

**OPERADORES LOGISTICOS ACUARIO S.A.C.**

**EXAMEN PRE OCUPACIONAL**

**URIBE FERNANDEZ MARCO ANTONIO**

**DNI: 45702892**

**HISTORIA CLÍNICA MÉDICA OCUPACIONAL**

N° Ficha Médica: 45702892 Fecha: 07-04-2025  
 Tipo de evaluación: Pre Ocupacional ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Otros ☐  
 Lugar del examen: Departamento: LIMA Provincia: LIMA Distrito: SURCO

**I. DATOS DE LA EMPRESA**

Razón Social: OPERADORES LOGISTICOS ACUARIO S.A.C.  
 Actividad Económica:  
 Dirección fiscal: CAL.LOS LIRIOS MZA. Q LOTE. 22 DPTO.  
 201 URB. SOL DE SANTA ANITA (A 2 Dto: SANTA ANITA Prv: LIMA Dpto: LIMA  
 CUADRAS DE AV. COLECTORA)  
 Lugar del Trabajo: CAL.LOS LIRIOS MZA. Q LOTE. 22 DPTO. 201 URB. SOL DE SANTA ANITA (A 2 CUADRAS DE AV. COLECTORA)  
 Puesto actual o al que postula: JEFE PROYECTOS Área: OPERATIVA

**II FILIACIÓN DEL TRABAJADOR**

Apellidos y Nombres: URIBE FERNANDEZ MARCO ANTONIO  
 Fecha de Nacimiento: 09/04/1989 Edad 35 años Sexo M  
 DNI: 45702892 Estado Civil: CASADO  
 Domicilio Actual: PASAJE VALLADOLID MZ. 55 LT. 13, PROYECTOS ESPECIALES II - -  
 Provincia: LIMA Departamento: LIMA  
 Residencia en Lugar de Trabajo: NO Tiempo:  
 ESSALUD ☐ EPS ☐ SCTR ☒ SIS ☐ OTRO ☐ NIEGA ☐  
 Grado de Instrucción: UNIVERSITARIO Ocupación: JEFE PROYECTOS  
 COMPLETO  
 Teléfono: 996936280 Correo Electrónico: MURIBE@ACUARIOPERU.COM  
 N° Total Hijos vivos: 03 N° Dependientes: 03

**III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES**

| EMPRESA                              | ÁREA DE TRABAJO | PUESTO    | FECHA |            | TIEMPO  | ALTITUD          | EXPOSICIÓN                                   | Hrs/día | Usó EPP                    |
|--------------------------------------|-----------------|-----------|-------|------------|---------|------------------|----------------------------------------------|---------|----------------------------|
| OPERADORES LOGISTICOS ACUARIO S.A.C. | OPERATIVA       | OPERATIVA | I     | Ene / 2025 | 2 MESES | Hasta 2500 msnm  | Polvo; Posturas; Ruido; Alta °T; Ergonomicos | 8 HORAS | botas, lentes, casco, ropa |
|                                      |                 |           | F     | Mar / 2025 |         |                  |                                              |         |                            |
|                                      |                 |           | I     |            |         | 3501 a 4000 msnm | Polvo; Posturas; Ruido; Alta °T; Ergonomicos |         |                            |
|                                      |                 |           | F     |            |         |                  |                                              |         |                            |
|                                      |                 |           | I     |            |         | 3501 a 4000 msnm | Polvo; Posturas; Ruido; Alta °T; Ergonomicos |         |                            |
|                                      |                 |           | 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     | - | Discopatias  | - | Enf. Reumat.   | - | Dislipid  | - |
| ETS | - | Hepatitis AB | - | Convulsiones | - | Enf. Pulmon    | - | Intoxicac | - |
| VIH | - | Hernias      | - | Gastritis    | - | Alt. en Piel   | - | Cirugias  | - |
| TEC | - | Lumbalgias   | - | Ulceras      | - | Tendinitis     | - | Otros     | - |

**CIRUGIAS**
**SOLO SI TUVO TUBERCULOSIS**

FECHA QUE TUVO TBC

COMPLETO TRATAMIENTO?

OBSERVACIONES:

**V. ABSENTISMO (Asociado a trabajo o no)**

| Enfermedad o Accidente | Asociado al trabajo |    | Año | Días de descanso |
|------------------------|---------------------|----|-----|------------------|
|                        | Si                  | No |     |                  |
| NIEGA                  |                     |    |     |                  |
| NIEGA                  |                     |    |     |                  |

**VI. HÁBITOS NOCIVOS**

|              | Tipo | Cantidad | Frecuencia |
|--------------|------|----------|------------|
| Alcohol      | NO   |          |            |
| Tabaco       | NO   |          |            |
| Drogas       | NO   |          |            |
| Medicamentos | NO   |          |            |

VII - ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

|         |       |       |       |
|---------|-------|-------|-------|
| Padre   | Niega | Hnos  | Niega |
| Madre   | Niega | Hijos | Niega |
| Conyuge | Niega |       |       |

VIII - EVALUACIÓN MÉDICA

Sintomas:

NO REFIERE SINTOMAS AL MOMENTO DEL EXAMEN

|                                                    |          |     |          |     |      |         |     |     |     |      |
|----------------------------------------------------|----------|-----|----------|-----|------|---------|-----|-----|-----|------|
| Examen Clínico,<br>Antropometría,<br>Func. vitales | Talla(m) | 180 | Peso(Kg) | 120 | IMC  | 37.04   |     | PAS | 115 | mmHg |
|                                                    | P.Abd cm |     | P.cad cm |     | ICC  |         |     | PAD | 82  | mmHg |
|                                                    | FC X'    | 65  | FR X'    | 20  | T °C | Afebril | FUR | PAM |     | mmHg |

Ectoscopia: Normal

Estado Mental: LOTEPE

EXAMEN FÍSICO

|               |                 |              |    |           |    |                       |  |
|---------------|-----------------|--------------|----|-----------|----|-----------------------|--|
| OJOS Y ANEXOS | AGUDEZA VISUAL  | SIN CORREGIR |    | CORREGIDA |    | VISIÓN DE PROFUNDIDAD |  |
|               |                 | OD           | OI | OD        | OI | VISIÓN DE COLORES     |  |
|               | VISIÓN DE LEJOS |              |    |           |    | FONDO DE OJO          |  |
|               | VISIÓN DE CERCA |              |    |           |    | EXTERNO:              |  |

|                      | Sin Hallazgos | DESCRIPCIÓN DE ALTERACIONES |
|----------------------|---------------|-----------------------------|
| Piel                 | X             |                             |
| Cabello              | 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 Linfático    | X             |                             |
| Sist. Osteomuscular  | X             |                             |

OBSERVACIÓN

## IX - CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

## X - CONCLUSIONES DE RADIOGRAFÍA DE TORAX

EXAMEN NO SOLICITADO

## XI - HALLAZGOS DE LABORATORIO

DENTRO DE LÍMITES NORMALES

## XII - CONCLUSIONES DE AUDIOMETRIA

EXAMEN NO SOLICITADO

## XIII - CONCLUSIONES DE ESPIROMETRÍA

NO APLICA

## XIV - OTRAS CONCLUSIONES

- 1- MUSCULOESQUELÉTICO: GRADO 0 (NORMAL)
  - 2- ELECTROCARDIOGRAMA: EKG DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
  - 3- IMC: 37.04
  - 4- PRESIÓN ARTERIAL: 115 / 82
- NOTA DE ENFERMERIA:

## XV - DIAGNÓSTICO MÉDICO OCUPACIONAL/CONCLUSIONES

|                    |                  | P | D | R | CIE-10 |
|--------------------|------------------|---|---|---|--------|
| 1                  | OBESIDAD TIPO II |   | X |   |        |
| 2                  |                  |   |   |   |        |
| 3                  |                  |   |   |   |        |
| 4                  |                  |   |   |   |        |
| OTROS DIAGNÓSTICOS |                  |   |   |   |        |
| 1                  |                  |   |   |   |        |
| 2                  |                  |   |   |   |        |
| 3                  |                  |   |   |   |        |
| 4                  |                  |   |   |   |        |

## APTITUD

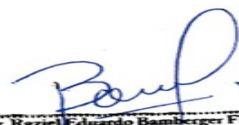
|      |   |                           |  |         |  |                            |  |
|------|---|---------------------------|--|---------|--|----------------------------|--|
| APTO | X | APTO CON<br>RESTRICCIONES |  | NO APTO |  | OBSERVADO                  |  |
|      |   |                           |  |         |  | NECESITA COMPLETAR ESTUDIO |  |

## XVII - RECOMENDACIONES/RESTRICCIONES

1- ACUDIR A ENDOCRINOLOGIA POR OBESIDAD. SE SUGIERE DIETA HIPOGRASA, HIPOCALÓRICA Y AUMENTAR LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA DISMINUIR DE PESO. SE SUGIERE CONTROL PERIÓDICO POR NUTRICIÓN.

## MÉDICO EVALUADOR

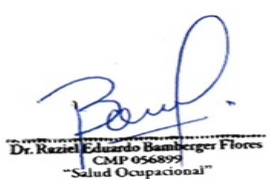
|        |                                 |
|--------|---------------------------------|
| Dr.(a) | RAZIEL EDUARDO BAMBERGER FLORES |
| FECHA: | 07-04-2025                      |



Dr. Raziel Eduardo Bamberger Flores  
C.M.P. 056899  
"Salud Ocupacional"

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

## CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO

|                                                                                                                                                                                                                |          |                                      |         |                                                                                                                                                                   |   |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
|                                                                                                                               |          | CÓDIGO 45702892                      |         | CÓDIGO RENAES N° 00016823                                                                                                                                         |   |   |   |
| <b>EMPRESA</b>                                                                                                                                                                                                 |          | OPERADORES LOGISTICOS ACUARIO S.A.C. |         |                                                                                                                                                                   |   |   |   |
| CERTIFICA QUE EL Sr. (a): URIBE FERNANDEZ, MARCO ANTONIO                                                                                                                                                       |          |                                      |         |                                                                                                                                                                   |   |   |   |
| DNI                                                                                                                                                                                                            | 45702892 | Edad                                 | 35 años | Género                                                                                                                                                            | M | X | F |
| Puesto al que postula                                                                                                                                                                                          |          | JEFE PROYECTOS                       |         |                                                                                                                                                                   |   |   |   |
| Ocupación actual o ultima Ocupación                                                                                                                                                                            |          |                                      |         |                                                                                                                                                                   |   |   |   |
| Historia Clínica                                                                                                                                                                                               |          | 45702892                             |         |                                                                                                                                                                   |   |   |   |
| Tipo de Examen                                                                                                                                                                                                 |          | PRE OCUPACIONAL                      |         |                                                                                                                                                                   |   |   |   |
| <b>APTO</b><br>(Para el puesto en el que trabaja o postula)                                                                                                                                                    |          | X                                    |         | <b>RESTRICCIONES:</b><br><br><br><br><br>                                                                                                                         |   |   |   |
| <b>NO APTO</b><br>(Para el puesto en el que trabaja o postula)                                                                                                                                                 |          |                                      |         |                                                                                                                                                                   |   |   |   |
| <b>APTO CON RESTRICCIÓN</b><br>(Para el puesto en el que trabaja o postula)                                                                                                                                    |          |                                      |         |                                                                                                                                                                   |   |   |   |
| <b>RECOMENDACIONES</b><br>1- ACUDIR A ENDOCRINOLOGIA POR OBESIDAD. SE SUGIERE DIETA HIPOGRASA, HIPOCALÓRICA Y AUMENTAR LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA DISMINUIR DE PESO. SE SUGIERE CONTROL PERIÓDICO POR NUTRICIÓN. |          |                                      |         | <b>Nombre, Sello y Firma de Médico</b><br>BAMBERGER FLORES RAZIEL EDUARDO                                                                                         |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                |          |                                      |         | <br>Dr. Raziél Eduardo Bamberger Flores<br>CMP 056899<br>"Salud Ocupacional" |   |   |   |
| <b>Fecha de Emisión:</b> 07/04/2025                                                                                                                                                                            |          |                                      |         | <b>Vigencia:</b>                                                                                                                                                  |   |   |   |
| <b>Fecha de Vigencia:</b> El presente documento tiene validez desde su fecha de emisión                                                                                                                        |          |                                      |         |                                                                                                                                                                   |   |   |   |

"Nuestra aptitud médica debe ser validada por el responsable de la Vigilancia de Salud de los Trabajadores del empleador según RM 099-2020-TR"

### INFORME DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN OCUPACIONAL

**APELLIDOS Y NOMBRES:** URIBE FERNANDEZ MARCO ANTONIO      **EDAD:** 35 años  
**FECHA DE EVALUACIÓN:** 07-04-2025      **EMPRESA:** OPERADORES LOGISTICOS ACUARIO S.A.C.  
**PUESTO DE TRABAJO:** JEFE PROYECTOS      **DNI:** 45702892  
**INSTITUCIÓN EVALUADORA:** GESTION TRABAJO Y SALUD S.A.C

| EXAMEN                        | RESULTADO                                  |
|-------------------------------|--------------------------------------------|
| Peso                          | 120 Kg.                                    |
| Talla                         | 180 Cm.                                    |
| IMC                           | 37.04                                      |
| Físico                        | OBESIDAD TIPO II                           |
| Músculo Esquelético           | GRADO 0 (NORMAL)                           |
| Grupo Sanguíneo y Factor Rh   | GRUPO SANGUÍNEO: "O" - FACTOR RH: POSITIVO |
| Hemoglobina                   | 15.3                                       |
| Hemograma                     | NORMAL                                     |
| Colesterol                    | 168                                        |
| Triglicéridos                 | 92                                         |
| Glucosa                       | NO APLICA                                  |
| Evaluación Oftalmológica      | NO APLICA                                  |
| Evaluación Odontológica       | NO APLICA                                  |
| Audiometría                   | NO APLICA                                  |
| Espirometría                  | NO APLICA                                  |
| Radiografía de Tórax          | NO APLICA                                  |
| EKG                           | EKG DENTRO DE PARAMETROS NORMALES          |
| Evaluación Psicológica        | NO APLICA                                  |
| Resultados de examen de orina |                                            |

**Recomendaciones:**

1- ACUDIR A ENDOCRINOLOGIA POR OBESIDAD. SE SUGIERE DIETA HIPOGRASA, HIPOCALÓRICA Y AUMENTAR LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA DISMINUIR DE PESO. SE SUGIERE CONTROL PERIÓDICO POR NUTRICIÓN.

El trabajador deja expresa constancia de haber recibido el informe, que declara conocer en todos sus términos y en especial de los puntos relativos a las conclusiones y recomendaciones que se compromete a seguir y que en señal de conformidad suscribe el presente.

## DECLARACIÓN JURADA DE DATOS MÉDICOS Y ANTECEDENTES

EMPRESA: OPERADORES LOGISTICOS ACUARIO S.A.C. FECHA: 07-04-2025  
 Yo: URIBE FERNANDEZ MARCO ANTONIO de 35 años de edad, con  
 DNI: 45702892 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 ☐  
 Polvo ☐ Altura Estruct. ☐ Cancerígenos ☐ Posturas ☐  
 Cargas ☐ Altura msnm ☐ Biológicos ☐ Eléctricos ☐  
 Otros:

|                        |                |
|------------------------|----------------|
| Tipo de Examen         | PREOCUPACIONAL |
| Tipo de labor          | 15 AÑOS        |
| Horas/día, Expuesto    |                |
| Uso de EPP             | no             |
| Restricciones Médicas: |                |

### 2- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OCUPACIONALES

Presuntas Enfermedades relacionadas al trabajo que declara

|       |        |  |                      |  |                  |  |
|-------|--------|--|----------------------|--|------------------|--|
| NIEGA | Fecha: |  | ¿Recibí tratamiento? |  | Días de descanso |  |
|       | Fecha: |  | ¿Recibí 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 ☐ Discopatias ☐ Enf. Reumat. ☐ Dislipid. ☐  
 ETS ☐ Hepatitis ☐ Convulsiones ☐ Enf. Pulmonares. ☐ Intoxicac. ☐  
 VIH ☐ Hernias ☐ Gastritis ☐ Alter. de la Piel ☐ Amputación ☐  
 TEC ☐ Lumbalgias ☐ Úlceras ☐ Tendinitis ☐ Sordera ☐  
 Fobias ☐ Vertigos ☐ Migrañas ☐ Onicomicosis ☐ Otros ☐

#### CIRUGÍAS

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

#### SOLO SI TUVO TUBERCULOSIS

|                        |                                                         |
|------------------------|---------------------------------------------------------|
| FECHA QUE TUVO TBC     |                                                         |
| ¿COMPLETO TRATAMIENTO? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

OBSERVACIONES:

### 4- HÁBITOS NOCIVOS

|         | Tipo | Cantidad | Frecuencia |
|---------|------|----------|------------|
| Alcohol | NO   | NO       | NO         |
| Tabaco  | NO   | NO       | NO         |
| Drogas  | NO   | NO       | NO         |
| Medic.  | NO   |          |            |

### 5- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

|         |            |       |            |
|---------|------------|-------|------------|
| Padre   | NO REFIERE | Hnos  | NO REFIERE |
| Madre   | NO REFIERE | Hijos | NO REFIERE |
| Conyuge | NO REFIERE |       |            |

### 6- OTRAS OBSERVACIONES

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

**ELECTROCARDIOGRAMA (EKG)**

ENGRAPAR AQUÍ EL EKG

**INFORME EKG**

**NOMBRE:** URIBE FERNANDEZ MARCO ANTONIO

**EMPRESA:** OPERADORES LOGISTICOS ACUARIO S.A.C.

**EDAD:** 35 años **FECHA:** 07-04-2025

**ANTECEDENTES CARDIOLÓGICOS**

|                       | SI | NO |                         | SI | NO |
|-----------------------|----|----|-------------------------|----|----|
| Hipertensión Arterial |    | X  | Soplo Cardíaco          |    | X  |
| Arritmias             |    | X  | Insuficiencia Cardíaca  |    | X  |
| Infarto               |    | X  | Cirugías Cardiovascular |    | X  |
| Cardiomegalia         |    | X  | Prótesis Cardíacas      |    | X  |

**Comentarios** \_\_\_\_\_

**HALLAZGOS**

**RITMO** SINUSAL ☒ **NO SINUSAL** ☐

**FRECUENCIA:** 60 Latidos por minuto

**PR:** 170 **QRS:** 102 **QT:** 420

**EJE QRS:** 5.3 **ONDA T:** NORMAL **SEGM ST:** NORMAL

**OTROS:** \_\_\_\_\_

**CONCLUSIÓN:** ELECTROCARDIOGRAMA: **NORMAL** ☒ **ANORMAL** ☐

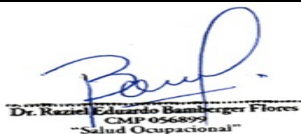
**OBSERVACIONES**

**EXAMINADOR**

**LIC.** : BAMBERGER FLORES RAZIEL EDUARDO

**CEP** : 56899

**FIRMA** : \_\_\_\_\_

  
Dr. Raziel Eduardo Bamberger Flores  
CMP 056899  
"Salud Ocupacional"

  
Dr. Raziel Eduardo Bamberger Flores  
CMP 056899  
"Salud Ocupacional"

**FICHA DE EVALUACIÓN MÚSCULO - ESQUELÉTICA**

**Nombres** : URIBE FERNANDEZ MARCO ANTONIO **Edad** : 35 años **Sexo** : MASCULINO **Fecha** : 2025-04-07  
**Empresa** : OPERADORES LOGISTICOS ACUARIO **Gerencia** : **Area** : OPERATIVA  
**Puesto de Trabajo** : JEFE PROYECTOS **Tiempo de Trabajo** : 2 MESES **Tiempo Total** : 8 HORAS

**I. IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO ERGONOMICO:**
**FACTORES DE RIESGO ERGONOMICO**

Manipulación manual de cargas  
 Levantar - cargar  
 Empujar  
 Jalar  
 Pesos superiores a 25kg.  
 Levantamiento por encima del hombro  
 Manipulación repetitivo  
 Posturas forzadas  
 Posturas sedente

**SINTOMAS:**

| SI | NO |
|----|----|
| X  |    |
| X  |    |
| X  |    |
| X  |    |
| X  |    |
| X  |    |
| X  |    |
| X  |    |
| X  |    |

| POCO | REGULAR | FRECIENTE |
|------|---------|-----------|
| X    |         |           |
| X    |         |           |
| X    |         |           |
| X    |         |           |
| X    |         |           |
| X    |         |           |
| X    |         |           |
| X    |         |           |
| X    |         |           |

**II. EVALUACIÓN MÚSCULO BÁSICA:**

| Aptitud de Espalda                | Excelente: 1                                                                        | Promedio: 2                                                                         | Regular: 3                                                                          | Pobre: 4                                                                             | Ptos | Observaciones |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------|
| FLEXIBILIDAD<br>FUERZA<br>ABDOMEN |    |    |    |    | 1    | NO            |
| CADERA                            |    |    |    |    | 1    | NO            |
| MUSLO                             |  |  |  |  | 1    | NO            |
| ABDOMEN<br>LATERAL                |  |  |  |  | 1    | NO            |
| <b>TOTAL</b>                      |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                      | 4    |               |

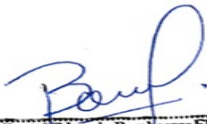
| Rangos Articulares                            | Óptimo: 1                                                                           | Limitado: 2                                                                         | Muy Limitado: 3                                                                     | Ptos | Dolor contra resistencia SI / NO |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|
| Abeducción de<br>hombro (Normal 0°<br>- 180°) |  |  |  | 1    | NO                               |
| Aducción de<br>hombro (Normal 0°<br>- 80°)    |  |  |  | 1    | NO                               |
| Rotación externa<br>(Normal 0°-90°)           |  |  |  | 1    | NO                               |
| Rotación interna de<br>hombro                 |  |  |  | 1    | NO                               |
| <b>TOTAL</b>                                  |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     | 4    |                                  |

**Observaciones**

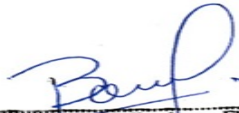
No tiene limitaciones funcionales para su completa participación en actividades que requieran levantar peso bajo condiciones adecuadas de instrucción relacionadas a los mecanismos propios del cuerpo

☒ No tiene limitaciones funcionales

☐ Tiene limitaciones funciones

  
 Dr. Raziel Eduardo Bamberger Flores  
 CMP 0568993  
 "Salud Ocupacional"

**V.B.**

  
 Dr. Raziel Eduardo Bamberger Flores  
 CMP 0568993  
 "Salud Ocupacional"

**FIRMA MÉDICO EVALUADOR**

APELLIDOS Y NOMBRES: URIBE FERNANDEZ MARCO ANTONIO FECHA DEL EXAMEN 07-04-2025

| Historia Clínica: 70326                      |                                                        |                    |                          |                                       |                    |                  |                              |                      |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------|------------------|------------------------------|----------------------|
| COLUMNA VERTEBRAL                            |                                                        |                    |                          |                                       |                    |                  |                              |                      |
| EVALUACIÓN ESTÁTICA                          | DESVIACIONES DEL EJE LATERAL                           |                    |                          | DESVIACIONES DEL EJE ANTERO-POSTERIOR |                    |                  | PALPACIÓN                    |                      |
|                                              | Normal                                                 | Concavidad derecha | Concavidad izquierda     | Normal                                | Aumentada          | Disminuida       | Apófisis espinosas dolorosas | Contractura muscular |
| Columna Cervical                             | SI                                                     | -                  | -                        | SI                                    | -                  | -                | NO                           | NO                   |
| Columna Dorsal                               | SI                                                     | -                  | -                        | SI                                    | -                  | -                | NO                           | NO                   |
| Columna Lumbar                               | SI                                                     | -                  | -                        | SI                                    | -                  | -                | NO                           | NO                   |
| EVALUACIÓN DINAMICA                          | MOVILIDAD - DOLOR                                      |                    |                          |                                       |                    |                  |                              |                      |
|                                              | Flexión                                                | Extensión          | Lateralización izquierda | Lateralización derecha                | Rotación izquierda | Rotación derecha | Irradiación                  | Alt. Masa Muscular   |
| Columna Cervical                             | 0                                                      | 0                  | 0                        | 0                                     | 0                  | 0                | NO                           | NO                   |
| Columna Dorsal                               | 0                                                      | 0                  | 0                        | 0                                     | 0                  | 0                | NO                           | NO                   |
| Columna Lumbar                               | 0                                                      | 0                  | 0                        | 0                                     | 0                  | 0                | NO                           | NO                   |
| EVALUACIÓN. DINÁMICA DE ARTICULACIONES       | MOVILIDAD - DOLOR                                      |                    |                          |                                       |                    |                  |                              |                      |
|                                              | Abducción                                              | Aducción           | Flexión                  | Extensión                             | Rotación Externa   | Rotación Interna | Irradiación                  | Alt. Masa Muscular   |
| Hombro derecho                               | 0                                                      | 0                  | 0                        | 0                                     | 0                  | 0                | NO                           | NO                   |
| Hombro izquierdo                             | 0                                                      | 0                  | 0                        | 0                                     | 0                  | 0                | NO                           | NO                   |
| Codo derecho                                 | 0                                                      | 0                  | 0                        | 0                                     | 0                  | 0                | NO                           | NO                   |
| Codo izquierdo                               | 0                                                      | 0                  | 0                        | 0                                     | 0                  | 0                | NO                           | NO                   |
| Muñeca derecha                               | 0                                                      | 0                  | 0                        | 0                                     | 0                  | 0                | NO                           | NO                   |
| Muñeca izquierda                             | 0                                                      | 0                  | 0                        | 0                                     | 0                  | 0                | NO                           | NO                   |
| Manos y dedos derechos                       | 0                                                      | 0                  | 0                        | 0                                     | 0                  | 0                | NO                           | NO                   |
| Manos y dedos izquierdos                     | 0                                                      | 0                  | 0                        | 0                                     | 0                  | 0                | NO                           | NO                   |
| Cadera derecha                               | 0                                                      | 0                  | 0                        | 0                                     | 0                  | 0                | NO                           | NO                   |
| Cadera izquierda                             | 0                                                      | 0                  | 0                        | 0                                     | 0                  | 0                | NO                           | NO                   |
| Rodilla derecha                              | 0                                                      | 0                  | 0                        | 0                                     | 0                  | 0                | NO                           | NO                   |
| Rodilla izquierda                            | 0                                                      | 0                  | 0                        | 0                                     | 0                  | 0                | NO                           | NO                   |
| Tobillo derecho                              | 0                                                      | 0                  | 0                        | 0                                     | 0                  | 0                | NO                           | NO                   |
| Tobillo izquierdo                            | 0                                                      | 0                  | 0                        | 0                                     | 0                  | 0                | NO                           | NO                   |
| PUNTUACIÓN DE REFERENCIA (SIGNOS Y SÍNTOMAS) |                                                        |                    |                          | DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS              |                    |                  |                              |                      |
| Grado 0 X                                    | Ausencia de signos y síntomas.                         |                    |                          |                                       |                    |                  |                              |                      |
| Grado 1                                      | Contractura y/o dolor a la movilización.               |                    |                          |                                       |                    |                  |                              |                      |
| Grado 2                                      | Grado 1 más dolor a la palpación y/o percusión         |                    |                          |                                       |                    |                  |                              |                      |
| Grado 3                                      | Grado 2 más limitación funcional evidente clínicamente |                    |                          |                                       |                    |                  |                              |                      |
| Grado 4                                      | Dolor en reposo                                        |                    |                          |                                       |                    |                  |                              |                      |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                           |                                                        |                    |                          |                                       |                    |                  |                              |                      |
| GRADO 0 (NORMAL)                             |                                                        |                    |                          |                                       |                    |                  |                              |                      |
| VALORACIÓN                                   |                                                        | APTO               | X                        | NO APTO                               |                    | EN OBSERVACION   |                              |                      |
| <b>RECOMENDACIONES</b>                       |                                                        |                    |                          |                                       |                    |                  |                              |                      |
| CONTROL MEDICO PREVENTIVO ANUAL              |                                                        |                    |                          |                                       |                    |                  |                              |                      |

  
 Dr. Raziel Eduardo Bamberger Flores  
 CMP 056895  
 "Salud Ocupacional"

V.B.

  
 Dr. Raziel Eduardo Bamberger Flores  
 CMP 056895  
 "Salud Ocupacional"

Firma y sello del médico C.M.P.

## INFORME DE EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO

|                    |                                                      |              |         |               |            |
|--------------------|------------------------------------------------------|--------------|---------|---------------|------------|
| <b>PACIENTE:</b>   | URIBE FERNANDEZ MARCO ANTONIO                        | <b>EDAD:</b> | 35 años | <b>FECHA:</b> | 07-04-2025 |
| <b>INDICACIÓN:</b> | <b>EMPRESA:</b> OPERADORES LOGISTICOS ACUARIO S.A.C. |              |         |               |            |

| Hematología                                     |            |             |                                                |
|-------------------------------------------------|------------|-------------|------------------------------------------------|
| ANALISIS                                        | RESULTADOS | UNIDADES    | RANGOS DE REFERENCIA                           |
| <b>HEMOGRAMA COMPLETO</b>                       |            |             |                                                |
| Hemograma                                       | NORMAL     |             |                                                |
| Hemoglobina                                     | 15.3       | g/dl        | Mujeres : 12.0 – 16.0<br>Hombres : 13.5 – 17.5 |
| <b>BIOQUÍMICA/HEMATOLOGIA</b>                   |            |             |                                                |
| Hematocrito                                     | 46.8       | %           | Mujeres : 36 – 46<br>Hombres : 38 – 50         |
| <b>RECUESTO CELULAR</b>                         |            |             |                                                |
| Recuento de Leucocitos                          | 7.2        | $10^3$ / ul | 4.8 – 10.8                                     |
| Recuento de Hematíes                            | 5.1        | $10^6$ / ul | 4.2 – 5.4                                      |
| Recuento de Plaquetas                           | 264        | $10^3$ / ul | 150 – 450                                      |
| <b>FORMULA DIFERENCIAL</b>                      |            |             |                                                |
| Neutrófilos Abastionados                        | 0          | %           | 0 – 3                                          |
| Neutrófilos Segmentados                         | 63         | %           | 45 – 65                                        |
| Eosinófilos                                     | 2          | %           | 0 – 4                                          |
| Basófilos                                       | 0          | %           | 0 – 1                                          |
| Monocitos                                       | 4          | %           | 4 – 8                                          |
| Linfocitos                                      | 31         | %           | 25 – 45                                        |
| <b>Fórmula Leucocitaria Total y Diferencial</b> |            |             |                                                |
| <b>BIOQUÍMICA/HEMATOLOGIA</b>                   |            |             |                                                |
| Grupo Sanguineo                                 | O          |             |                                                |
| Factor                                          | POSITIVO   |             |                                                |

  
 .....  
**Juan Manuel Chávez Gonzales**  
 Médico Patólogo  
 CMP: 21067 RNE: 11679

## INFORME DE EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO

|                                                |                                                      |                          |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>PACIENTE:</b> URIBE FERNANDEZ MARCO ANTONIO | <b>EDAD:</b> 35 años                                 | <b>FECHA:</b> 07-04-2025 |
| <b>INDICACIÓN:</b>                             | <b>EMPRESA:</b> OPERADORES LOGISTICOS ACUARIO S.A.C. |                          |

| Bioquímica             |            |          |                                      |
|------------------------|------------|----------|--------------------------------------|
| ANALISIS               | RESULTADOS | UNIDADES | RANGOS DE REFERENCIA                 |
| <b>PERFIL LIPIDICO</b> |            |          |                                      |
| Colesterol Total       | 168        | mg/dl    | < 200                                |
| Trigliceridos          | 92         | mg/dl    | 30 – 150                             |
| HDL Colesterol         | 43         | mg/dl    | Hombres: 35 – 65<br>Mujeres: 35 – 75 |
| LDL Colesterol         | 104        | mg/dl    | 50 – 190                             |
| VLDL Colesterol        | 18.4       | mg/dl    | 10 – 34                              |
| Riesgo Coronario 1     | 3.2        |          | HASTA 5.2                            |
| Riesgo Coronario 2     | 1.4        |          | HASTA 3.2                            |

## INFORME DE EXAMENES AUXILIARES DE LABORATORIO

|                                                |                                                      |                          |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>PACIENTE:</b> URIBE FERNANDEZ MARCO ANTONIO | <b>EDAD:</b> 35 años                                 | <b>FECHA:</b> 07-04-2025 |
| <b>INDICACIÓN:</b>                             | <b>EMPRESA:</b> OPERADORES LOGISTICOS ACUARIO S.A.C. |                          |

| Toxicología             |            |          |                      |
|-------------------------|------------|----------|----------------------|
| ANALISIS                | RESULTADOS | UNIDADES | RANGOS DE REFERENCIA |
| Marihuana - Cualitativo | NEGATIVO   |          | NEGATIVO             |
| Cocaína - Cualitativo   | NEGATIVO   |          |                      |
| Anfetamina              | NEGATIVO   |          | NEGATIVO             |
| Benzodiazepina          | NEGATIVO   |          | NEGATIVO             |
| Metanfetamina           | NEGATIVO   |          | NEGATIVO             |



Juan Manuel Chávez Gonzales  
Médico Patólogo  
CMP: 21067 · RNE: 11679

| HISTORIA OCUPACIONAL |               |                                      |                               |                   |           |                   |                                                                     |                                               |                            |
|----------------------|---------------|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------|-----------|-------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRES  |               |                                      | URIBE FERNANDEZ MARCO ANTONIO |                   | DNI       | 45702892          | FECHA                                                               | HC N°                                         | 45702892                   |
| FECHA INICIO         | FECHA TERMINO | EMPRESA                              | ALTITUD GEOGRAFICA            | ACTIVIDAD / RUBRO | ÁREA      | PUESTO DE TRABAJO | <div> <div>TIEMPO DE LABOR</div> <div>SUBSUELO SUPERF.</div> </div> | EXPOSICIÓN                                    | EPP                        |
| Ene / 2025           | Mar / 2025    | OPERADORES LOGISTICOS ACUARIO S.A.C. | Hasta 2500 msnm               | OPERATIVA         | OPERATIVA | OPERATIVA         | 2 MESES                                                             | Polvo; Posturas; Ruido; Alta "T"; Ergonomicos | botas, lentes, casco, ropa |
|                      |               |                                      |                               |                   |           |                   |                                                                     |                                               |                            |
|                      |               |                                      |                               |                   |           |                   |                                                                     |                                               |                            |
|                      |               |                                      |                               |                   |           |                   |                                                                     |                                               |                            |
|                      |               |                                      |                               |                   |           |                   |                                                                     |                                               |                            |
|                      |               |                                      |                               |                   |           |                   |                                                                     |                                               |                            |
|                      |               |                                      |                               |                   |           |                   |                                                                     |                                               |                            |

| RIESGOS                                                                                                                                                       | EPP: EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. RUIDO<br>2. POLVO<br>3. QUIMICOS<br>4. GASES<br>5. BIOLOGICOS<br>6. ERGONOMICOS<br>7. ALTURA<br>8. ELECTRICO<br>9. VIBRACION<br>10. RADIACION<br>11. OTROS | 1. TAPONES<br>2. OREJERTAS<br>3. CASCOS<br>4. LENTES<br>5. CHALECO<br>6. RESPIRADOR<br>7. GUANTES<br>8. MANDIL<br>9. BOTAS<br>10. ZAPATOS PUNTA ACERO<br>11. ARNES DE SEGURIDAD<br>12. ZAPATOS DIALECTRICOS<br>13. CARETAS<br>14. CINTURON DE SEGURIDAD<br>15. OVEROL REFLECTIVO<br>16. MASCARILLA<br>17. AUNIFORME<br>18. GORRO<br>19. OTROS |



Dr. Renzo Flores  
"Salud Ocupacional"

FIRMA DEL MEDICO EVALUADOR