CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

Anexo N° 02

HISTORIA CLÍNICA MÉDICA OCUPACIONAL

Nº Ficha Médica: 75141394 Fecha: **08-06-2024**

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: RONDON LA ROSA MARCO ANTONIO

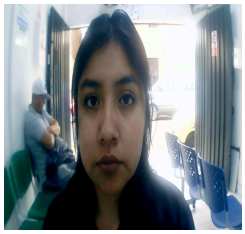
Actividad Económica: ACTIVIDADES DE RESTAURANTES Y DE SERVICIO MÓVIL DE COMIDAS

Dirección fiscal: Dto: LIMA Prv: LIMA Dpto: LIMA

Lugar del Trabajo:

Puesto actual o al que postula: NUTRICIONISTA Área: NUTRICIONISTA

II FILIACIÓN DEL TRABAJADOR



Apellidos y Nombres: SANTOS VALLADARES CRISTINA ELIZABETH

Fecha de Nacimiento: 06/08/1998 Edad: 25 años Sexo: F

Documento Identidad: 75141394 Estado Civil: SOLTERO

Domicilio Actual: PSJ. INDEPENDENCIA S/N INT. 02 - -

Distrito: SANTA MARÍA Provincia: HUAURA Departamento: LIMA

Residencia en Lugar de Trabajo: NO Tiempo:

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

Grado de Instrucción: UNIVERSITARIO COMPLETO Ocupación: NUTRICIONISTA

Teléfono: 907336467 Correo Electrónico:

Nº Total Hijos vivos: 0 N° Dependientes: 0

III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

EMPRESA	ÁREA DE TRABAJO	PUESTO	FECHA	TIEMPO	ALTITUD	EXPOSICIÓN	Hrs/dia	Usó EPP
TRUEX CORP	VENTAS	ATENCION AL CLIENTE	I: Ene / 2020 F: Ene / 2021	1 AÑO	Hasta 2500 msnm			botas, lentes, casco, ropa
			I: F:					
			I: F:					

IV. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

IMA	-	Alergias	-	Tifoidea	-	Enf. Psiquiat.-	-	Fracturas	-
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	-
VIH	-	Hernias	-	Gastritis	X	Alt. en Piel	-	Cirugias	-
TEC	-	Lumbalgias	-	Úlceras	-	Tendinitis	-	Otros	-

CIRUGÍAS

SOLO SI TUVO TUBERCULOSIS

FECHA QUE TUVO TBC

COMPLETO TRATAMIENTO?

OBSERVACIONES: GASTRITIS: HACE 10 AÑOS

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	SANTOS VALLADARES CRISTINA ELIZABETH	HC Nº	75141394

VII - ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Padre	Niega	Hnos	Niega
Madre	Niega	Hijos	Niega
Conyuge	Niega		

VIII - EVALUACIÓN MÉDICA

Síntomas:

NO REFIERE MOLESTIAS

Examen Clínico, Antropometría, Func. vitales	Talla(m)	1.52	Peso(Kg)	63.700	IMC	27.57	Per. Abd.	95 cm	PA	110/70	$mmHg^2$
	FC X'	76	FR X'	18	T ºC	36.6	Per. Cad.	105 cm	FUR	08/05/24	

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	20/100	20/50	20/40	20/25	FONDO DE OJO	
	VISIÓN DE CERCA	20/75	20/75	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	SANTOS VALLADARES CRISTINA ELIZABETH	HC Nº	75141394

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

DENTRO DE LÍMITES NORMALES

XII - CONCLUSIONES DE AUDIOMETRÍA

NORMOACUSIA

XIII - CONCLUSIONES DE ESPIROMETRÍA

SIN HALLAZGOS PATOLOGICOS A LA ACTUALIDAD

XIV - OTRAS CONCLUSIONES

1- EXAMEN VISUAL: AMETROPIA PARCIALMENTE CORREGIDA BILATERAL
2- MUSCULOESQUELÉTICO: EXAMEN ESPECIAL, EXAMEN MUSCULOESQUELÉTICO NORMAL
3- ELECTROCARDIOGRAMA: EKG DENTRO DEL RANGO NORMAL
4- IMC: 27.57 Kg/m^2
5- PRESIÓN ARTERIAL: 110 / 70 mmHg

NOTA:

XV - DIAGNÓSTICO MÉDICO OCUPACIONAL/CONCLUSIONES		P	D	R	**CIE-10**
1	SOBREPESO (IMC: 27.57)		X		E66.0
2	AMETROPIA PARCIALMENTE CORREGIDA BILATERAL	X			H52
3	ASTIGMATISMO	X			H52.2
4					
OTROS DIAGNÓSTICOS					
1					
2					
3					
4					

APTITUD

APTO	**X**	APTO CON RESTRICCIONES		NO APTO	

XVII - RECOMENDACIONES/RESTRICCIONES

- CONTROL NUTRICIONAL. DIETA BAJA EN GRASAS Y CALORÍAS ADEMÁS DE ACTIVIDAD FÍSICA.
- CONTROL OFTALMOLÓGICO ANUAL. SE SUGIERE RENOVACIÓN DE LENTES CORRECTORES.
- SE RECOMIENDA CONTROL POR OFTALMOLOGIA

MÉDICO EVALUADOR	
Dr.(a)	Mayely Malquichagua Ramirez
FECHA:	08-06-2024

Dra. Mayely Malquichagua Ramirez
Médico Ocupacional - Auditor
CMP. 076753 - RNA: A11226





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: RONDON LA ROSA MARCO ANTONIO **FECHA:** 08-06-2024

Yo: SANTOS VALLADARES CRISTINA ELIZABETH de 25 años de edad, con
DNI: 75141394 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	PREOCUPACIONAL
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	-
TBC	-	Diabetes	-	Discopatías	-	Enf. Reumat.	-	Dislipid.	-
ETS	-	Hepatitis	-	Convulsiones	-	Enf. Pulmonares.	-	Intoxicac.	-
VIH	-	Hernias	-	Gastritis	X	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:
GASTRITIS: HACE 10 AÑOS

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

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

MÉDICO MEDICINA OCUPACIONAL

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

Nombres y apellidos: CRISTINA ELIZABETH SANTOS VALLADARES Historia clínica: 75141394

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

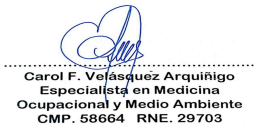
HISTORIA OCUPACIONAL

Apellidos y Nombres: SANTOS VALLADARES CRISTINA ELIZABETH N° Documento: 75141394 Fecha Nacimiento: 06/08/1998 Sexo: FEMENINO

Lugar de Nacimiento: Lima - Lima - Lima Lugar de procedencia: Santa María - 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 / 2020	TRUEX CORP	Hasta 2500 msnm	ATENCION AL CLIENTE	VENTAS	ATENCION AL CLIENTE				botas, lentes, casco, ropa





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

2024	06	08
Año	Mes	Día

Firma del Trabajador

p. Médico del Trabajo

Nombres y apellidos: CRISTINA ELIZABETH SANTOS VALLADARES Historia clínica: 75141394

VALORACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA: EXAMEN CLÍNICO

Apellidos y Nombres: SANTOS VALLADARES CRISTINA ELIZABETH | Doc. de identidad: 75141394

Edad: 25 | Sexo: Femenino | Fecha: 08-06-2024

Empresa: RONDON LA ROSA MARCO ANTONIO

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	-	-

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: SANTOS VALLADARES CRISTINA ELIZABETH

Doc. de identidad: 75141394



Huella digital

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

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

08	06	2024
dia	mes	año

Nombres y apellidos: CRISTINA ELIZABETH SANTOS VALLADARES Historia clínica: 75141394

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

INFORME RADIOGRÁFICO CON METODOLOGÍA OIT-2000

PLACA N°				**HCL**	75141394		**Lector**						
Nombre	SANTOS VALLADARES CRISTINA ELIZABETH								**Edad**	25 años			
Fecha de lectura	08	06	2024		**Fecha de radiografía**				08	06	2024		
	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)			**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** **X** **NO**

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

Sitio (Marque) las casillas adecuadas				**Calcificación** (marque)			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	
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				
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** **X** **NO**

(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. Sofía Martínez Leandro
Medico Ocupacional - Auditor
CMP. 076744 - RNA: A11246

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

DECLARACIÓN JURADA DE NO GESTACIÓN

Yo, **SANTOS VALLADARES CRISTINA ELIZABETH** identificado con DNI N° **75141394** de la Empresa **RONDON LA ROSA MARCO ANTONIO** 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.

08 de Junio de 2024

Firma	Huella Digital
	

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

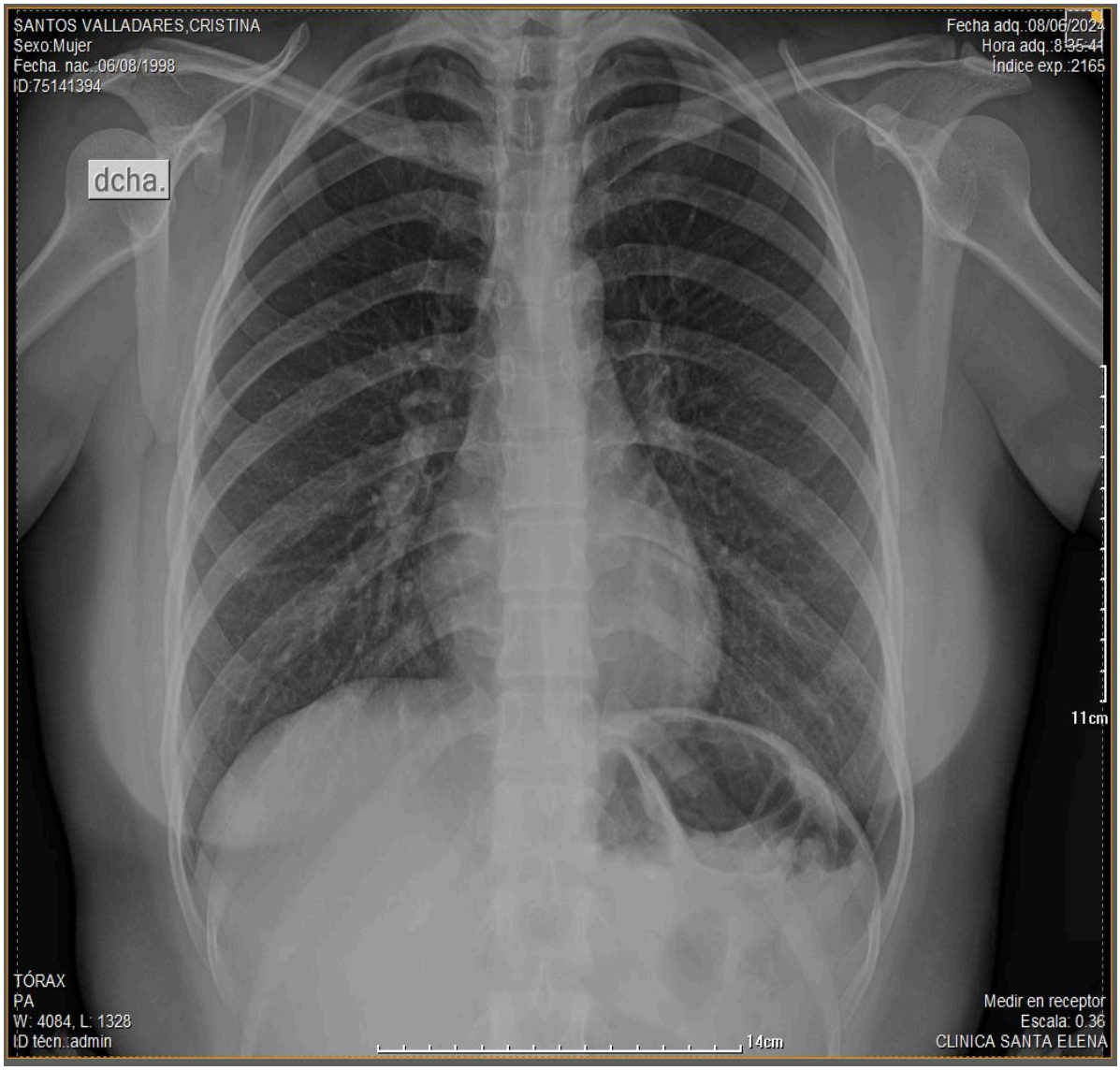
ADJUNTO

APELLIDOS Y NOMBRES : SANTOS VALLADARES CRISTINA ELIZABETH

EDAD : 25 años

FECHA : 08-06-2024

EMPRESA : RONDON LA ROSA MARCO ANTONIO



CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA

DATOS PERSONALES		
APELLIDOS Y NOMBRES SANTOS VALLADARES CRISTINA ELIZABETH		
EMPRESA RONDON LA ROSA MARCO ANTONIO	**OCUPACIÓN** NUTRICIONISTA	**FECHA DE EXAMEN** 08-06-2024

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

Uso de Lentes: Lejos y Cerca

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	20/75	20/75	20/20	20/20			NORMAL	NORMAL
VISIÓN DE LEJOS	20/100	20/50	20/40	20/25				
CONCLUSIÓN AGUDEZA VISUAL	ANORMAL							

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:

OD
OI

PRESIÓN INTRAOCULAR:

OD mmHg
OI mmHg

REFRACCIÓN:

Lejos:

	Esfera	Cilindro	Eje	Corregido a:
Ojo Derecho				
Ojo Izquierdo				

DIP:

Cerca:

	Corregido a:
Ojo Derecho	
Ojo Izquierdo	

OBSERVACIONES / RECOMENDACIONES

H52 AMETROPIA PARCIALMENTE CORREGIDA BILATERAL
H52.2 ASTIGMATISMO
CONTROL OFTALMOLÓGICO ANUAL. SE SUGIERE RENOVACIÓN DE LENTES CORRECTORES.
SE RECOMIENDA CONTROL POR OFTALMOLOGIA

Dra. Sofía Martínez Leandro
Medico Ocupacional - Auditor
CMP. 076744 - RNA: A11246

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	75141394	TIPO DE EXAMEN				AUDIÓMETRO	MARCA	AMPLIVOX AUDIOGRAM
Fecha de examen	08-06-2024 DD/MM/AAAA	EMPO X	EMOA	EMOR	Control		MODELO CALIBRACIÓN	240 22-01-2021

Apellidos y Nombres: SANTOS VALLADARES CRISTINA ELIZABETH

Edad: 25 años | Sexo: F | Empresa: RONDON LA ROSA MARCO ANTONIO

Puesto de Trabajo: NUTRICIONISTA | **Tiempo en el puesto:** 0 años | **Tiempo de exposición diaria:** 0H/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: con 10% cerumen seco | O.I CAE: con 10% cerumen seco

Membrana Timpánica D.: Normal | Membrana Timpánica I.: Normal

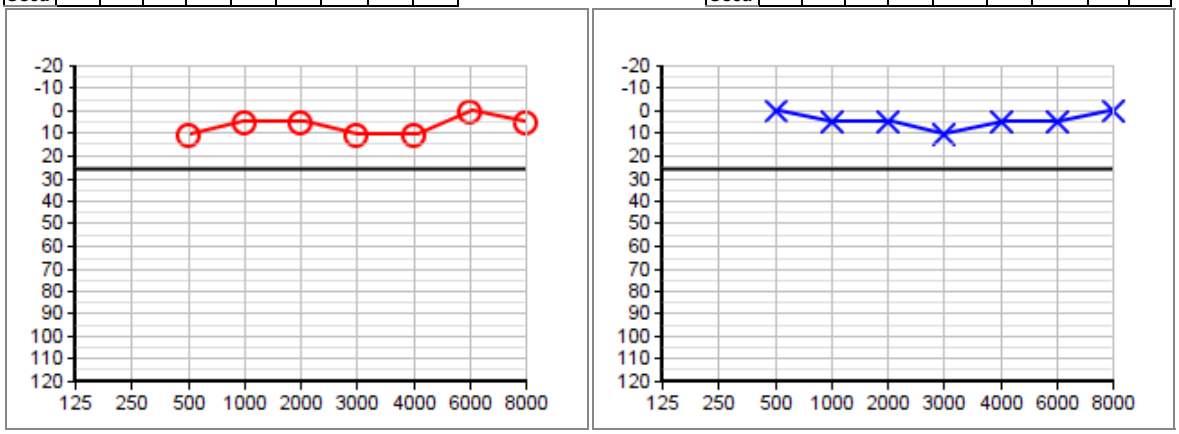
6.- Audiometría **VÍA AÉREA** **OD: Rojo - o Ol: Azul - x** **VÍA ÓSEA** **OD: Rojo - < Ol: Azul - >**

Oído derecho

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

Oído izquierdo

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



7. Conclusión

Z01.1 NORMOACUSIA

Comentario

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

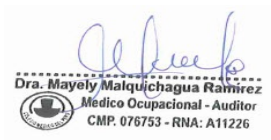
9.- Deterioro Monoaural **OD** _____ **OI** _____ **D.Binaural** _____ **Impedimento Global:** _____

10. Recomendaciones

CONTROL AUDIOMETRICO ANUAL.



Firma y Huella del Trabajor



Sello y firma del Médico Responsable



Sello y firma de quien realizó la audiometría

Nombres y apellidos: CRISTINA ELIZABETH SANTOS VALLADARES | Historia clínica: 75141394

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR

APELLIDOS Y NOMBRES:	SANTOS VALLADARES CRISTINA ELIZABETH		
EDAD:	25 AÑOS	**FECHA:**	08-06-2024
EMPRESA:	**DESTINO:**	RONDON LA ROSA MARCO ANTONIO	

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

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

EXAMEN CARDIOLÓGICO P.A. 110 / 70 mmHg

RITMO		F.C.	76	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)

Dra. Mayely Malquichagua Ramirez
Médico Ocupacional - Auditor
CMP. 076753 - RNA: A11226

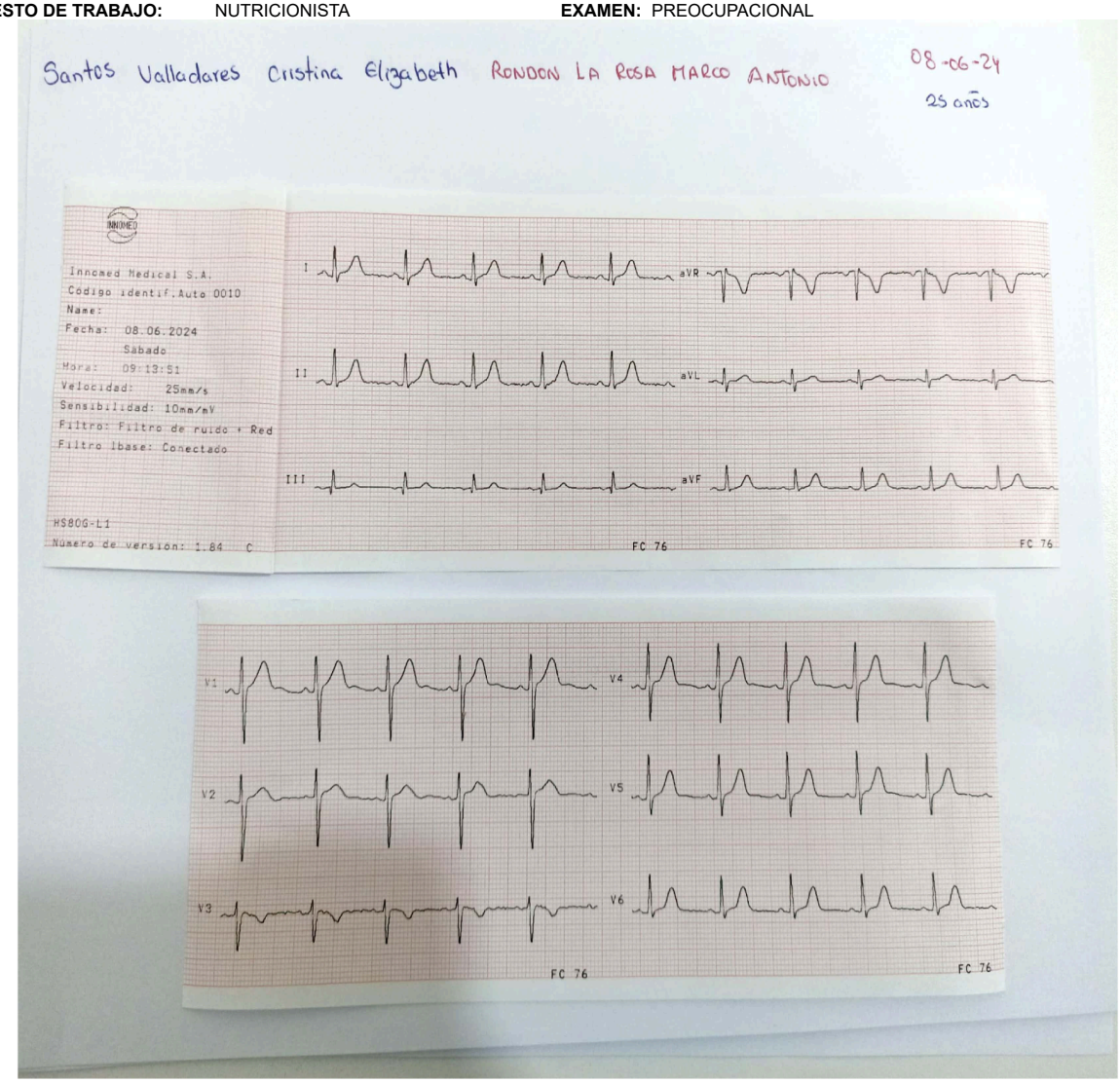
Sello y firma del Médico Cardiológico

Nombres y apellidos: CRISTINA ELIZABETH SANTOS VALLADARES Historia clínica: 75141394

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

INFORME ELECTROCARDIOGRAMA

APELLIDOS Y NOMBRES:	SANTOS VALLADARES CRISTINA ELIZABETH	**DNI:**	75141394	**HC Nº:**	75141394
EMPRESA:	RONDON LA ROSA MARCO ANTONIO	**SEXO:**	FEMENINO	**EDAD:**	25 AÑOS
PUESTO DE TRABAJO:	NUTRICIONISTA	**EXAMEN:**	PREOCUPACIONAL		



Escaneado con CamScanner

CONCLUSIÓN

EKG DENTRO DEL RANGO NORMAL

RECOMENDACIONES

Dra. Mayely Malquichagua Ramírez
Médico Ocupacional - Auditor
CMP. 076753 - RNA: A11226

FIRMA DEL MÉDICO

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

FICHA PSICOLÓGICA OCUPACIONAL

N° HC 75141394 **Fecha de evaluación:** 08 (DIA) 06 (MES) 24 (AÑO)

I.- DATOS GENERALES:

Apellidos y Nombres : SANTOS VALLADARES CRISTINA ELIZABETH
Edad : 25 años
Fecha de Nacimiento : 06-08-1998
Lugar de Nacimiento : LIMA - LIMA - LIMA
Estado Civil : SOLTERO
Grado de Instrucción : Universitario Completo
Lugar de Residencia : PSJ. INDEPENDENCIA S/N INT. 02
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: RONDON LA ROSA MARCO ANTONIO
Actividad de la Empresa: ACTIVIDADES DE RESTAURANTES Y DE SERVICIO MÓVIL DE COMIDAS
Área de trabajo: NUTRICIONISTA Superficie ( ) Subsuelo ( ) Tiempo Total Laborando 1 AÑO
Puesto: NUTRICIONISTA

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 2020	TRUEX CORP	ATENCION AL CLIENTE	ATENCION AL CLIENTE			
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: LA EVALUADA 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: LA EVALUADA 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 EXHIBE PERSONALIDAD CON TENDENCIA A LA INTROVERSIÓN Y CON ESTABILIDAD EMOCIONAL. EN CUANTO A SUS CARACTERÍSTICAS PERSONALES REFIERE SER TRANQUILA, SINCERA, POCO SOCIABLE, FRENTE A SITUACIONES TENSAS SUELE BUSCAR SOLUCIONES, SE ENCUENTRA EN BUSCA DE SEGUIR SUS METAS Y OBJETIVOS TANTO EN LO PERSONAL COMO PROFESIONALMENTE; EN EL ASPECTO LABORAL ES RESPONSABLE CON SUS ACTIVIDADES, PUNTUAL, TRABAJA EN EQUIPO, SE ESFUERZA POR CUMPLIR CON LOS OBJETIVOS DE LA EMPRESA, Y BUSCA LA MEJORA CONSTANTE DE SU CAPACIDADES PARA APLICARLAS EN SU ÁREA; ASÍ MISMO SE ENCUENTRA COMPROMETIDO CON SU TRABAJO Y ACATA LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS.

XII. RECOMENDACIONES:

ADECUADO PARA EL PUESTO



Lic RUIZ AROSEMENA YESSENIA MASSIEL

CMP 22209

PSICÓLOGO / A

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

CUESTIONARIO DE ESPIROMETRÍA

APELLIDOS Y NOMBRES	SANTOS VALLADARES CRISTINA ELIZABETH	**DNI**	75141394	**HC N°**	75141394
EMPRESA	RONDON LA ROSA MARCO ANTONIO	**SEXO**	FEMENINO	**EDAD**	25 AÑOS
PUESTO DE TRABAJO	NUTRICIONISTA				
FECHA DE EXAMEN	08-06-2024	**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?	**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, 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: 75141394



Huella digital

Resultados de la prueba de Función Pulmonar

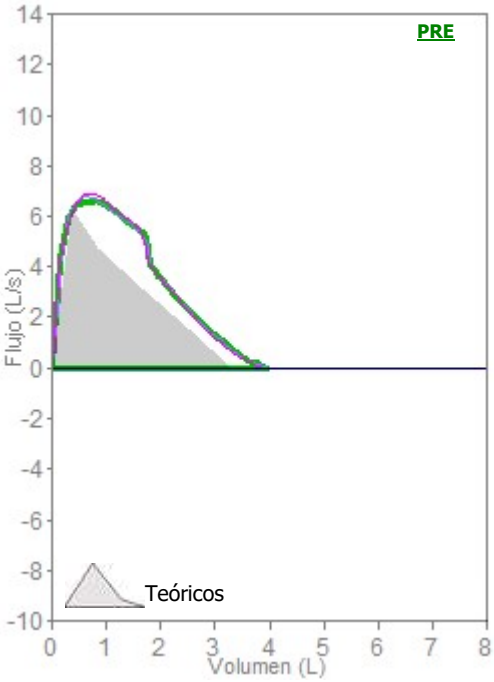
Clínica Santa Elena

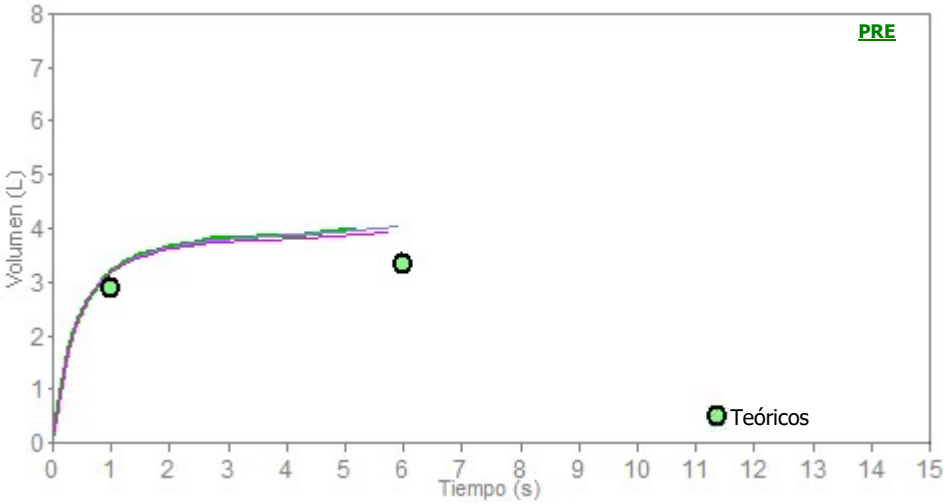
Av. José T. García 215 - Huacho

FVC PRE | FEV1 PRE | FEV1% PRE

Fecha de visita 5/09/2024

Cód. paciente	75141394	Edad	26
Apellido	SASNTOS VALLADA	Género	Femenino
Nom.	CRISTINA ELIZABE	Altura, cm	152
Fecha de nacimier	6/08/1998	Peso:, kg	63
Grupo étnico	Mejicano-American	BMI	27.27
Fuma	No fumador	Paquete-año	
Grupo pacientes			





Grado de control de calidad: A Variabilidad: FEV1=0.02L (0.62%), FVC=0.02L (0.5%

3 Acceptable trials

Interpretación

Espirometría normal

Fecha prueba PRE 5/09/2024 16:43:54

Parámetros		LLN	Teór.	Best	%Teór.	Z-score	PRE #1	PRE #2	PRE #3	POST	%Teór.	%Cam
FVC	L	2.71	3.33	4.02*	121	1.83	3.92	4.02	4.00	*		
FEV1	L	2.36	2.88	3.23*	112	1.11	3.18	3.21	3.23	*		
FEV1/FVC	%	77.2	86.5	80.3*	93	-1.10	81.1	79.9	80.8	*		
PEF	L/s	4.53	6.28	6.97*	111	0.64	6.97	6.83	6.69	*		
ELA	años		26	26	100		26	26	26			
FEF2575	L/s	2.30	3.46	3.00	87	-0.65	3.09	3.00	3.10			
FET	s		6.00	5.91	99		5.75	5.91	5.17			
FIVC	L	2.71	3.33									
FEV1/VC	%	77.2	86.5									

***Mejores valores de todas las curvas - BTPS 1.106 22 °C (71.6 °F) - Teóricos NHANES III**

Informe médico

Firma

Clínica Santa Elena
Lic. Julio Ichiro Salvador Matta
Licenciado en Enfermería
C.E.P. 100966

Instrumento usado
Spirobank II new S/N Y16985
Calibración 5/09/2024 07:39:47

MIR MEDICAL INTERNATIONAL RESEARCH

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

INFORME DE LABORATORIO

FECHA	:	08-06-2024	**SEXO**	:	FEMENINO
NOMBRE	:	SANTOS VALLADARES CRISTINA ELIZABETH			
EDAD	:	25 años			
EMPRESA	:	RONDON LA ROSA MARCO ANTONIO			
PUESTO	:	NUTRICIONISTA			

HEMATOLOGIA			
	RESULTADO	**UNIDAD**	**RANGO NORMALES REF.**
HEMATOLOGIA			
GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH			
GRUPO SANGUINEO	O		
FACTOR RH	POSITIVO		
HEMOGRAMA AUTOMATIZADO			
HEMOGLOBINA	13.1	g/dL	Masculino 13 - 17 Femenino 12.0 - 16.0
HEMATOCRITO	39.3	%	Masculino 39 - 51 Femenino 36 - 48
HEMATIES	4.32	10^6 / uL	4.2 - 5.8
V.C.M.	91.0	fL	80 - 98
H.C.M.	30.3	pg	26 - 34
C.H.C.M.	33.3	g/dL	30 - 36
PLAQUETAS	245	10^3/ul	160 - 475
LEUCOCITOS	9.93	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 %	72	%	34 - 72
NEUTROFILOS %	70	%	50 - 70
EOSINOFILOS %	1	%	0 - 5.0
BASOFILOS %	0	%	0 - 1.2
MONOCITOS %	3	%	3.0 - 10.0
LINFOCITOS %	20	%	19.0- 52.0
CONCLUSION HEMOGRAMA	NORMAL		
OBSERVACIONES			

BIOQUIMICA			
	RESULTADO	**UNIDAD**	**RANGO NORMALES REF.**
GLUCOSA AYUNAS (GLUCOSA BASAL)	95	mg/dL	70 - 110
TRIGLICERIDOS	86	mg/dl	Normal : 10 a 150
COLESTEROL TOTAL	160	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	ligeramente turbio		
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	1-2 por campo	/ Campo	0-3
PIOCITOS	No se observa	/ Campo	
HEMATIES	0-2 por campo	/ Campo	0-2
BACTERIAS	escasos	/ 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		
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		

CLÍNICA OCUPACIONAL Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD
Lic. Elmer Trujillo Román
Tecnólogo Médico
CTMP 3966

Firma, Sello del profesional

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, **SANTOS VALLADARES CRISTINA ELIZABETH** con documento de identidad N° **75141394** con domicilio en **PSJ. INDEPENDENCIA S/N INT. 02** 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 **RONDON LA ROSA MARCO ANTONIO** 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 08** de **JUNIO** de **2024**



Firma del Trabajador



Huella Digital

DNI 75141394

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, SANTOS VALLADARES CRISTINA ELIZABETH, con el DNI N° 75141394 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 RONDON LA ROSA MARCO ANTONIO, **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, 08 de Junio del 2024



Firma del Colaborador
DNI N°: 75141394



CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL

CERTIFICA QUE EL Sr.(a):	
EMPRESA: RONDON LA ROSA MARCO ANTONIO	**DNI:** 75141394
APELLIDOS Y NOMBRES: SANTOS VALLADARES CRISTINA ELIZABETH	
PUESTO: NUTRICIONISTA	**EDAD:** 25 AÑOS
FECHA DE EXAMEN: 08-06-2024	**SEXO:** FEMENINO
TIPO DE EXAMEN: PREOCUPACIONAL	**N° HC:** 75141394

EVALUACIÓN MÉDICA

PESO: 63.700 kg	**TALLA:** 1.52 m	**IMC:** 27.57 Kg/.m2	**PA:** 110 / 70 mmHg	**PER. ABDOMINAL:** 95 cm
PER. CADERA: 105 cm	**ICC:** 0.8 cm	**FC:** 76 min	**FR:** 18 min	**T°.:** 36.6 °C

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES:	GASTRITIS: HACE 10 AÑOS
ANTECEDENTES FAMILIARES:	NIEGA
ALERGIAS:	NIEGA
SÍNTOMAS:	NO REFIERE 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:	13.1	COLESTEROL:	160		
GLUCOSA:	95 mg/dL	TRIGLICÉRIDOS:	86 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:	NORMOACUSIA
ESPIROMETRÍA:	Normal
EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA:	AMETROPIA PARCIALMENTE CORREGIDA BILATERAL , ASTIGMATISMO.
EXAMEN RADIOLÓGICO DE RODILLAS:	NO APLICA

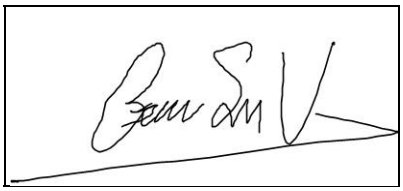
CONCLUSIONES: En la presente evaluación médica se encontró lo siguiente:

E66.0	SOBREPESO (IMC: 27.57)
H52	AMETROPIA PARCIALMENTE CORREGIDA BILATERAL
H52.2	ASTIGMATISMO

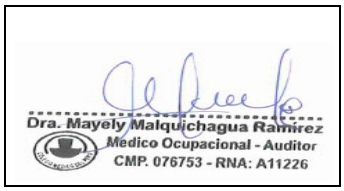
RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES:

- CONTROL NUTRICIONAL. DIETA BAJA EN GRASAS Y CALORÍAS ADEMÁS DE ACTIVIDAD FÍSICA.
- CONTROL OFTALMOLÓGICO ANUAL. SE SUGIERE RENOVACIÓN DE LENTES CORRECTORES.
- SE RECOMIENDA CONTROL POR OFTALMOLOGIA



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	75141394
	PROYECTO	

CERTIFICA QUE EL Sr. (a):

Nombres y Apellidos	SANTOS VALLADARES, CRISTINA ELIZABETH					
DNI	75141394	Edad	25 años	Género	**F** :X	**M :**
Empresa	RONDON LA ROSA MARCO ANTONIO					
Puesto de trabajo (al que postula)	NUTRICIONISTA					
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 NUTRICIONAL. DIETA BAJA EN GRASAS Y CALORÍAS ADEMÁS DE ACTIVIDAD FÍSICA.
-CONTROL OFTALMOLÓGICO ANUAL. SE SUGIERE RENOVACIÓN DE LENTES CORRECTORES.
-SE RECOMIENDA CONTROL POR OFTALMOLOGIA

Dra. Mayely Malquichagua Ramirez Medico Ocupacional - Auditor CMP. 076753 - RNA: A11226	Dra. Sofía Martinez Leandro Medico Ocupacional - Auditor CMP. 076744 - RNA: A11246	Carol F. Velásquez Arquiñigo Especialista en Medicina Ocupacional y Medio Ambiente CMP. 58664 RNE. 29703
Nombre: Malquichagua Ramirez Mayely	**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:	**08/06/2024**

CLÍNICA OCUPACIONAL
Santa Elena
MÉDICOS PARA TU SALUD

ANEXO Nº 2

FICHA DE SINTOMATOLOGÍA DE COVID-19

DECLARACIÓN JURADA

Apellidos y nombres:	SANTOS VALLADARES CRISTINA ELIZABETH		
Área de trabajo:	NUTRICIONISTA	**DNI**	75141394
Dirección:	PSJ. INDEPENDENCIA S/N INT. 02	**Número (celular):**	907336467

En los últimos 14 días calendario ha tenido alguno de los síntomas siguientes:

	SI	NO
1. Sensación de alza térmica, fiebre o malestar		X
2. Dolor de garganta, tos, estornudos o dificultad para respirar		X
3. Dolor de cabeza, diarrea o congestión nasal		X
4. Pérdida del gusto y/o del olfato		X
5. Contacto con un caso confirmado de COVID-19		X
6. Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles):		X
7. Pertenece a algún Grupo de Riesgo para COVID-19:		X

Especifique _____

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y he respondido con la verdad



Fecha: 08/06/2024

FIRMA DEL TRABAJADOR



HUELLA