.8
V.C.M.	100.5	fL	80 - 98
H.C.M.	33.6	pg	26 - 34
C.H.C.M.	33.4	g/dL	30 - 36
PLAQUETAS	323	10^3/ul	160 - 475
LEUCOCITOS	5.19	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 %	49	%	34 - 72
NEUTROFILOS %	49	%	50 - 70
EOSINOFILOS %	5	%	0 - 5.0
BASOFILOS %	0	%	0 - 1.2
MONOCITOS %	5	%	3.0 - 10.0
LINFOCITOS %	41	%	19.0- 52.0
CONCLUSION HEMOGRAMA	NORMAL		
OBSERVACIONES			

BIOQUIMICA			
	RESULTADO	**UNIDAD**	**RANGO NORMALES REF.**
GLUCOSA AYUNAS (GLUCOSA BASAL)	97	mg/dL	70 - 110
TRIGLICERIDOS	50	mg/dl	Normal : 10 a 150
COLESTEROL TOTAL	137	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	1015		
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	Negativo	/ Campo	
HEMATIES	Negativo	/ Campo	0-2
BACTERIAS	Negativo	/ Campo	Ausentes - Escasas
CILINDROS	Negativo		
CRISTALES	Negativo		
CONCLUSION DE ORINA	NORMAL		
OTROS			
	PARASITOLOGIA		
	RESULTADO	**UNIDAD**	**RANGO NORMALES REF.**
PARASITOLOGIA			
PARASITOLOGICO SIMPLE (DIRECTO DE HECES)	NEGATIVO	-	POS / NEG.
	INMUNOLOGÍA		
	RESULTADO	**UNIDAD**	**RANGO NORMALES REF.**
VDRL/RPR	NO REACTIVO		
SEROLOGIA			
VDRL	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.
	MICROBIOLOGIA		
	RESULTADO	**UNIDAD**	**RANGO NORMALES REF.**
BK EN ESPUTO	NO BAAR		



Firma, Sello del profesional

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, **OYOLA LEON ALEX JUNIOR** con documento de identidad N° **76818887** con domicilio en **JOSE SANTOS CHOCANO 408** 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 **VIERNES 11** de **OCTUBRE** de **2024**



Firma del Trabajador



Huella Digital

DNI 76818887

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, OYOLA LEON ALEX JUNIOR, con el DNI N° 76818887 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.

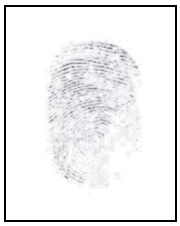
Como postulante y/o trabajador de la empresa HUAYTEÑA S.A.C., **autorizo** de forma libre y voluntaria al Médico Ocupacional de la mencionada institución a tener acceso a todo mi legajo médico y al área de Recursos Humanos tener acceso a mi evaluación psicológica a fin de dar cumplimiento a sus funciones. 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 Octubre del 2024



Firma del Colaborador
DNI N°: 76818887



CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL

CERTIFICA QUE EL Sr.(a):	
EMPRESA: HUAYTEÑA S.A.C.	**DNI:** 76818887
APELLIDOS Y NOMBRES: OYOLA LEON ALEX JUNIOR	
PUESTO: CONDUCTOR	**EDAD:** 25 AÑOS
FECHA DE EXAMEN: 11-10-2024	**SEXO:** MASCULINO
TIPO DE EXAMEN: PREOCUPACIONAL	**N° HC:** 76818887

EVALUACIÓN MÉDICA

PESO: 68.500 kg	**TALLA:** 1.74 m	**IMC:** 22.63 Kg/.m2	**PA:** 100 / 70 mmHg	**PER. ABDOMINAL:** 81 cm
PER. CADERA: 89 cm	**ICC:** 0.96 cm	**FC:** 51 min	**FR:** 18 min	**T°.:** 36.7 °C

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES:	NIEGA
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:	15.2	COLESTEROL:	137		
GLUCOSA:	97 mg/dL	TRIGLICÉRIDOS:	50 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:	BRADICARDIA SINUSAL.
TEST DE ALTURA ESTRUCTURAL:	NO APLICA
AUDIOMETRÍA:	NORMOACUSIA
ESPIROMETRÍA:	Normal
EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA:	AMETROPIA CORREGIDA.
EXAMEN RADIOLÓGICO DE RODILLAS:	NO APLICA

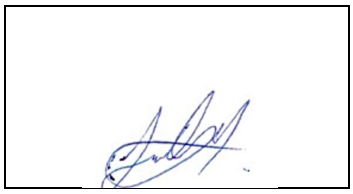
CONCLUSIONES: En la presente evaluación médica se encontró lo siguiente:

H52	AMETROPIA CORREGIDA
R00.1	BRADICARDIA SINUSAL

RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES:

- CONTROL OFTALMOLÓGICO ANUAL Y USO DE LENTES CORRECTORES PERMANENTES.
- NO CONTRAINDICA ESFUERZO FISICO, SI NO SE ASOCIA A SINTOMAS. SE RECOMIENDA SEGUIMIENTO Y CONTROL ANUAL CON EKG EN REPOSO.



FIRMA Y HUELLA DEL TRABAJADOR



FIRMA DEL MÉDICO QUE EVALUA



FIRMA DEL MÉDICO QUE CERTIFICA

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL
EXAMEN PREOCUPACIONAL

CLÍNICA OCUPACIONAL Santa Elena MÉDICOS PARA TU SALUD	CÓDIGO	76818887
	PROYECTO	

CERTIFICA QUE EL Sr. (a):

Nombres y Apellidos	OYOLA LEON, ALEX JUNIOR					
DNI	76818887	Edad	25 años	Género	**F** :	**M** :X
Empresa	HUAYTEÑA S.A.C.					
Puesto de trabajo (al que postula)	CONDUCTOR					
Puesto actual o última ocupación	-					

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

-CONTROL OFTALMOLÓGICO ANUAL Y USO DE LENTES CORRECTORES PERMANENTES.
-NO CONTRAINDICA ESFUERZO FISICO, SI NO SE ASOCIA A SINTOMAS. SE RECOMIENDA SEGUIMIENTO Y CONTROL ANUAL CON EKG EN REPOSO.

Clínica Santa Elena Dr. CRISTHIAN OMAR GERONIMO CERNA MÉDICO CIRUJANO C.M.P. 96224	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: GERONIMO CERNA CRISTHIAN OMAR	**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:	**11/10/2024**