

INFORME MÉDICO

DATOS PERSONALES

Nombre : LEON RIVASPLATA YURI EXNER

Edad : 42 AÑOS

Puesto : CHOFER DE BUS

Empresa : OBRASCÓN HUARTE LAIN

Tipo : ANUAL

Fecha : 20 mayo 2024

A continuación le informamos los resultados de su evaluación médica:

Antecedentes Patológicos Importantes

ENFERMEDADES OCULARES , HIPERTENSION ARTERIAL

Antecedentes Familiares Importantes

NO CONTRIBUTORIOS

Examen clínico:

Peso : 87.5 Kg.

Talla : 1.57 m.

F.C : 70 min.

P.A : 136/99 mmHg.

Sat O2 : 96 %

IMC : 35.5 Kg/m2

F.R : 20 min.

Estado nutricional :

OBESIDAD II

Medicina :

APTO CON RESTRICCIÓN

Examen oftalmológico :

AMETROPIA LEVE EN OJO IZQUIERDO - PRESBICIA

Examen odontológico :

NORMAL

Evaluación psicológica :

CUMPLE CON EL PERFIL DEL PUESTO

Audiometría :

NORMAL

Radiografía Tórax :

NORMAL

Electrocardiograma :

TRASTORNO INEPECIFICO DE REPOLARIZACION

Espirometría :

-NORMAL

EXAMENES DE LABORATORIO :

Grupo y Factor Sanguíneo : O - +

Hemograma : NORMAL

Hemoglobina : 15.8gr %

Hematocrito : 49

Colesterol : 200.00

Triglicéridos : 98.00

Examen de Orina: NORMAL

Glucosa : 98.00 mg/dl

70.00 - 110.00 mg/dl

- HOMBRES: (5500 - 13400) U/L

- MUJERES DE MAS DE 40 AÑOS: (5500 - 13400) U/L

- MUJERES DE 16-39 AÑOS no embarazadas o tomando

anticonceptivos orales : (4400 - 11700) U/L

- MUJERES DE 18-41 AÑOS embarazadas o tomando

anticonceptivos orales: (3800 - 9500) U/L

Colinesterasa Serica : -

Ubícanos en nuestras Sedes:

Huamachuco : Jr. Leoncio Prado N°786 Telefax: 044-348870

Trujillo: Calle Guillermo Prescott N°127 - Urb. Santo Dominguito Telefax: 044-666120

Movistar: 969603777 Claro: 940181167 Email: gerencia@horizontemedic.com

HALLAZGOS:

En la presente evaluación médica se encontró lo siguiente:

1. ELECTROCARDIOGRAMA: TRASTORNO INEPECIFICO DE REPOLARIZACION. EVALUADO POR CARDIOLOGIA. 20/05/24. APTO PARA LABORAR. EVALUACION ANUAL POR ESPECIALIDAD.
2. PRESION ARTERIAL ELEVADA. EVALUADO POR CARDIOLOGIA. 20/05/24. APTO PARA LABORAR. NO EVIDENCIA HTA. DISMINUCION DE PESO, EVITAR SEDENTARISMO.
3. OBESIDAD II. EVALUADO POR ENDOCRINOLOGIA. 20/05/24. APTO PARA LABORAR. NO HACER TRABAJOS SOBRE 1.8 M.S. N. PISO. DIETA HIPOCALORICA 1700 KCAL, CHO 230GR, NO AZUCARES SIMPLES NI GRASAS SATURADAS Y EJERCICIOS DIARIOS. CONTROL MENSUAL DE PESO. CONTROL CON RESULTADOS EN 03 MESES.
4. AMETROPIA LEVE EN OJO IZQUIERDO CORREGIDA. CONTINUAR CON USO DE LENTES CORRECTORES. EVALUACION ANUAL.
5. PRESBICIA CORREGIDA. CONTINUAR CON USO DE LENTES CORRECTORES. EVALUACION ANUAL.
6. PTERIGIÓN GRADO II OJO IZQUIERDO. USO DE LENTES CON PROTECCION UV. EVALUACION ANUAL POR

RECOMENDACIONES:

Las recomendaciones al respecto son las siguientes:

- 1.EVALUACION ANUAL POR ESPECIALIDAD.
- 2.DISMINUCION DE PESO, EVITAR SEDENTARISMO.
- 3.NO HACER TRABAJOS SOBRE 1.8 M.S.N. PISO. DIETA HIPOCALORICA 1700 KCAL, CHO 230GR, NO AZUCARES SIMPLES NI GRASAS SATURADAS Y EJERCICIOS DIARIOS. CONTROL MENSUAL DE PESO. CONTROL CON RESULTADOS EN 03 MESES.
4. Y 5.CONTINUAR CON USO DE LENTES CORRECTORES. EVALUACION ANUAL.
6. USO DE LENTES CON PROTECCION UV. EVALUACION ANUAL POR OFTALMOLOGIA.

NOTA: SE SUGIERE EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN PARA COVID 19 SEGÚN NORMATIVA VIGENTE.

Si deseara alguna aclaración o información adicional con respecto al presente informe, no dude en llamarnos al teléfono 044-767608 de 8:00 - 1:00 p.m. y 3:00 - 6:00 p.m.

Atentamente,



.....
Dr. José Franco R. Silva Beato
MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE
C.O.P. 51086 - RNE: 20040 - M.N. 01818
EVALUADOR

Ubícanos en nuestras Sedes:

Huamachuco : Jr. Leoncio Prado N°786 Telefax: 044-348070

Trujillo: Calle Guillermo Prescott N°127 - Urb. Santo Dominguito Telefax: 044-666120

Movistar: 969603777 Claro: 940181167 Email: gerencia@horizontemedic.com

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

CERTIFICA que el Sr.(a)							
NOMBRES Y APELLIDOS:		YURI EXNER LEON RIVASPLATA					
DNI :	41008153	EDAD :	42 AÑOS	GENERO :	MASCULINO GRUPO SANGUINEO : O+		
EMPRESA :		OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A		CONTRATISTA	N/A		
PUESTO AL QUE POSTULA :		CHOFER DE BUS					
OCUPACION ACTUAL O ULTIMA OCUPACION:		OBRERO					
Nº HISTORIA CLINICA :		87182		TIPO DE EXAMEN :	ANUAL		
CONCLUSIONES :							
1. ELECTROCARDIOGRAMA: TRASTORNO INEPECIFICO DE REPOLARIZACION. EVALUADO POR CARDIOLOGIA. 20/05/24. APTO PARA LABORAR. 2. PRESION ARTERIAL ELEVADA. EVALUADO POR CARDIOLOGIA. 20/05/24. APTO PARA LABORAR. NO EVIDENCIA HTA. 3. OBESIDAD II. EVALUADO POR ENDOCRINOLOGIA. 20/05/24. APTO PARA LABORAR. 4. AMETROPIA LEVE EN OJO IZQUIERDO CORREGIDA. 5. PRESBICIA CORREGIDA. 6. PTERIGIÓN GRADO II OJO IZQUIERDO.							
APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)		RESTRICCIONES : - NO HACER TRABAJO SOBRE 1.8 M.S.N.PISO - USO DE LENTES CORRECTORES PARA TRABAJO.					
APTO CON RESTRICCION (para el puesto en el que trabaja)						X	
NO APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)							
CON OBSERVACIÓN							
EVALUADO							
RECOMENDACIONES : 1.EVALUACION ANUAL POR ESPECIALIDAD. 2.DISMINUCION DE PESO, EVITAR SEDENTARISMO. 3.NO HACER TRABAJOS SOBRE 1.8 M.S.N. PISO. DIETA HIPOCALORICA 1700 KCAL, CHO 230GR, NO AZUCARES SIMPLES NI GRASAS SATURADAS Y EJERCICIOS DIARIOS. CONTROL MENSUAL DE PESO. CONTROL CON RESULTADOS EN 03 MESES. 4. Y 5.CONTINUAR CON USO DE LENTES CORRECTORES. EVALUACION ANUAL. 6. USO DE LENTES CON PROTECCION UV. EVALUACION ANUAL POR OFTALMOLOGIA.				 Dr. José Franco B. Silva Recio MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDICINA AMBIENTAL C.O.P. 51006 - RNE: 20063 - M.O. 31816			
Nombre :							
Fecha : 20/05/2024		Hasta : 20/05/2025		SELLO Y FIRMA DE MEDICO QUE CERTIFICA :			

EMPRESA ☒ OBRASCÓN HUARTE LA IN S.A

CONTRATA ☒ N/A

Apellidos y Nombres : LEON RIVAS PLATA YURI EXNER

PRE OCUPACIONAL ☐

ANUAL ☒

RETIRO ☐

REUBICACIÓN ☐

FECHA DEL EXAMEN : 20/05/2024		MINERALES EXPLOTADOS O PROCESADOS : NO APLICA	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO LIMA 30/05/1981		DOMICILIO HABITUAL JR. SANTA MAGDALENA 184-LA ESPERANZA- TRUJILLO-LA LIBERTAD	
SUPERFICIE ☒ CONCENTRADOR ☐ SUBSUELO ☐		ALTURA DE LA LABOR (MSNM) Debajo 2500 ☒ 3501 a 4000 ☐ 2501 a 3000 ☐ 4001 a 4500 ☐ 3001 a 3500 ☐ Mas de 4501 ☐	
EDAD 42 AÑOS	SEXO M ☒ F ☐	DNI / CE / NIE 41008153 TELEFONO -	ESTADO CIVIL soltero ☐ conviviente ☒ casado ☐ viudo ☐ divorciado ☐
GRADO DE INSTRUCCIÓN Analfabeto ☐ Sec.Com. ☒ Univers ☐ Prim.Com. ☐ Sec.Inc. ☐ Técnico ☐ Prim.Inc. ☐			
Ruido ☒ Polvo ☒ Vib Segmentario ☐ Vib Total ☒	Cancerígenos ☐ Mutagénicos ☐ Solventes ☐ Metales ☐	Temperatura ☐ Biológicos ☐ Posturas ☒ Turnos ☐	Carga ☐ Mov.Repet. ☐ PVD ☐ Otros ☒
Puesto al que Postula : CHOFER DE BUS Puesto Actual : CHOFER DE BUS Tiempo : N/A Reubicación : SI ☒ NO ☐			
ANTECEDENTES OCUPACIONALES (ver adjunto historia ocupacional)			
ANTECEDENTES PERSONALES (enfermedades y accidentes en el trabajo o fuera de el mismo)		NIEGA DB, TBC, HTA, CONVULSIONES, ASMA, ALERGIAS, ACCIDENTES	
ANTECEDENTES FAMILIARES		INMUNIZACIONES	
NO CONTRIBUTIVOS		TETANO ☒ HEPATITIS - B ☒ FIEBRE AMARILLA ☐	
		NÚMERO DE HIJOS VIVOS 04 MUERTOS 00	
HABITOS TABACO ALCOHOL DROGAS nada ☐ ☐ ☒ poco ☒ ☒ ☐ habitual ☐ ☐ ☐ excesivo ☐ ☐ ☐		TALLA PESO FUNCIÓN RESPIRATORIA (Espirometría) 1.57 mts. 87.5 Kg. FVC 84 l. FEV1 87 l. FEV1/FVC 85.57 % FEF 25-75% 100 l/s. Conclusión: - ESPIROMETRIA NORMAL	
		TEMPERATURA 36 °C Cintura 102 cm. Cadera 106 cm. ICC 0.96	
CABEZA : NORMAL		CUELLO : CENTRAL, MOVIL	
PERIMETRO CUELLO : 40 cm		NARIZ : CENTRAL, PERMEABLE	
BOCA, AMIGDALAS, FARINGE, LARINGE :		DENTADURA Piezas en mal estado : 0 Piezas que faltan : 1	
HUMECTADA, NO HIPERTROFICAS, NO CONGESTIVAS			
OJOS	SIN CORREGIR O.D. O.I. 20/20 20/25 20/20-1 20/30	CORREGIDA O.D. O.I. 20/20 20/20 20/20 20/20	ENFERMEDADES OCULARES : AMETROPIA LEVE EN OJO IZQUIERDO - PRESBICIA PTERIGIÓN GRADO II OJO IZQUIERDO.
Visión de Cerca :			
Visión de Lejos :			
Visión de Colores :	NORMAL		REFLEJOS PUPILARES : CONSERVADO
OÍDOS Audición derecha 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000		Audición izquierda 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000	
Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 dB(A) 5 10 15 10 5 5 25		Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 dB(A) 5 5 15 15 25 25 20	
OTOSCOPIA O.D : NORMAL O.I : NORMAL		F.Respiratoria : 20 x min. F.Cardiaca : 70 x min. Sat.O2 : 96 %	
Cardiovascular : RCRR, NO SOPLOS.		PRESIÓN ARTERIAL SISTEMÁTICA SISTÓLICA 136 mmHg. DIASTÓLICA 99 mmHg.	
PULMONES : Normal: ☒ Anormal ☐			
Descripción: BPMV EN ACP. NO RALES.			
Miembros Superiores : SIMÉTRICOS, NO DEFORMIDADES, MOTRICIDAD CONSERVADA.			
Miembros Inferiores : SIMÉTRICOS, NO DEFORMIDADES, MOTRICIDAD CONSERVADA.			

ANEXO 16
FICHA MEDICA OCUPACIONAL

N° de ORDEN : **87182-TP** PAG.02

REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS: CONSERVADOS

MARCHA : NORMAL

COLUMNA VERTEBRAL: CENTRAL, MOVIL, CURVATURAS CONSERVADAS

ABDOMEN:

RHA(+), B/D, NO DOLOROSO A LA PALPACION

TACTO RECTAL

NO SE HIZO ☒

ANORMAL ☐

NORMAL ☐

DESCRIBIR EN OBSERVACIÓN ☐

ANILLOS INGUINALES
CONSERVADOS

HERNIAS

NO

VÁRICES

NO

ÓRGANOS GENITALES:

DE CARACTER NORMAL

GANGLIOS LINFÁTICOS

NO LINFADENOPATIAS

LENGUAJE, ATENCIÓN, MEMORIA, INTELIGENCIA, ORIENTACIÓN, AFECTIVIDAD

NORMAL



VÉRTICES : LIBRES

HILIOS : NORMALES

SENOS : LIBRES

MEDIASTINOS : NORMALES

CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS :

SILUETA CARDIOVASCULAR :

NORMAL

NORMAL

N° RX 87182

FECHA 20/05/2024

CALIDAD 2

SÍMBOLOS N/A

☒

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

REACCIONES SEROLOGICAS LUES

0/0

1/0

1/1

1/2

2/1

2/2

2/3

3/2

3/3

3/+

A,B,C

St

a -Lues

CERO

1/0

UNO

DOS

TRES

CUATRO

NEGATIVO ☐

POSITIVO ☐

Sin neumoconiosis

IMAGEN
RADIOGRAFICA
de EXPOSICIÓN A
POLVO

CON NEUMOCONIOSIS

OTROS EXÁMENES

-HEMOGRAMA:
NORMAL

-GLUCOSA: 98.00
mg/dl.

-CREATININA: N/A
mg/dl.

-VSG: N/A

-EX ORINA: NORMAL

-COCAINA:
NEGATIVO

-MARIHUANA:
NEGATIVO

Perfil lipídico:

Colesterol : 200.00
total mg/dl

L.D.L: 130.40

H.D.L: 50.00

V.L.D.L: 19.60

Triglicéridos: 98.00

GRUPO SANGUINEO

O ☒

A ☐

B ☐

AB ☐

Rh(-) ☐

Rh(+) ☒

Hemoglobina/Hematocrito

15.8 gr. %

ORINA

APTO PARA TRABAJAR

SI ☒

NO ☐

Revaluación
en empresa ☐

NOMBRES Y APELLIDOS DEL MÉDICO - COLEGIATURA

Dra. Gamboa Castro M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 6946

FIRMA Y SELLO

OBSERVACIONES :

1. ELECTROCARDIOGRAMA: TRASTURNO inespecífico de repolarización. EVALUADO POR CARDIOLOGIA. 20/05/24. APTO PARA LABORAR. EVALUACION ANUAL POR ESPECIALIDAD.

2. PRESION ARTERIAL ELEVADA. EVALUADO POR CARDIOLOGIA. 20/05/24. APTO PARA LABORAR. NO EVIDENCIA HTA. DISMINUCION DE PESO. EVITAR SEDENTARISMO.

3. OBESIDAD II. EVALUADO POR ENDOCRINOLOGIA. 20/05/24. APTO PARA LABORAR. NO HACER TRABAJOS SOBRE 1.8 M.S.N. PISO. DIETA HIPOCALORICA 1700 KCAL. CHO 230GR. NO AZUCARES SIMPLES NI GRASAS SATURADAS Y EJERCICIOS DIARIOS. CONTROL MENSUAL DE PESO. CONTROL CON RESULTADOS EN 03 MESES.

4. AMETROPIA LEVE EN OJO IZQUIERDO CORREGIDA. CONTINUAR CON USO DE LENTES CORRECTORES. EVALUACION ANUAL.

5. PRESBICIA CORREGIDA. CONTINUAR CON USO DE LENTES CORRECTORES. EVALUACION ANUAL.

6. PTERIGIÓN GRADO II OJO IZQUIERDO. USO DE LENTES CON PROTECCION UV. EVALUACION ANUAL POR OFTALMOLOGIA.

Firma del examinado



Huella Digital Índice Derecho.
Declaro que toda la información es verdadera

1. FILIACION (a partir del registro médico)

Nº Ficha : **87182**

Apellidos y Nombres	LEON RIVASPLATA YURI EXNER		Fecha	13/05/2024	
DNI	41008153	Edad	42 AÑOS	Sexo	M ☒ F ☐
Área de Trabajo	SEVICIOS GENERALES		Brevete		
Empresa	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A		Contrata	N/A	
Años de Experiencia	20 AÑOS	años	Primera Actitud		Revalidación ☒

2- ANAMNESIS - EVALUACION DE CAPACIDADES FUNCIONALES A TRAVES DE ENTREVISTA

	Si	No		Si	No
Todas las enfermedades que produzcan alteración de la consciencia sin importar su causa e independiente de su tratamiento	☐	☒	Personas que consumen sustancias estupefacientes o psicotrópicas en niveles que alteren su capacidad o trabajar como controlar un vehículo.	☐	☒
Alcoholismo crónico y en general todas aquellas enfermedades que produzcan incapacidad de efectuar movimientos voluntarios y/o que limiten la capacidad de trabajo como conducción, manejo o control físico de un vehículo motorizado, subir y bajar escaleras, etc.	☐	☒	Personas que consumen sustancias estupefacientes o psicotrópicas en niveles que no alteren su capacidad de trabajar, pero que se encuentran sin tratamiento o en tratamiento sin prescripción médica.	☐	☒
Todas aquellas enfermedades que se caractericen por movimientos involuntarios y que interfieran seriamente su capacidad de trabajar, independiente de su tratamiento farmacológico.	☐	☒	Personas que como consecuencia de una enfermedad o su tratamiento, sufran uno o varios de los siguientes efectos: alteración del estado de consciencia, alteración del equilibrio, en la percepción, en la habilidad motriz, en la estabilidad emocional y en el juicio.	☐	☒
Pérdida recurrente de la consciencia, independiente de su tratamiento, tales como narcolepsia, epilepsia, etc.	☐	☒	Síndrome Apnea Obstructiva del sueño.	☐	☒
Anemia de cualquier grado, según criterios OMS 2011.	☐	☒	Obesidad (IMC > o igual a 30)	☒	☐

3. EXPLORACION FISICA - EVALUACION DE CAPACIDADES FUNCIONALES A TRAVES DEL EXAMEN CLINICO

FC x min	70	FR x min	20	PA mmHg	136/99	Talla (m)	1.57	Peso (kg)	87.5	IMC	35.5	P. de Cuello (cm)	40
P. de cintura (cm)	102	P. Cadera (cm)	106	ICC	0.96	P. Torácico Inspiración (cm)		P. Torácico espiración (cm)					
Limitación en fuerza y/o movilidad de extremidades (Mayor a 5Kg / fuerza cada mano)	Si ☐	No ☒	Presencia de nistagmus	Si ☐	No ☒								
Alteración presente del equilibrio. (Romberg)	Si ☐	No ☒	Anormalidad en movimientos oculares	Si ☐	No ☒								
Anormalidad en la marcha con ojos cerrados.	Si ☐	No ☒	Pupilas no CILRA	Si ☐	No ☒								
Alteración de la coordinación (dedo índice nariz)	Si ☐	No ☒	Anormalidad del lenguaje	Si ☐	No ☒								
Asimetría Facial	Si ☐	No ☒	Movimientos involuntarios	Si ☐	No ☒								

Detalle información:

4. PRUEBAS AUXILIARES - EVALUACION DE CAPACIDADES FUNCIONALES A TRAVES DE PRUEBAS ADICIONALES

	Si	No		Si	No
Hipoacusia con compromiso de frecuencias conversacionales (500, 1000 y 2000 Hz) con promedio mayor de 40 db uni o bilateral incluso con audífonos	☐	☒	No reconocimiento de colores Rojo, Amarillo y Verde	☐	☒
Alteración de la agudeza visual de lejos diferente a 20/20 en cada ojo y/o de la visión de profundidad incluso con lentes correctores.	☐	☒	Prueba de vision de profundidad alterada	☐	☒
Campimetría Anormal (Test de confrontación alterada)	☐	☒	Alguno de los parámetros de la evaluación psicosensoométrica alterada: test de palanca, punteo o Reactimetría Alterado.	☐	☒

5. OTROS DATOS DE RELEVANCIA

Detalle las medicinas que están tomando:

Otros :

6. CONCLUSION DE LA EVALUACION FUNCIONAL

APTO PARA CONDUCCION DE VEHICULOS	NO APTO	OBSERVADO	APTO	APTO CON RESTRICCION
DESDE 20/05/2024 HASTA 20/05/2025	☐	☐	☐	☒

7. COMENTARIOS

Nombre y Apellidos del Médico - N° de Colegiatura :
Observaciones y Recomendaciones:
- USO DE LENTES CORRECTORES.
- OBESIDAD II. EVALUACION POR ENDOCRINOLOGIA.

Dra. Gamba Castro M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
CMP. 69454

NOTA AL PIE. La presente certificación tiene una validez igual a la señalada en CONCLUSION. La aparición de alguna enfermedad NUEVA durante la duración de esta certificación invalida este permiso y deberá ser reevaluado medicamente. Antes de continuar conduciendo u operando algún tipo de vehículo.

Declaro que las respuestas son ciertas según mi leal saber y entender. En caso de ser requeridos, los resultados del examen médico pueden ser revelados en términos generales, al Departamento de Salud Ocupacional de la compañía. Los resultados pueden ser enviados a mi médico particular de ser considerado necesario.

Firma del trabajador o postulante

DNI **41008153**

Índice Derecho

N° Ficha : **87182**

FICHA DE INTERCONSULTA

ESPECIALIDAD: CARDIOLOGÍA			
DATOS PERSONALES			
Apellidos y Nombres:		LEON RIVASPLATA YURI EXNER	
DNI / CE / NIE:	Fecha Nacimiento(dd/mm/aa)	Edad :	Sexo :
41008153	30/05/1981	42 AÑOS	MASCULINO
Dirección : JR. SANTA MAGDALENA 184 -			Fecha : 13/05/2024
Empresa Contratista :	Empresa :	Puesto de Trabajo :	
N/A	OBRASCÓN HUARTE LAIN S A	CHOFER DE BUS	

Signos Vitales:

PA 136/99 mmHg	FC: 70 x min	FR: 20 x min	T°: 36	Sat. O2: 96 %
PESO: 87.5 kg	TALLA: 1.57 m.	IMC: 35.5 kg/m2		

Agudeza Visual: Sin correctores		Con correctores		V. Binocular:	Enfermedades oculares	
Cerca	OD: 20/20 OI: 20/25	OD: 20/20 OI: 20/20	Test de Ishihara:	NORMAL	AMETROPIA LEVE EN OJO IZQUIERDO - PRESBICIA	
Lejos	OD: 20/20-1 OI: 20/30	OD: 20/20 OI: 20/20	Ref. Pupilares:	CONSERVADO		

Motivo de Interconsulta :

- PRESION ARTERIAL ELEVADA: 141/111 - 2DA TOMA DE PRESION A LAS 2H: BRAZO DERECHO: 141/108 Y BRAZO IZQUIERDO: 136/99
- ELECTROCARDIOGRAMA: TRASTORNO INESPECIFICO DE REPOLARIZACION

SS EVALUACION POR ESPECIALIDAD PARA DIAGNOSTICO, TTO, RECOMENDACIONES, CONTROLES POSTERIORES Y APTITUD PARA EL PUESTO DE TRABAJO.

SS BRINDAR APTITUD PARA TRABAJO

MÉDICO :

Dr. Gamboa Castro Martha
CNP 080404
DIRECTOR MÉDICO

EVALUACIÓN DE ESPECIALISTA (CARDIOLOGÍA)

Fecha atención: 20/05/24

Hallazgos relevantes:

EKG: TC-1 DE, aVL, V2-V6.
No evidencian HTA.

Diagnóstico:

Trastorno inespecífico repolarización ventricular
Obesidad II grado

Tratamiento y recomendaciones vinculadas a la actividad laboral:

Disminución de peso
Evitar sedentarismo. Apto para labor sin restricciones

APTO: ☒ NO APTO: ☐

Firma y huella del especialista

Dr. Jorge Luis Lara Valdearram
MÉDICO CARDIÓLOGO
Firma del Médico Especialista

N° Ficha : **87182**

FICHA DE INTERCONSULTA

SPECIALIDAD: ENDOCRINOLOGÍA

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres:	LEON RIVASPLATA YURI EXNER		
DNI / CE / NIE:	Fecha Nacimiento(dd/mm/aa)	Edad :	Sexo :
41008153	30/05/1981	42 AÑOS	MASCULINO
Dirección : JR. SANTA MAGDALENA 184			Fecha : 13/05/2024
Empresa Contratista :	Empresa :	Puesto de Trabajo :	
N/A	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A	CHOFER DE BUS	

Signos Vitales:

PA 136/99 mmHg	FC: 70 x min	FR: 20 x min	T°: 36	Sat. O2: 96 %
PESO: 87.5 kg.	TALLA: 1.57 m.	IMC: 35.5 kg/m2		

Agudeza Visual: Sin correctores Con correctores V. Binocular: 20/20 Enfermedades oculares

Cerca	OD: 20/20	OI: 20/25	OD: 20/20	OI: 20/20	Test de Ishihara: NORMAL	AMETROPIA LEVE EN OJO DERECHO - PRESBICIA
Lejos	OD: 20/20-1	OI: 20/30	OD: 20/20	OI: 20/20	Ref. Pupilares: CONSERVADO	

Motivo de Interconsulta :

OBESIDAD GRADO II

SS EVALUACION POR ESPECIALIDAD PARA DIAGNOSTICO, TTO, RECOMENDACIONES, CONTROLES POSTERIORES Y APTITUD PARA EL PUESTO DE TRABAJO.

SS. BRINDAR APTITUD PARA TRABAJO

MÉDICO :

Dra. Gamboa Castro Martha
CMP 889464
DIRECTOR MEDICO

EVALUACIÓN DE ESPECIALISTA (ENDOCRINOLOGÍA)

Fecha atención: 20/05/24

Hallazgos relevantes:

87.5 Kg, 1.57 m.

Diagnostico:

Obesidad II EGG.O

Tratamiento y recomendaciones vinculadas a la actividad laboral:

1700Kcal, CHO 330g. NO azúcar simple, grasas saturadas.
Ete fructidos m. 03 (tres) meses

APTO :

X

NO APTO :

Firma y huella del trabajador

Firma del Médico Especialista

Jorge Acuña Castillo Olaya
Médico Cirujano
Especialista en Endocrinología
CMP 7387 RNE. 044536

Nombre: Leon Rivasplata Yuri Exner
DNI: 41008153
Sexo: Masculino
Edad: 42 años. (30/05/1981)
Grupo sanguíneo: 0 +
Estado civil: Otro
Estudios: Secundarios
Domicilio: San Pedro 432 La Esperanza
Empresa: Obrascón Huarte Lain S. A.

Usa lente óptico: Si
Usa lente de contacto: No
Usa audifono: No

13/05/2024 - Licencia: A3 - C (Profesional) - Tramite: Sin datos - RESULTADO: APROBADO

Test de visión y audición

Agudeza visual	Ojo izquierdo	Hasta línea #7 (20/20)	Aprobado
	Ojo derecho	Hasta línea #7 (20/20)	Aprobado
Apreciación de distancia		100% de aciertos	Aprobado
Discriminación de colores		100% de aciertos.	Aprobado
Foria visual	Foria Horizontal	Dentro de lo normal	Aprobado
	Foria Vertical	Dentro de lo normal	Aprobado
Vision encandilada		Reconoce figura a 45 candelas	Aprobado
Test de perimetria	Ojo izquierdo	Hasta 85 grados	Aprobado
	Ojo derecho	Hasta 85 grados	Aprobado
	Perimetria Vertical	Hasta 70 grados	Aprobado

Resultado: APROBADO

Responsable de este examen: Examen

Test de reactimetría simple

Prueba #1: 0.22 Segundos (Muy rápido)	Prueba #2: 0.28 Segundos (Muy rápido)
Prueba #3: 0.30 Segundos (Muy rápido)	Prueba #4: 0.30 Segundos (Muy rápido)
Prueba #5: 0.30 Segundos (Muy rápido)	Prueba #6: 0.29 Segundos (Muy rápido)
Prueba #7: 0.31 Segundos (Muy rápido)	Prueba #8: 0.29 Segundos (Muy rápido)
Prueba #9: 0.34 Segundos (Rápido)	Prueba #10: 0.29 Segundos (Muy rápido)

Resultado: APROBADO Promedio: 0.30 Segundos

Responsable de este examen: Examen

Test de palancas

Tiempo de error. 0.69 (Aprobado)
Cantidad de errores: 1 (Aprobado)
Tiempo de examen 52.00 (Aprobado)

Resultado: APROBADO

Responsable de este examen: Examen

Test de punteado

Cantidad de errores 9 (Aprobado)
Cantidad de aciertos 43 (Aprobado)
Tiempo de acierto. 4.61 (Aprobado)

Resultado: APROBADO

Responsable de este examen: Administrador

Leilis Janete Aguntin horna
TÉCNICA EN ENFERMERIA
DNI: 45917957

FIRMA DEL EVALUADOR

Dra. Gomboa Castro M. Lilibeth
MEDICOCIRUJANO
CNP: 88454

FIRMA DEL EVALUADO

FICHA DE DETECCIÓN DE S.A.S

(Síndrome de Apnea de sueño)

87182

(Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)

1.- FILIACIÓN

Apellidos y Nombres	LEON RIVASPLATA YURI EXNER		Fecha :	13/05/2024
DNI	41008153	F. Nacimiento :	30/05/1981	
Sexo :	Masculino (X) Femenino ()			
Área de trabajo	SEVICIOS GENERALES		Tipo Licencia :	A-III-C
Empresa Contratista	N/A		Empresa	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A
Trabaja de noche	Si () No (X)	# días trabajo :	-	
		# días descanso :	-	
Años en que trabaja en dicho horario de trabajo	- AÑOS			

2.- ANTECEDENTES PERSONALES

Apnea del sueño	Si () No (X)	Último control	NO APLICA	
HTA: SI () NO (X)	Medicación : (riesgo > 2)			
Polisomnografía (PSG) realizada alguna vez :	Si () No (X)	Fecha de última PSG	NO APLICA	
Antecedente de Choque de vehículo	En mina: SI () NO (X)	Fuera de mina: SI () No (X)	(si es no, pase a sección 3)	
Detalle lo siguiente de los antecedentes de (los) choques (incidentes o accidentes) :				

	SI	NO
Criterio 1: Se "cabeceó" y por ello le ocurrió un accidente (incidente) con un vehículo (alguna vez)		X
Criterio 2 (2 o más es positivo)		
Accidente ocurrido entre las últimas 5 horas de un turno nocturno o entre las 14 y 17 horas (tarde)		X
AUSENCIA DE evidencia de maniobra evasiva del chofer para evitar la colisión		X
Colisión frontal del vehículo contra otro, cayó a un precipicio, río o chocó contra un poste, puente, edificio u otra estructura estática sin motivo aparente.		X
Vehículo que invadió el otro carril o se desvió sin causa aparente		X
El conductor no recuerda claramente lo ocurrido 10 segundos antes del impacto		X
El conductor tomó alguna medicación o recientemente terminó un tratamiento con medicinas que causan somnolencia (benzodicepinas, antihistamínicos, relajantes musculares o antidepresivos, etc)		X
El conductor se encontraba en horas extra (excediendo sus horas habituales de trabajo) o realizando días adicionales de trabajo (sobretiempo)		X
Clasificación del (los) "choques" o accidentes vehiculares del postulante (marque solo una categoría)	SI	NO
Accidente confirmado por Somnolencia (Criterio 1 positivo)		X
Accidente con alta sospecha de somnolencia (Criterio 2 positivo)		X
Accidente con escasa evidencia / sospecha por somnolencia (solo 1 ítem de Criterio 2)		X
No se dispone de datos suficientes para clasificar el (los) incidentes		X
Accidente no debido a somnolencia (información suficiente que descarta somnolencia)		X

3.- ENTREVISTA AL PACIENTE :

	SI	NO
En los últimos años, su pareja o esposa le ha comentado que ronca al dormir	X	
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que hace ruidos al respirar mientras duerme		X
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que deja de respirar cuando duerme (pausa respiratoria)		X
Comparado con sus compañeros, usted siente que tiene más sueño o cansancio que ellos mientras trabaja		X

4.- PUNTUACION DE LA ESCALA DE EPWORTH (ESS)

(Nunca=0, Poca=1, Moderada=2, Alta=3)

Total de Puntos Sumatoria >10***

02

Declaro que las respuestas son ciertas según mi leal saber y entender. En caso de ser requeridos, los resultados del examen médico pueden ser revelados, en términos generales, al departamento de salud Ocupacional de la compañía. Los resultados pueden ser enviados a mi médico particular de ser considerado necesario.

Firma del trabajador o postulante
DNI : 41008153

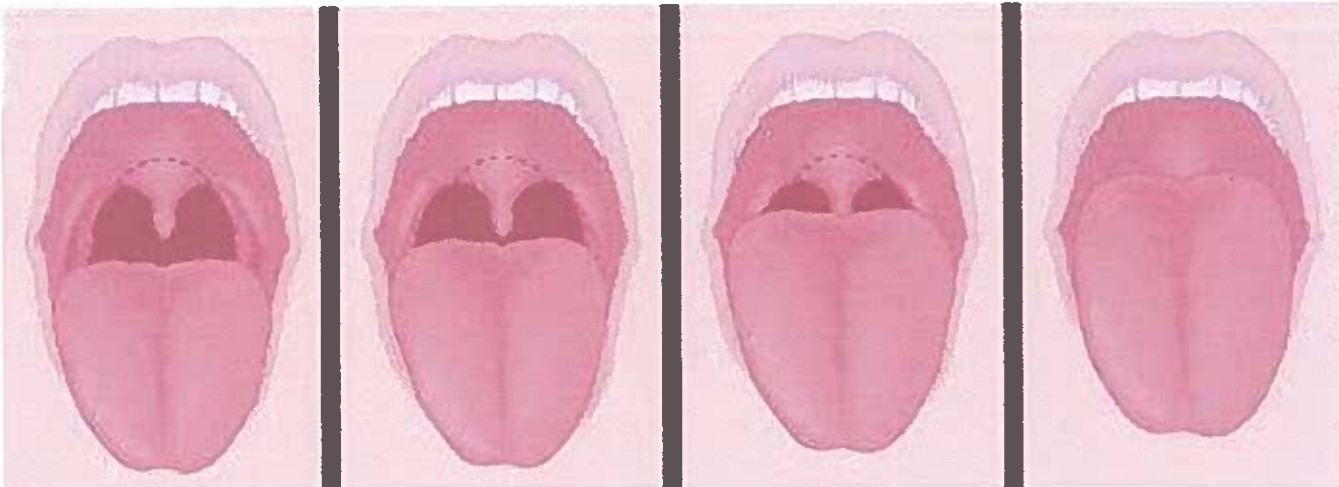


Índice Derecho

5.- EXÁMEN FÍSICO :

Peso (Kg): 87.5	Talla (mts) : 1.57	IMC (Kg/m2) : 35.5	(> 30 es de alto riesgo)
Circunferencia de cuello : 40 cm.	VARÓN (menor de 43.2 cm, es normal) Normal : SI (X) NO ()	MUJER (menor de 40.6 cm, es normal) Normal : SI () NO ()	
P. Sistólica : 136 mmHg.	P. Diastólica : 99 mmHg.	HTA Nueva : SI () NO (X)	

Evaluación de la vía aérea superior MALLAMPATI (marque con una X)



Grado I ()

Grado II (X)

Grado III ()

Grado IV ()

6.- CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN

* Ampliación: Oximetría, Polisomnografía, Seguimiento de tratamiento Y/O Interconsulta	SI	NO
RIESGO ALTO: (criterio A o B positivo)		X
Criterio A: Excesiva somnolencia determinada por ESS mayor de 15 o cabeceo presenciado durante la evaluación (espera) antecedente de accidente por somnolencia o con alta sospecha por somnolencia. (Último año)		X
Criterio B: Antecedentes de SAS sin control reciente o sin cumplimiento de tratamiento (con CPAP o cirugía)		X
Acción requerida: en RIESGO ALTO, el paciente requiere pruebas ampliatorias (oximetría, PSG o certificación de cumplimiento de tratamiento de apnea del sueño)		X
RIESGO MEDIO: (Criterio C, D o E positivo)		X
Criterio C: Historia de higiene de sueño sugiere SAS (presencia de ronquidos, pausas respiratorias, Epworth > 10)		X
Criterio D: Cumple con 2 o más de los siguientes:		X
IMC mayor o igual a 30	X	
Hipertensión Arterial (nueva, no controlada con una sola medicación)		X
Circunferencia del cuello anormal		X
Puntuación de Epworth mayor de 10 y menor de 16		X
Antecedente de trastorno del sueño (diagnosticado) sin seguimiento		X
Índice de apnea-hipopnea (AHI) mayor de 5 y menor de 30		X
Criterio E: Evaluación de vía aérea superior patológico (Mallampati III o IV)		X
Acción requerida: en RIESGO MEDIO, el paciente TIENE 3 MESES de aptitud TEMPORAL. Requiere pruebas ampliatorias (oximetría, PSG o certificación de cumplimiento de tratamiento de apnea del sueño) antes de emitir aptitud por 12 meses.		X
RIESGO BAJO:	X	
Apto con bajo riesgo de Apnea del sueño (ningún criterio positivo)	X	
Nombre y Apellidos del Médico - N° de Colegiatura .. - CMP .	 Dra. Gamboa Castro M. Lilibeth MEDICO CIRUJANO CMP 84184 Firma y Sello Médico	
Observaciones / recomendaciones:		

Declaro que las respuestas son ciertas según mi leal saber y entender. En caso de ser requeridos, los resultados del examen médico pueden ser revelados, en términos generales, al departamento de salud Ocupacional de la compañía. Los resultados pueden ser enviados a mi médico particular de ser considerado necesario.

Firma del trabajador o postulante
DNI : 41008153



Índice Derecho



HISTORIA OCUPACIONAL

Jr. Leoncio Prado N° 786 - Huamachuco
Teléfono : 044-348070 / RPM #969603777
Guillermo Prescott N°127 Urb. Sto. Domingo - Trujillo
Email: informes@horizontemedic.com / web: www.horizontemedic.com

Nombres y Apellidos: YURI EXNER LEON RIVAS PLATA

N° Registro : **87182**

Fecha de Nacimiento : 30/05/1981 Sexo : M

Lugar de Nacimiento : LIMA

Lugar de Procedencia : JR. SANTA MAGDALENA 184-LA ESPERANZA-TRUJILLO-LA LIBERTAD

Profesion : QBRERO

Teléfono : 968673449

fecha	Empresa	Altitud	Actividad	Área de Trabajo	Ocupación	Tiempo de labor		Peligros/Agentes Ocupacionales	Uso EPP Tipo EPP
						Subsuelo	Superficie		
2001 - 2009	VARIAS - TARAPOTO	356 MSNM	CONSTRUCCION	CONSTRUCCION	CHOFER DE COMBI	0	8 AÑOS, 6 MESES	MOV. Y POSICIONES DISERGONOMICAS, INSOLACION, GOLPES, CAIDAS, RUIDO, POLVO, ACCIDENTES DE TRANSITO	CASCO, LENTES, GUANTES, TAPONES AUDITIVOS, ZAPATOS DE SEGURIDAD, UNIFORME TERMICO
2009-2010	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A- LAS BAMBAS	4 600 MSNM	MINERIA	TRANSPORTE	CHOFER DE BUS	0	1 AÑO	MOV. Y POSICIONES DISERGONOMICAS, CHOQUES, VOLCADOS, VIBRACIONESBAJAS,CAIDA DE ROCAS, BAJAS TEMPERATURAS,RUIDO, POLVO	CASCO, LENTES, GUANTES,TAPONES AUDITIVOS, RESPIRADOR, OREJERAS,ZAPATOS DE SEGURIDAD
2010 - 2013	VARIAS - COTABAMBAS	3425 MSNM	CONSTRUCCION	CONSTRUCCION	CHOFER DE MINIBUS	0	3 AÑOS	MOV. Y POSICIONES DISERGONOMICAS, BAJAS TEMPERATURAS, INSOLACION, GOLPES, CAIDAS, RUIDO, POLVO, ACCIDENTES DE TRANSITO	CASCO, LENTES, GUANTES, TAPONES AUDITIVOS, ZAPATOS DE SEGURIDAD, UNIFORME TERMICO
2017	OBRASCON HUARTE LAIN S.A-ANTAMINA	4 200 MSNM	CONSTRUCCION	TRANSPORTE	CONDUCTOR	0	11 MESES	MOV. Y POSICIONES DISERGONOMICAS, CHOQUES, VOLCADOS	CASCO, LENTES, GUANTES,TAPONES AUDITIVOS, RESPIRADOR, OREJERAS,ZAPATOS DE SEGURIDAD
2018-2022	JJ-MOQUEGUA	1784 MSNM	CONSTRUCCION	TRANSPORTE	CONDUCTOR	0	4 AÑOS	MOV. Y POSICIONES DISERGONOMICAS, CHOQUES, VOLCADOS	CASCO, LENTES, GUANTES,TAPONES AUDITIVOS, RESPIRADOR, OREJERAS,ZAPATOS DE SEGURIDAD
2023	SAN ISIDRO LABRADOR S. R.L- TRUJILLO	34 MSNM	SERVICIOS DE TRANSPORTE	TRANSPORTE	CHOFER DE BUS	0	1 MES	MOV. Y POSICIONES DISERGONOMICAS, CHOQUES, VIBRACIONESBAJAS, BAJAS TEMPERATURAS,RUIDO, POLVO	CASCO, LENTES, GUANTES,TAPONES AUDITIVOS,ZAPATOS DE SEGURIDAD
2023-2024	OBRASCON HUARTE LAIN - CHICAMA	125 MSNM	CONSTRUCCION	PRODUCCION	CHOFER DE BUS	0	1 AÑO	MOV. Y POSICIONES DISERGONOMICAS, CHOQUES, VOLCADOS, VIBRACIONESBAJAS,CAIDA DE ROCAS, BAJAS TEMPERATURAS,RUIDO, POLVO	CASCO, LENTES, GUANTES, UNIFORME, ZAPATOS DE SEGURIDAD

Fecha : lunes 13 mayo 2024


Dra. Gamboa Castro M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
CMP 89454

Firma y Sello

Médico: . . .





Firma del Trabajador

FICHA DE ANTECEDENTES PATOLOGICOS

NOMBRES Y APELLIDOS

LEON RIVASPLATA YURI EXNER

N° Ficha :

87182

EDAD

42 AÑOS

Fecha : 13 mayo 2024

LUGAR DE NACIMIENTO

LIMA

SEXO:

MASCULINO

OCUPACION A LA QUE POSTULA

CHOFER DE BUS

LUGAR DE PROCEDENCIA: JR. SANTA MAGDALENA 184

1. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES:

Marcar con una X las Enfermedades que han tenido o tienen:

Alergias	()	Gastritis Cronica	()	Pleuresia	()
Amigdalitis Crónica	()	Gonorrhea	()	Plumbismo	()
Arritmias Cardiacas	()	Gota	()	Poliomielitis	()
Asma	()	Hemorroides	()	Portador de Marcapaso	()
Bocio	()	Hepatitis	()	Prótesis Cardiacas Valvulares	()
Bronconeumonia	()	Hernias	()	Resfriados Frecuentes	()
Bronquitis a Repetición	()	Hipertensión Arterial	(X)	Reumatismo a Repetición	()
Caries o Gingivitis	()	Inf. Urinarias repetidas	()	Sarampion	()
Colecistitis	()	Intoxicaciones	()	Sífilis	()
Dermatitis	()	Insuficiencia Cardíaca	()	Silicosis	()
Diabetes	()	Insuficiencia Coronaria Crónica	()	Sinusitis Crónica	()
Disenteria	()	Insuficiencia Renal Crónica	()	Tos Convulsiva	()
Enfermedades del corazón	()	Litiasis Urinaria	()	Trastorno Nerviosos	()
Enf. Oculares	(X)	Meningitis	()	Traumatismo Encefalocraneano	()
Epilepsia o convulsiones	()	Neuritis a Repetición	()	Tuberculosis	()
Faringitis crónica	()	Otitis Media	()	Tumores_Quistes	()
Fiebre Alta	()	Presión Alta o Baja	()	Úlcera Péptica	()
Fiebre Tifoidea	()	Paludismo o Malaria	()	Varicela	()
Fiebre Reumática	()	Parasitosis Intestinal	()	Várices	()
Forunculosis	()	Parotiditis	()	Varicoceles	()
COVID 19	()	Fecha :	LEVE ()	MODERADO ()	SEVERO ()

Indicar las enfermedades que ha tenido o tiene, con mucha frecuencia:

Pérdida de Memoria	()	Estreñimiento	()	Orina con Dolor o Ardor	()
Preocupaciones o Angustia	()	Vómitos con Sangre	()	Orina Involuntaria	()
Dolores Articulares y/o Huesos	()	Sangrado por Orina	()	Dolor de Oído	()
Aumento o Disminución de Peso	()	Tos con Sangre	()	Secreciones por el Oído	()
Dolor de Cabeza	()	Coloración Amarilla de la Piel	()	Palpitaciones	()
Diarrea	()	Indigestión Frecuente	()	Adormecimiento	()
Agitación al Hacer Ejercicios	()	Insomnio	()	Pesadillas	()
Dolor Ocular	()	Lumbalgias o Dolor de Cintura	()	Dolores Musculares	()
Dolor opresivo Tórax	()	Mareos - Desmayos - Vértigo	()	Tos Crónica	()
Hinchazón de pies o manos	()	Heces Negras	()	Sangrado por Encías	()

Habitos Nativos

Fumar SI (X) NO ()

Numeros de Cigarrillos

5 CIGARRILLOS X MES.

Licor SI (X) NO ()

Tipo mas Frecuente

, CERVEZA.

Frecuencia

1 VEZ X MES

Drogas SI (X) NO ()

Tipo Probado o que Usa

CHACCHA HOJA DE COCA

Frecuencia

1 DIAS X AÑO

Antecedentes Quirúrgicos

Fecha	Hospital (Nombre - Lugar) Operación	Operación	Días Hospitalización	Complicaciones
-------	-------------------------------------	-----------	----------------------	----------------

Antecedentes de Reproducción**En caso de Damas :**

Inicio de menstruación :
Inicio de vida sexual :
Número de parejas sexual a la actualidad
Número de hijos vivos :
Número de hijos fallecidos :
Número de abortos :
Precisar Causas

En caso de Varones

Número de hijos vivos : 04
Número de hijos fallecidos : 00
Número de abortos en sus parejas : 02
Precisar Causas : ABORTO ESPONTANEO

TODA LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO AL SERVICIO DE MEDICINA OCUPACIONAL, ES VERDADERA NO HABIENDO OMITIDO NINGÚN DATO VOLUNTARIAMENTE .

FECHA 2024/05/13


FIRMA DEL POSTULANTE
Dra. Gamboa Castro M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
CMP 89464
MEDICO MEDICINA OCUPACIONAL

Cuestionario Nórdico de Signos y Síntomas Osteomusculares

1. DATOS PERSONALES

Nombre : YURI EXNER LEON RIVASPLATA

Edad en años cumplidos : 42 AÑOS

Fecha : 13/05/2024

Género : Masculino : ☒ Femenino : ☐

Cuántos años y meses ha estado Ud. haciendo el presente tipo de trabajo :

Años : Meses :

En promedio cuántas horas a la semana trabaja ? 48 hrs

Es Ud : Diestro : ☒ Zurdo : ☐



2. PROBLEMAS CON LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCIÓN

¿Cómo responder el cuestionario?

En este dibujo Ud. puede ver la posición aproximada de las partes del cuerpo referidos en el cuestionario.

Ud. debe decidir cuál parte tiene o ha tenido molestias / problema (si lo ha tenido). por favor responda poniendo una x en el respectivo recuadro para cada pregunta

Para ser respondido por todos	Para ser respondido únicamente por quienes han tenido problemas	
Ha tenido Ud. Durante cualquier tiempo en los últimos 12 meses problemas (molestias, dolor o disconfort) en :	Ha estado impedido en cualquier tiempo durante los pasados 12 meses para hacer sus rutinas habituales en el trabajo o su casa por este problema?	Ud. Ha tenido problemas durante los últimos 7 días?
Cuello : No ☒ Si ☐	No ☐ Si ☐	No ☐ Si ☐
Hombros : ☒ No ☐ Si, en el hombro derecho ☐ Si, en el hombro izquierdo ☐ Si, en el ambos hombros	No ☐ Si ☐	No ☐ Si ☐
Codos : ☒ No ☐ Si, en el codo derecho ☐ Si, en el codo izquierdo ☐ Si, en el ambos codos	No ☐ Si ☐	No ☐ Si ☐
Muñeca : ☒ No ☐ Si, en la muñeca/mano derecha ☐ Si, en la muñeca/mano izquierda ☐ Si, en el ambas muñecas/manos	No ☐ Si ☐	No ☐ Si ☐
Espalda Alta (Tórax) No ☒ Si ☐	No ☐ Si ☐	No ☐ Si ☐
Espalda Baja (Región Lumbar) No ☒ Si ☐	No ☐ Si ☐	No ☐ Si ☐
Una o ambas caderas/muslos No ☒ Si ☐	No ☐ Si ☐	No ☐ Si ☐
Una o ambas rodillas No ☒ Si ☐	No ☐ Si ☐	No ☐ Si ☐
Una o ambos tobillos/pies No ☒ Si ☐	No ☐ Si ☐	No ☐ Si ☐

2. PROBLEMAS CON LA ESPALDA BAJA

¿Cómo responder el cuestionario?

En este dibujo Ud. puede ver la Parte del cuerpo referida en el cuestionario. problemas de espalda baja significan molestias, dolor o disconfort en el área indicada con irradiación o no hacia una o ambas piernas (ciática). Por favor responda poniendo una x en el respectivo recuadro para cada pregunta.



1- Ud. ha tenido problemas en la espalda baja (molestias, dolor o disconfort) ?	No ☒ Si ☐
Si Ud. respondió NO a la pregunta 1, no responda las preguntas de la 2 a la 8.	
2- Ud. ha estado hospitalizado por problemas de espalda baja ?	No ☐ Si ☐
3- Ud. ha tenido cambios de trabajo o actividad por problemas de espalda baja ?	No ☐ Si ☐
4-Cuál es la duración total del tiempo en que ha tenido problemas de espalda baja durante los últimos 12 meses ?	
☐ 0 Días ☐ 1 - 7 Días ☐ 8 - 30 Días ☐ Mas de 30 Días ☐ Todos los Días	
Si Ud. respondió 0 días a la pregunta 4, No responda las preguntas 5 a la 8	
5- Los problemas de espalda baja han causado a Ud. reducción de su actividad física durante los últimos 12 meses ?	
a. Actividad de trabajo (en el trabajo o la casa)	No ☐ Si ☐
b. Actividades recreativas	No ☐ Si ☐

Cuestionario Nórdico de Signos y Síntomas Osteomusculares

87182

6-Cuál es la duración total de tiempo que los problemas de espalda baja le han impedido hacer sus rutinas de trabajo (en el trabajo o en casa) durante los últimos 12 meses ?

☐ 0 Días ☐ 1 - 7 Días ☐ 8 - 30 Días ☐ Mas de 30 Días

7-Ha sido visto por un médico, fisioterapeuta, quiropráctico y otra persona de área debido a problemas de espalda durante los últimos 12 meses ?

No ☐ Si ☐

8-Ha tenido problemas de espalda baja en algún momento durante los últimos 7 días ?

No ☐ Si ☐

4. PROBLEMAS CON LOS HOMBROS

¿Cómo responder el cuestionario?

Problemas de los hombros significa molestias, dolor o disconfort en el área indicada. Por favor concéntrese en esta área ignorando cualquier problema que usted pueda haber tenido en partes adyacentes a ésta. Existe un cuestionario separado para cuello. Por favor responda poniendo una x en el respectivo recuadro para cada pregunta.



9- Ud. ha tenido problema de hombros (molestias, dolor o disconfort) ?

No ☒ Si ☐

Si Ud. respondió NO a la pregunta 9, no responda a las preguntas 10 a

10- Ud. ha tenido lesiones en sus hombros en un accidente ?

☐ No ☐ Si, en mi hombro izquierdo
☐ Si, en mi hombro derecho ☐ Si, en ambos hombros

11- Ud. ha tenido un cambio de trabajo o actividad por problemas de hombros ?

No ☐ Si ☐

12- Ud. ha tenido problemas en los hombros durante los últimos 12 meses ?

☐ No ☐ Si, en mi hombro izquierdo
☐ Si, en mi hombro derecho ☐ Si, en ambos hombros

13-Cuál es la duración total del tiempo en que Ud. Ha tenido problemas en los últimos 12 meses

☐ 0 Días ☐ 1 - 7 Días ☐ 8 - 30 Días ☐ Mas de 30 Días

14- El problema en sus hombros le han causado una disminución de su actividad durante los últimos 12 meses ?

No ☐ Si ☐

a. Actividad de trabajo (en el trabajo o la casa)

No ☐ Si ☐

b. Actividades recreativas

15-Cuál es la duración total de tiempo que el problema en sus hombros le han impedido hacer sus rutinas de trabajo (en el trabajo o en casa) durante los últimos 12 meses ?

☐ 0 Días ☐ 1 - 7 Días ☐ 8 - 30 Días ☐ Mas de 30 Días

16-Ha sido visto por un médico, fisioterapeuta, quiropráctico u otra persona del área debido a problemas en los hombros durante los últimos 12 meses ?

No ☐ Si ☐

17- Ha tenido problemas de los hombros en algún momento durante los últimos 7 días ?

☐ No ☐ Si, en mi hombro izquierdo
☐ Si, en mi hombro derecho ☐ Si, en ambos hombros

5. PROBLEMAS CON EL CUELLO

¿Cómo responder el cuestionario?

Problemas de cuello significa molestias, dolor o disconfort en el área indicada. Por favor concéntrese en esta área ignorando cualquier problema que usted pueda haber tenido en partes adyacentes a ésta. Por favor responda poniendo una x en el respectivo recuadro para cada pregunta.



1- Ud. ha tenido problemas en el cuello (molestias, dolor o disconfort) ?

No ☒ Si ☐

Si Ud. respondió NO a la pregunta 1, no responda a las preguntas de la 2 a la 8.

2- Ud. ha sido lesionado en su cuello en un accidente ?

No ☐ Si ☐

3- Ud. ha tenido cambios de trabajo o actividad por problemas en el cuello ?

No ☐ Si ☐

4-Cuál es la duración total del tiempo en que ha tenido problemas en el cuello durante los últimos 12 meses ?

☐ 0 Días ☐ 1 - 7 Días ☐ 8 - 30 Días ☐ Mas de 30 Días ☐ Todos los Días

Si Ud. respondió 0 Días a la pregunta 4, no responda a las preguntas de la 5 a la 8.

5- Los problemas de su cuello han causado a Ud. reducción de actividad física durante los últimos 12 meses ?

No ☐ Si ☐

a. Actividad de trabajo (en el trabajo o la casa)

No ☐ Si ☐

b. Actividades recreativas

6-Cuál es la duración total de tiempo que los problemas de su cuello le han impedido hacer sus rutinas de trabajo (en el trabajo o en casa) durante los últimos 12 meses ?

☐ 0 Días ☐ 1 - 7 Días ☐ 8 - 30 Días ☐ Mas de 30 Días

7-Ha sido visto por un médico, fisioterapeuta, quiropráctico u otra persona del área debido a problemas en su cuello durante los últimos 12 meses ?

No ☐ Si ☐

8- Ha tenido problemas en su cuello en algún momento durante los últimos 7 días ?

No ☐ Si ☐

Dra. Gamboa Castro, M. Lilibeth
MEDICO ORUJANO
CMPB946 4

Firma y sello del Médico

Firma del postulante

Gracias por su colaboración

I. FILIACION (a partir del registro médico)

Nº Ficha : **87182**

Apellidos y Nombres	LEON RIVASPLATA YURI EXNER	Fecha	13/05/2024
DNI	41008153	Edad	42 AÑOS
Área de Trabajo	SEVICIOS GENERALES	Sexo	M ☒ F ☐
Empresa	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A	Contrata	N/A

II. Sintomas : Si ☐ No ☒ Cuales : NINGUNO

III. Tiempo de Experiencia: 1 AÑOS 1 MES

IV. Uso de Faja Lumbar: Si ☐ No ☒

V. Adecuada Técnica de Levantamineto de Carga :

Si ☐ No ☒

VI. Capacitación en Levantamiento de Carga :

Si ☐ No ☒

VII. Examen Físico

1. Cabeza y Cuello

Movimiento :

Grado:

Extension:	CONSERVADO	N	☒	R	☐	M	☐
Flexión:	CONSERVADO	N	☒	R	☐	M	☐

2. Miembros Superiores

a) Hombro

Grado :	N	☒	R	☐	M	☐	Flexión	Grado :	N	☒	R	☐	M	☐
Grado :	N	☒	R	☐	M	☐	Extensión	Grado :	N	☒	R	☐	M	☐
Grado :	N	☒	R	☐	M	☐	Abducción	Grado :	N	☒	R	☐	M	☐
Grado :	N	☒	R	☐	M	☐	Aducción	Grado :	N	☒	R	☐	M	☐
Grado :	N	☒	R	☐	M	☐	Rotación Interna	Grado :	N	☒	R	☐	M	☐
Grado :	N	☒	R	☐	M	☐	Rotación Externa	Grado :	N	☒	R	☐	M	☐

b) Brazo

Grado :	N	☒	R	☐	M	☐	Flexión	Grado :	N	☒	R	☐	M	☐
Grado :	N	☒	R	☐	M	☐	Extensión	Grado :	N	☒	R	☐	M	☐

c) Antebrazo

Grado :	N	☒	R	☐	M	☐	Pronación	Grado :	N	☒	R	☐	M	☐
Grado :	N	☒	R	☐	M	☐	Supinación	Grado :	N	☒	R	☐	M	☐

d) Muñeca

Grado :	N	☒	R	☐	M	☐	Flexión	Grado :	N	☒	R	☐	M	☐
Grado :	N	☒	R	☐	M	☐	Extensión	Grado :	N	☒	R	☐	M	☐
Grado :	N	☒	R	☐	M	☐	Desviación Cubital	Grado :	N	☒	R	☐	M	☐
Grado :	N	☒	R	☐	M	☐	Desviación Radial	Grado :	N	☒	R	☐	M	☐

SI ☐	S. de Phallen	NO ☒
SI ☐	S. Tinel	NO ☒

3. Tórax

Grado :	N	☒	R	☐	M	☐	Flexión	Grado :	N	☒	R	☐	M	☐
Grado :	N	☒	R	☐	M	☐	Extensión	Grado :	N	☒	R	☐	M	☐
Grado :	N	☒	R	☐	M	☐	Rotación	Grado :	N	☒	R	☐	M	☐

4. Miembros Inferiores

a) Caderas

Grado :	N	☒	R	☐	M	☐	Flexión	Grado :	N	☒	R	☐	M	☐
Grado :	N	☒	R	☐	M	☐	Extensión	Grado :	N	☒	R	☐	M	☐
Grado :	N	☒	R	☐	M	☐	Abducción	Grado :	N	☒	R	☐	M	☐
Grado :	N	☒	R	☐	M	☐	Aducción	Grado :	N	☒	R	☐	M	☐
Grado :	N	☒	R	☐	M	☐	Rotación Interna	Grado :	N	☒	R	☐	M	☐
Grado :	N	☒	R	☐	M	☐	Rotación Externa	Grado :	N	☒	R	☐	M	☐

EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELETICA

b) Pierna

Grado : N ☒ R ☐ M ☐
 Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Flexión
 Extensión

Grado : N ☒ R ☐ M ☐
 Grado : N ☒ R ☐ M ☐

c) Rodilla

Grado : N ☒ R ☐ M ☐
 Grado : N ☒ R ☐ M ☐
 Grado : N ☒ R ☐ M ☐
 Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Flexión
 Extensión
 Rotación Interna
 Rotación Externa

Grado : N ☒ R ☐ M ☐
 Grado : N ☒ R ☐ M ☐
 Grado : N ☒ R ☐ M ☐
 Grado : N ☒ R ☐ M ☐

d) Tobillo

Grado : N ☒ R ☐ M ☐
 Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Flexión
 Extensión

Grado : N ☒ R ☐ M ☐
 Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Fuerza Muscular (Grado)

1

2

3

4

5

X

5. Columna Vertebral

5.1. Desviación de eje:

5.2. Desviación de Columna :

Normal Derecha Concavidad Izquierda
 Cervical : ☒ ☐ ☐
 Dorsal : ☒ ☐ ☐
 Lumbar : ☒ ☐ ☐

Si NO
 Cifosis : ☐ ☒
 Escoliosis : ☐ ☒
 Lordosis : ☐ ☒
 Mixta : ☐ ☒

5.3. Palpación

DOLOR

5.4. Exploración :

Si NO
 Cervical : ☐ ☒
 Dorsal : ☐ ☒
 Lumbar : ☐ ☒

Signo de Lasague Si NO
 Derecho : ☐ ☒
 Izquierdo : ☐ ☒

VIII. Diagnóstico : Z00

IX. Recomendaciones y plan de acción :

EVALUACION ANUAL

IX. Tratamiento :

SI ☐ NO ☒

XI. Conclusiones: Asintomatico :

SI ☒ NO ☐

FRMADEL POSTULANTE

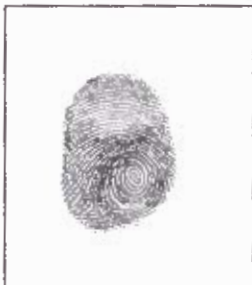
Dra. Gamboa Castro M. Lilibeth
 MEDICO CIRUJANO
 CNP. 69464

MEDICO MEDICINA OCUPACIONAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE MUESTRA DE SANGRE

Yo Yoni León Rivasplata, de 42 años de edad,
identificado con DNI n° 41008153; habiendo recibido consejería e información acerca de
los exámenes en sangre que se me va a realizar según solicitud del protocolo médico de la
empresa OHSA; y en pleno uso de
mis facultades mentales **AUTORIZO** se me tome la muestra de sangre para cumplir con los exámenes
pertinentes.

Trujillo, 13 de MAYO del 2024



Huella digital

Firma del paciente



Claudia Cristina Chavez Ncarda
Psicóloga
C.B.P. 15230

Firma y sello del
Consejero



LABORATORIO CLÍNICO

Fecha : 13 mayo 2024

Trabajador : LEON RIVASPLATA YURI EXNER

N° Ficha : 87182

Empresa Contratista :

N/A

Empresa :

OBRASCÓN HUARTE LAÍN S.A

HEMATOLOGÍA

Grupo Sanguíneo : O	Leucocitos : 8 500 mm ³
Factor Rh : POSITIVO	Neutrofilos : 56 %
Hematocrito : 49 %	Abastondados : 00 %
Hemoglobina : 15.8 g/dl	Segmentados : 56 %
Hematies : 5 390 000	Eosinofilos : 04 %
V.S.G : N/A	Basofilos : 00 %
Plaquetas : 247 000 mm ³	Linfocitos : 39 %
	Monocitos : 01 %

BIOQUÍMICA

Glucosa : 98.00 mg/dl	Valores Normales 70 - 110 mg/dl
Creatinina : N/A mg/dl	Valores Normales 0.8 - 1.4 mg/dl

SERO - INMUNOLÓGICO

RPR : N/A

VIH : N/A

EXAMEN DE ORINA

Examen Físico :

Color : AMARILLO PAJIZO	Aspecto : TRANSPARENTE
Densidad : 1.015	PH : 5.0

Examen Químico :

Nitritos : NEGATIVO	Urobilinogeno : NEGATIVO
Proteínas : NEGATIVO	Bilirrubina : NEGATIVO
Cetonas : NEGATIVO	Glucosa : NEGATIVO
Leucocitos : NEGATIVO	Sangre : NEGATIVO
Ac. Ascórbico : NEGATIVO	

Sedimento Unitario :

Cel. Epiteliales : ESCASAS	Cilindros : NO SE OBSERVAN
Leucocitos : 0 - 1 X CAMPO	Bacterias : NO SE OBSERVAN
Hematies : 0 - 0 X CAMPO	GRAM S/C: NO SE OBSERVAN
Cristales : NO SE OBSERVAN	Otros : =

Drogas :

Cocaína : NEGATIVO

Marihuana : NEGATIVO

Observaciones :

Dra. Gamboa Castro M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANA
C.M.P. 89464



Claudia Cristina Chavez Alcantara
Biologa
C.B. 15230

LABORATORIO CLÍNICO

87182

ANÁLISIS BIOQUÍMICOS

PACIENTE	:	YURI EXNER LEON RIVASPLATA
FECHA	:	<u>lunes 13 mayo 2024</u>
CREATININA	:	- (V.N. 0.8 - 1.4 mg/dl)
COLESTEROL TOTAL	:	200.00 (V.N. < 200 mg/dl)
L.DL. COLESTEROL	:	130.40 (V.N. < 129 mg/dl)
H.D.L. COLESTEROL	:	50.00 (V.N. 40 - 60 mg/dl)
V.L.D.L. COLESTEROL	:	19.60 (V.N. < 30 mg/dl)
TRIGLICÉRIDOS	:	98.00 (V.N. < 150 mg/dl)



Dra. Gamboa Castro M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
C.M.F. 89464



Claudia Cristina Chavez Alcantara
Escribano
C.B.P. 15230

V° B°

Nro Orden : **87182**

Apellidos y Nombres : YURI EXNER LEON RIVASPLATA

Edad : 42 AÑOS

DNI: 41008153

Fecha : 13 mayo 2024

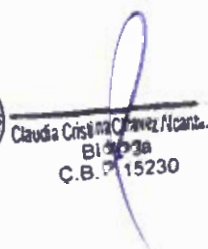
BIOQUÍMICA

MUESTRA : SUERO

PRUEBA	RESULTADO	VALORES NORMALES
ÁCIDO ÚRICO SÉRICO	5.32	Mujeres : 2.5 - 6.8 mg/dl Hombres : 3.6 - 7.7 mg/dl


Dra. Gamboa Casero M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
CMP. 19464




Claudia Cristina Chavez Ncanta
Bióloga
C.B. 15230

Trujillo, lunes 13 mayo 2024

Ubícanos en:

Trujillo - Av. Nicolas de Piérola 1106 Urb. San Fernando - Telf. 044-787608 Cel. 964385075 / Guillermo Prescott N°127 Urb. Sto. Dominguito Telf. 044-666120
Huamachuco: Jr. Leoncio Prado N°786 - Telf. 044-348070 E-mail: admision@horizontemedic.com
Junin - Huancayo: Av. Huancavelica N° 2225 - Telf.: 064-659554 E-mail: admision.huancayo@horizontemedic.com
990094744 - 969603777 / E-MAIL: admision.trujillo@horizontemedic.com - agarcia@horizontemedic.com

Nro Orden : **87182**

Apellidos y Nombres : YURI EXNER LEON RIVASPLATA

Edad : 42 AÑOS

DNI: 41008153

Fecha : 13 mayo 2024

TOXICOLÓGICO

MUESTRA : ORINA

MÉTODO : INMUNOCROMATOGRÁFICO

PRUEBA CUALITATIVO	RESULTADOS	UNIDADES
PANEL DROGAS 5D		
Cocaína	NEGATIVO	S/U
Marihuana	NEGATIVO	S/U
Anfetamina en Orina	NEGATIVO	S/U
Methanfetamina	NEGATIVO	S/U
Benzodiacepina	NEGATIVO	S/U


Dra. Gamboa Castro M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 89464




Claudia Cristina Chavez Hca..
Bióloga
C.B.P. 15230

Ubicamos en:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA DE DROGAS PANEL 5D (COCAINA,
MARIHUANA, ANFETAMINA, METHANFETAMINA Y BENZODIACEPINA)**

Yo yuri leo Rivasplata, de 42 años de edad,
identificado con DNI n° 41008153; habiendo recibido consejería e información acerca de
la prueba para el panel de 5 drogas en orina; y en pleno uso de mis facultades mentales AUTORIZO
se me tome la muestra para el dosaje de dichas sustancias, así mismo me comprometo a regresar
para recibir la consejería Post – Test y mis resultados.

Trujillo, 13 de mayo del 2024



Huella digital


Firma del paciente


Dra. Gamboa Castro M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
CMP: 89464
Firma y sello del
Consejero

ANTECEDENTES:

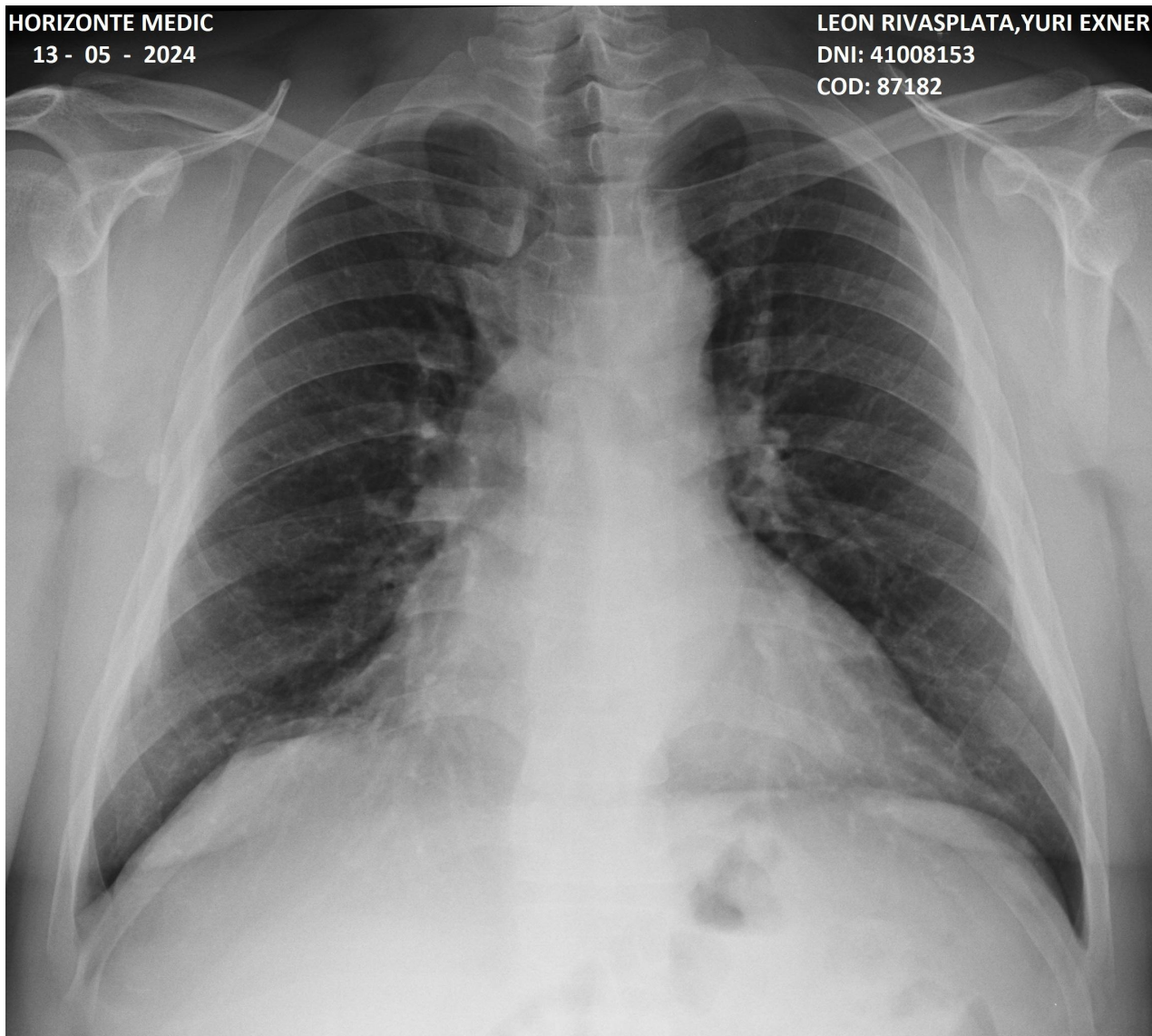
CONSUME MARIHUANA	: NO (/) SI ()
CONSUMO DE COCAINA	: NO (/) SI ()
CONSUMIO HOJA DE COCA EN LOS 14 DÍAS PREVIOS	: NO (/) SI ()
CONSUMO DE ANFETAMINAS	: NO (/) SI ()
CONSUMO DE METHANFETAMINAS	: NO (/) SI ()
CONSUMO DE BENZODIACEPINAS	: NO (/) SI ()



PLACA N°	HCL			Lector															
LEON RIVASPLATA YURI EXNER						Edad	42 AÑOS												
Fecha de Lectura	13	5	2024	Fecha de Radiografía			13	5	2024										
	Día	Mes	Año				Día	Mes	Año										
I. CALIDAD RADIOGRAFICA	1 Buena	x	Causas	1 sobre exposición	5	Escapulas													
	2 Aceptable			2 Subexposición	6	Artefactos													
	3 Baja Calidad			3 Posición Centrado	x	7 Otros													
	4 Inaceptable			4 Inspiración Insuficiente															
Comentario sobre defectos técnicos																			
II. ANORMALIDADES PARENQUIMATOSAS (si NO hay anomalías pase a III. A. Pleurales)																			
2.1. Zonas Afectadas (marque todas las zonas afectadas)			2.2. Profusión (opacidades pequeñas) (escala de 12 puntos) (Consulte las radiografías estándar - marque la subcategoría de profusión)			2.3 Forma y Tamaño: (Consulte las radiografías estándar; se requiere dos símbolos; marque un primario y un secundario)			2.4. Opacidades Grandes ()										
	Der.	Izq.	0/-	0/0	0/1	Primaria		Secundaria			O								
Superior			1/0	1/1	1/2	p	q	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 anomalías pase a símbolos*)										SI	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 mínimo exigido: 3 mm)									
							1	< 1/4 de la pared lateral de tórax			a	De 3 a 5 mm							
							2	Entre 1/4 y 1/2 de la pared lateral de tórax			b	De 5 a 10 mm							
							3	> 1/2 de la pared lateral de tórax			c	Mayor a 10 mm							
Pared torácica de perfil		0	D	I	0	D	I	0	D	I	0	D	I						
De Frente		0	D	I	0	D	I	1	2	3	1	2	3	a	b	c	a	b	c
Diafragma		0	D	I	0	D	I												
Otro (s) Sitio (s)		0	D	I	0	D	I												
Obliteración del Ángulo Costofrénico								0	D	I									
3.2. Engrosamiento Difuso de la Pleura (0 = Ninguna, D = Hemitórax derecho; I = Hemitórax izquierdo)																			
Pared Torácica				Calcificación				Extensión			Ancho								
De perfil		0	D	I	0	D	I	0	D	I	D		I						
		1	2	3	1	2	3	a	b	c	a	b	c						
De frente		0	D	I	0	D	I												
IV. SIMBOLOS *												SI	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	pl	px	ra	rp	tb						
COMENTARIOS: TORAX RADIOGRAFICAMENTE NORMAL																			
Firma y Sello de Médico																			
 Dr. Héctor Ricardo Bravo Médico Radiólogo C.M.P. 00102 R.M.S. 00030																			

HORIZONTE MEDIC
13 - 05 - 2024

LEON RIVASPLATA, YURI EXNER
DNI: 41008153
COD: 87182



NOMBRE: LEON RIVASPLATA YURI EXNER

FECHA: 13-05-2024.

RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBAR.

INFORME:

El estudio radiográfico representado en incidencia frontal y lateral muestra:

- Eje frontal lumbar adecuadamente alineado. No se observan signos de rotación vertebral.
- Eje lateral muestra adecuada lordosis lumbar , no desplazamiento vertebral.
- Cuerpos vertebrales de morfología conservada.
- Articulaciones intervertebrales de morfología conservada.
- Articulaciones interapofisarias de morfología conservada.
- Partes blandas dentro de parámetros normales.

CONCLUSIÓN:

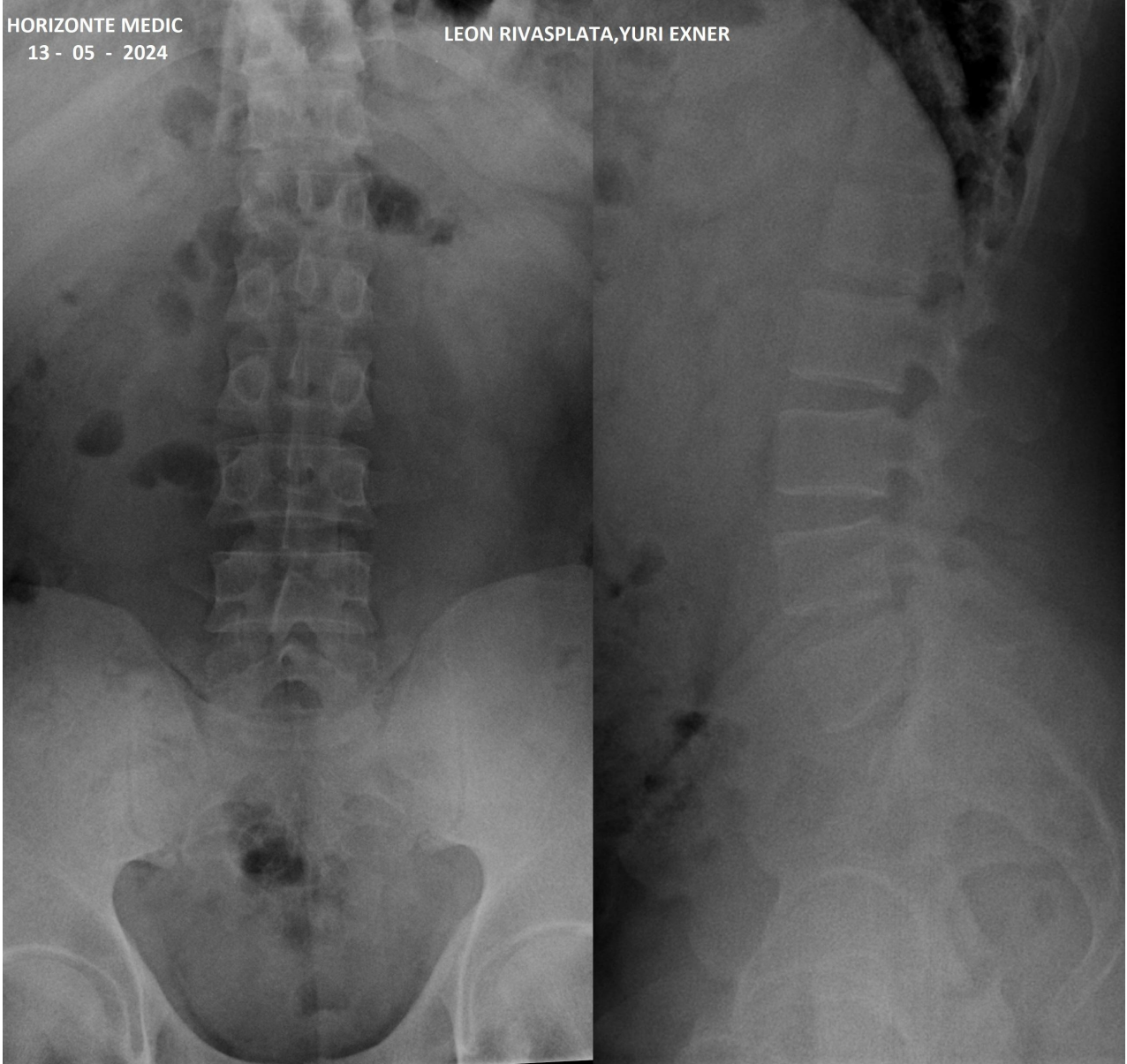
-RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBAR DENTRO DE PARÁMETROS CONSERVADOS.



.....
Dr. Héctor Ramos Bravo
Médico Radiólogo
C.M.P 65162 R.N.E 40339

HORIZONTE MEDIC
13 - 05 - 2024

LEON RIVASPLATA, YURI EXNER



INFORME DE ELECTROCARDIOGRAMA

N° Ficha :

87182

Fecha informe : 13 mayo 2024

Empresa : OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A		
Apellidos y Nombres : YURI EXNER LEON RIVASPLATA		DNI : 41008153
Procedencia : LIMA	Edad : 42 AÑOS	Sexo : Masculino
Antecedentes Cardiológicos :		
Presión Arterial : 136/99 mmHg		

Ritmo	:	SINUSAL
Frecuencia	:	74 x min
Eje	:	+15°
Onda P	:	80 ms
Segmento PR	:	160ms
Onda QRS	:	80ms
Segmento ST	:	ISOELETRICO
Onda T	:	NEGATIVO EN I AVL V1 A V6
Segmento QT	:	360ms
Observaciones	:	TRASTORNO INEPECIFICO DE
CONCLUSION	:	TRASTORNO INEPECIFICO DE REPOLARIZACION

RECOMENDACIONES: - EVALUACION POR CARDIOLOGIA



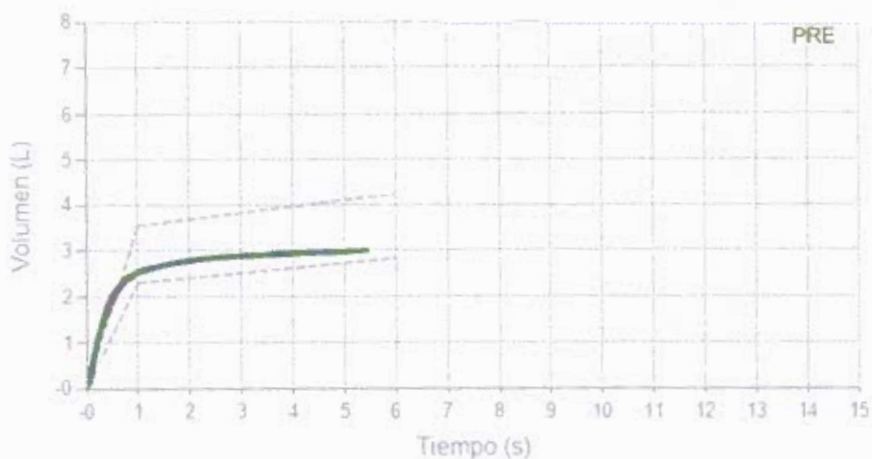
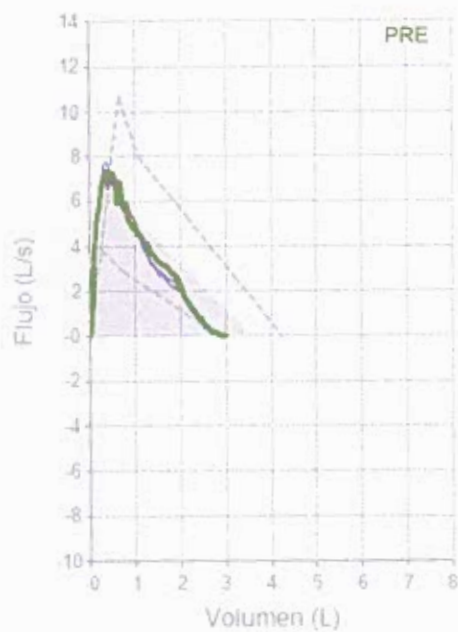
Dr. IRYAN ACUÑA REYES
CMP. 85874 RNE. 44885
CARDIOLOGÍA

Firma y Sello del Evaluador

Resultados prueba de función pulmonar

Datos del paciente

ID del paciente	41008153	Edad	42
Apellido	LEON RIVASPLATA	Sexo	M
Nombre	YURI EXNER	Altura	157 cm
Fecha de	30/05/1981	Peso	88 kg
Grupo étnico	Otros	BMI	35.7
Fumar	No fumador	Paquete	00
Worklist			



Grado de control de calidad PRE: A

Ensayos aceptables: 3

Interpretación

Espirometria normal

Fecha de ensayo 13/05/2024 08:59

Parametros		LLN	Pred	PRE	%Pred	Z-Score	PRE#1	PRE#2	PRE#3
FVC	L	2.84	3.53	2.98	84	-1.30	2.98	2.95	2.93
FEV1	L	2.30	2.92	2.55	87	-1.00	2.55	2.51	2.50
FEV1/FVC	%	72.85	82.69	85.57	103	0.53	85.60	85.10	85.30
FEV6	L	2.84	3.53	2.98	84	-1.30	2.98	2.95	2.93
FEV1/FEV6	%	72.85	82.69	85.60	104	0.54	85.60	85.10	85.30
PEF	L/s	3.88	7.30	7.91	108	0.30	7.36	7.91	7.25
FEF2575	L/s	1.73	3.04	3.03	100	-0.01	3.03	2.87	2.80
FET	s	-	6.00	5.44	91	-	5.44	5.32	5.32
ELA	Years	-	42.95	60.00	140	-	60.00	61.00	61.00
FEV1/VC	%	-	-	-	-	-	-	-	-

BTPS 1.092 25 °C (77 °F) - Predicho GLI

Conclusión / Informe médico

Firma:

Dra. Gamboa Cas. Dr. M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
CMP. 8964

Kelly B. Bence
ENFERMERA
SEP 7 1997

Instrumento usado
Spirobank II s/n Y20384

87182

Jr. Leoncio Prado N° 786 - Huamachuco

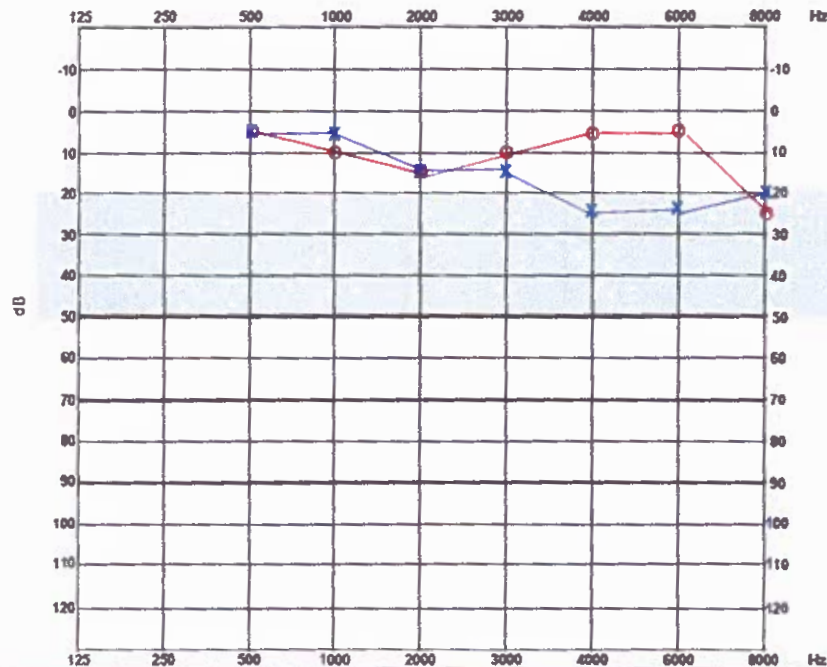
Telefono : 044-348070 / 990094744

Guillermo Prescott N°127 Urb. Sto. Dominguito - Trujillo

Email: admision@horizontemedic.com / web: www.horizontemedic.com

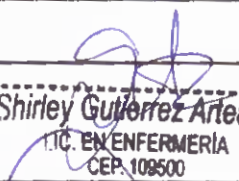
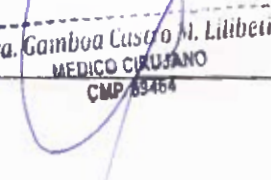
FICHA AUDIOLOGICA

Historia Clínica				Ficha Audiológica	87182		Audiómetro	Marca	BELL INVENTIS
Fecha del Examen	13/05/2024	EXAMEN		Pre - Ocupacional ()	Periódica ()	Modelo		BELL PLUS	
	dd / mm / aa			Retiro()	Anual (X)	Calibración		01/03/2024	
Apellidos y Nombres		LEON RIVASPLATA YURI EXNER							
Edad	42 AÑOS	Sexo	M	Ocupación	CHOFER DE BUS		Años de Trabajo	2	
Empresa Contratista	N/A			Empresa	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A		Tiempo de exposición	5	
Uso de Protectores Auditivos	Tapones (X) Orejeras ()		Apreciación del Ruido		Ruido muy Intenso () Ruido moderado (X) Ruido no molesto ()				
ANTECEDENTES relacionados			SI	NO					
Consumo de Tabaco			X		Disminución de la audición				
Servicio Militar				X	Dolor de oídos				
Hobbies con exposición a ruido				X	Zumbido				
Exposición laboral a químicos				X	Mareos				
Infección al Oído				X	Infección al oído				
Uso de Ototoxicos				X	Otros				
OTOSCOPIA:									



DIAPASONES		
OD	RINNE Y WEBER	OI
	250 Hz.	
	500 Hz.	
	1000 Hz.	

LOGOAUDIOMETRIA		
	DERECHA	IZQUIERDA
Umbral de discriminación		
% de discriminación		
Umbral de Confort MCL		
Umbral de disconfort UCL		

Conclusiones:	NORMAL	
Nombre del profesional que realiza la audiometría	SHIRLEY GUTIERREZ ARTEAGA	 Shirley Gutierrez Arteaga T.C. EN ENFERMERIA CEP. 109500 Sello y Firma
Nombre del Medico	 DRA. VAKESSA SILVA GAMARRA MEDICO OTORRINOLARINGOLOGO C.M.P. 73667 R.N.E. 43047	 Dra. Gamboa Cusco M. Lilibeth MEDICO CIRUJANO C.M.P. 83454 Sello y Firma

FICHA ODONTOLÓGICA DE IDENTIFICACIÓN DE PERSONAL

Jr. Leoncio Prado N° 786 - Huamachuco
Teléfono : 044-348070 / RPM #969603777
Guillermo Prescott N°127 Urb. Sto. Dominguito - Trujillo
Email: admision@horizontemedic.com / web: www.horizontemedic.com

N° Ficha : **87182**

Nombres : YURI EXNER LEON RIVASPLATA Sexo : MASCULINO Edad : 42 años
Empresa: OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A Contratista : N/A

LEYENDA

	Ausente		Cariada Por Oturar		Por Extraer		Fracturada
	Puente		PPR Metalica		PPR Acrilica		Normal
	P. Total		Corona		Obturación Efectuada		

Piezas en mal estado: 0 Ausentes : 1 Por Extraer : 0 Obturaciones Efectuadas : 0
P.P.R. Metalicas : 0 Puentes : 1 P. Totales : 0 Cariadas por Oturar : 0
P.P.R. Acrilicas : 0 Coronas : 0 Normales : 29 Fracturadas : 1

Observaciones : NINGUNA

Lugar y Fecha : HUAMACHUCO - lunes 13 mayo 2024

[Signature]



[Signature]
Dra. Gamboa Castro M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
CMP 88464
V° B°



INFORME PSICOLÓGICO

Cod. Entrevista : 31712

N° de Ficha : **87182**

I.- DATOS DE FILIACIÓN

Nombre completo	YURI EXNER LEON RIVASPLATA	Fecha de Nacimiento	30 de mayo 1981
Edad	42 AÑOS	Lugar de Nacimiento	LIMA
Dirección	JR. SANTA MAGDALENA 184	Estado Civil	CONVIVIENTE
Grado de Instrucción	SECUNDARIA COMPLETA	Ocupación	OBrero
Cargo a Desempeñar	CHOFER DE BUS		
Empresa	OBRA SCÓN HUARTE LAIN S.A	Fecha de Entrevista	lunes 13 mayo 2024

II.- RESULTADOS

a.- Área Intelectual (Test de Inteligencia de Barranquilla/test de Otis Intermedia)

- EL EVALUADO POSEE UN NIVEL INTELECTUAL PROMEDIO SUPERIOR.
- COMPRENDE Y PROCESA LA INFORMACION CON FACILIDAD.
- POSEE UN NIVEL PROMEDIO SUPERIOR EN COMPRENSION VERBAL Y EN CAPACIDAD NUMÉRICA.
- ADECUADA RETENCION DE DIGITOS.

b.- Área de Personalidad (Test de de la figura humana de machover / Inventario Multifásico de personalidad)

EN EL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN, EL EXAMINADO PRESENTÓ MECANISMOS DE DEFENSAS ADECUADAS, PARA AJUSTARSE A LAS DEMANDAS DE SU ENTORNO SOCIAL Y/O LABORAL, REFLEJA UN REGULAR CONTROL DE IMPULSOS, SUELE ANTEPONER LA EMOCIÓN FRENTE A LA RAZÓN. MANIFIESTA CORRECTA PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO E INSEGURIDAD OCASIONAL; SIN EMBARGO. PROYECTA UN ADECUADO CONTACTO SOCIAL Y NECESIDAD DE APOYO DE SU MEDIO, ACATA NORMAS Y REGLAS ESTABLECIDAS POR SU MEDIO, ASÍ MISMO; NO PRESENTA FOBIAS ADICIONALES, EVIDENCIANDO ASÍ LA CAPACIDAD PARA ADAPTARSE A DIFERENTES SITUACIONES DE SU CONTEXTO LABORAL.

FINALMENTE, MANIFIESTA QUE SUS PRINCIPALES FORTALEZAS SON; SU RESPONSABILIDAD, RESPETO Y AMABILIDAD. ASÍ MISMO, MENCIONA QUE DESEA MEJORAR SU GESTIÓN DE EMOCIONES.

c.- Área de Organicidad (Test de Bender para adultos / test de Benton Forma C)

- ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO, Y PERSONA.
- POSEE UN ADECUADO MANEJO DE FACULTADES MENTALES.
- NO SE EVIDENCIA DAÑO ORGÁNICO.

d.- Área de Psicomotricidad (Prueba de Laberintos de Weschler)

- NIVEL ADECUADO EN DESARROLLO PSICOMOTOR.
- REALIZA LAS INSTRUCCIONES BRINDADAS CON FACILIDAD.

e.- Recomendaciones

ORIENTACION Y CONSEJERIA PSICOLOGICA
ASISTIR A TALLERES DE RELAJACION
ASISTIR A TALLERES DE CONTROL DE EMOCIONES

III.- APTO PARA EL CARGO

SI



NO




C. Asmat Meregildo
PSICÓLOGA
C.B.P. 27679

INFORME PSICOLÓGICO - SOMNOLENCIA Y FATIGA

N° de Ficha : **87182**

I.- DATOS DE AFILIACIÓN

Nombre completo	YURI EXNER LEON RIVASPLATA
Empresa	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A
Cargo	CHOFER DE BUS
Edad	42 AÑOS
Grado de Instrucción	SECUNDARIA COMPLETA
Fecha de Entrevista	lunes 13 mayo 2024

II.- RESULTADOS

INTELIGENCIA		RESULTADO
1	Escala Sintomática de Estrés	--
2	Somnolencia	BAJA PROBABILIDAD
3	Test de Intensidad de Fatiga	NORMAL

III.- ANÁLISIS FODA

Fortalezas / Oportunidades: --

Fortalezas / Oportunidades: --

IV.- OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

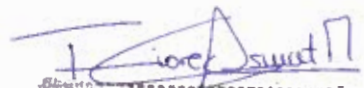
EL EVALUADO EVIDENCIA UN NIVEL PROMEDIO SUPERIOR EN SUS HABILIDADES COGNITIVAS; POSEE ADECUADA CAPACIDAD PARA RETENER Y COMPRENDER INFORMACIÓN, ASÍ COMO REALIZAR RAZONAMIENTOS DE FORMA ACERTADA, DENOTA UN NIVEL APROPIADO EN DESARROLLO PSICOMOTOR Y REALIZA LAS INSTRUCCIONES BRINDADAS CON FACILIDAD. REFLEJANDO ESTAR ALERTA DURANTE SUS ACTIVIDADES DIARIAS, DESCARTÁNDOSE SOMNOLENCIA.

Recomendaciones

ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA PSICOLÓGICA.

CONCLUSIONES

APTO



Florella C. Asmat Meregildo
PSICÓLOGA
C.I.S.P. 27679

Ficha Oftalmológica

Nro Orden : **87182-H**

Nombres : YURI EXNER LEON RIVASPLATA

Edad: 42 años

Fecha : lunes 13 mayo 2024

Examen: ANUAL

Empresa: OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A

Contrata: N/A

SIN CORREGIR

O.D

O.I

Visión de Cerca :

20/20

20/25

Visión de Lejos :

20/20-1

20/30

Visión de Colores : NORMAL

Visión Binocular : 20/20

Reflejos Pupilares : CONSERVADO

Enfermedades Oculares :

AMETROPIA LEVE EN OJO IZQUIERDO - PRESBICIA

PTERIGIÓN GRADO II OJO IZQUIERDO.

CORREGIDA

O.D

O.I

20/20

20/20

20/20

20/20


Dra. Gamboa Castro M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
CMP. 89464


Párraga Santiago Guzmán
TEC ENFERMERIA
N° 125747

DECLARACIÓN JURADA DE INFORMACIÓN DE APTITUD MÉDICO
OCUPACIONAL

Yo, yuri leon Rivasplata,
de 42 años de edad, identificado(a) con DNI N°: 41008153,
postulante al cargo de Chof. BUS, para la empresa
OBRASCON HUARTE LAIN S.A., declaro haber sido informado sobre la APTITUD y
RECOMENDACIONES de mi examen médico ANUAL Realizado en el
Policlínico Horizonte Medic de la ciudad de Trujillo.

Firmo la presente declaración en conformidad a lo expuesto líneas arriba.

Trujillo, 13 de MAYO 2024.


FIRMA

DNI: 41008153



Huella Digital

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZAR EL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Yo **YURI EXNER LEON RIVASPLATA**

identificado con documento de identidad N°: **41008153** Con ocupacion laboral de:

CHOFER DE BUS

certifico que he sido informado/a acerca de la naturaleza y propósito del examen médico ocupacional asi como pruebas complementarias determinada por la empresa:

OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A

De acuerdo a los peligros y riesgos identificados en mi puesto de trabajo. En ese sentido en forma consiente y voluntaria doy mi consentimiento, para que se me realice el examen médico ocupacional de acuerdo a la Resolucion ministerial N° 312-2011/MINSA . Y doy fe que la información brindada a HORIZONTE MEDIC es veridica. Asi mismo, autorizo a HORIZONTE MEDIC para que brinde mi historia clínica y toda información resultante de mi examen medico ocupacional al Medico Ocupacional de mi empresa para que tenga acceso a mi Historia Clinica de acuerdo a la N.T.N° 022 MINSA/dgsp-V.02 y Ley N° 26842, Ley general de salud.

Fecha: null - 13 mayo 2024

Hora: 9.21 AM



Huella



Firma

REPUBLICA DEL PERU
MINISTERIO DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES
DIRECCION GENERAL DE AUTORIZACIONES EN TRANSPORTES
LICENCIA DE CONDUCIR

Apellidos
LEON RIVASPLATA

Nombre
YURI EXNER

No. de Licencia
D41008163

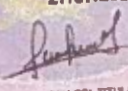
Clase
A

Fecha de Expiración
21/07/2017

Categoría
Tres c profesional

Fecha de Renovación
27/07/2024

MTC


FIRMA DEL TITULAR



Serv 8
Jes Privilegiado
41008153

Fecha de Nacimiento
30/05/1981

Domicilio
JR. SANTA MAGDALENA 184 LA ESPERANZA
TRUJILLO LA LIBERTAD

Restricciones
SIN RESTRICCIONES

Grupo y Factor Sanguíneo
O+

Derivación de Órganos
NO

Consulta OR




AUTORIDAD COMPETENTE

