

 GOLD FIELDS	CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL (Para el trabajador)		U.E.A CAROLINA I CERRO CORONA	
			Código: SSYMA-P04.04-F09	
			Versión 01	
			Fecha de apob: 14/05/2013	
Llenado de este segmento: Por la Clínica autorizada.				
TIPO DE EXAMEN:	Preocupacional: X	 MedSalud sac Servicios de Evaluación Médico Ocupacional		
	Periódico:			
	Retiro:			
CERTIFICA que el Sr.(a):				
Apellidos y Nombres		MONGE JURADO RAUL ANTONY		
Documento de Identidad: 19817977		Edad: 60 AÑOS	Género:	M
Puesto al que postula (solo preocupacional):		GERENTE COMERCIAL		
Ocupación actual o última ocupación:				
HISTORTIA CLINICA: 19817977		SEDE GOLD FIELDS (Cerro Corona) GOLD FIELDS LA CIMA S.A. - GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES S.A.C.		
Conclusiones				
CIE-10 E65 H52.7 H90.3 K00.0 E78.1	Diagnóstico SOBREPESO (IMC: 26.28) AMETROPIA CORREGIDA BILATERAL. HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL MODERADA BILATERAL / INT.KLOCKHOFF: OTRAS ALTERACIONES NO DEBIDAS AL RUIDO. ANODONCIA DE LAS PIEZAS 18-27-28-37-38-47-48 HIPERTRIGLICERIDEMIA	Recomendaciones INCREMENTAR ACTIVIDAD FÍSICA SE RECOMIENDA USAR CORRECTORES OCULARES (LENTES) DE FORMA PERMANENTE. CONTROL OFTALMOLOGICO ANUAL. LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS INTENSOS. CONTROL ODONTOLÓGICO CADA 06 MESES DIETA HIPOCALORICA		
 Edwin Martinez Gallardo MEDICINA OCUPACIONAL Y DEL MEDIO AMBIENTE CMP 37977 RNE 35954				
Llenado de este segmento : Solo por el Médico Ocupacional				
Apto (Para el puesto en el trabajo o postula)				
Apto con Restricción (Para el puesto en el que trabaja o postula)				X
No Apto				
RECOMENDACIONES DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO		Otras Recomendaciones		
1) 2) 3) 4)		1) 2) 3) 4)		
VIGENCIA DE APTITUD LABORAL: (En caso de tener una observación de carácter obligatorio, no se le podrá dar la aptitud por un año hasta levantar dicha observación).				
Restricciones 1) Se recomienda uso de lentes correctores 2) 3) 4)				
Fecha: 21-11-2024				

 GOLD FIELDS	CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL (Para la Empresa)		U.E.A CAROLINA I CERRO CORONA	
			Código: SSYMA-P04.04-F09	
			Versión 01	
			Fecha de apob: 14/05/2013	
Llenado de este segmento: Por la Clínica autorizada.				
TIPO DE EXAMEN:	Preocupacional: X	 MedSalud sac Servicios de Evaluación Médico Ocupacional		
	Periódico:			
	Retiro:			
CERTIFICA que el Sr.(a):				
Apellidos y Nombres		MONGE JURADO RAUL ANTONY		
Documento de Identidad: 19817977		Edad: 60 AÑOS	Género:	M
Puesto al que postula (solo preocupacional):		GERENTE COMERCIAL		
Ocupación actual o última ocupación:				
HISTORTIA CLINICA: 19817977		SEDE GOLD FIELDS (Cerro Corona) GOLD FIELDS LA CIMA S.A. - GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES S.A.C.		
Conclusiones				
CIE-10 E65	Diagnóstico SOBREPESO (IMC: 26.28)	CIE-10 E65	Recomendaciones INCREMENTAR ACTIVIDAD FÍSICA SE RECOMIENDA USAR CORRECTORES OCULARES (LENTES) DE FORMA PERMANENTE. CONTROL OFTALMOLOGICO ANUAL.	
H52.7	AMETROPIA CORREGIDA BILATERAL.	H52.7	LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS INTENSOS.	
H90.3	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL MODERADA BILATERAL / INT.KLOCKHOFF: OTRAS ALTERACIONES NO DEBIDAS AL RUIDO.	H90.3	CONTROL ODONTOLÓGICO CADA 06 MESES	
K00.0	ANODONCIA DE LAS PIEZAS 18-27-28-37-38-47-48	K00.0	DIETA HIPOCALORICA	
E78.1	HIPERTRIGLICERIDEMIA	E78.1		
 Edwin Martínez Gallardo MEDICINA OCUPACIONAL Y DEL MEDIO AMBIENTE CMP 37977 RNE 35954				
Llenado de este segmento : Solo por el Médico Ocupacional				
Apto (Para el puesto en el trabajo o postula)				
Apto con Restricción (Para el puesto en el que trabaja o postula)				X
No Apto				
RECOMENDACIONES DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO		Otras Recomendaciones		
1) 2) 3) 4)		1) 2) 3) 4)		
VIGENCIA DE APTITUD LABORAL: (En caso de tener una observación de carácter obligatorio, no se le podrá dar la aptitud por un año hasta levantar dicha observación).				
Restricciones				
1) 2) 3) 4)				
Fecha: 21-11-2024				

INFORME DE RESULTADOS MEDICOS

APELLIDOS Y NOMBRES :MONGE JURADO RAUL ANTONY
SEDE :CERRO CORONA
PUESTO :GERENTE COMERCIAL
FECHA DE EXAMEN :21-11-2024

ANTROPOMETRÍA: PESO: 88 Kg TALLA: 183 cm IMC: 26.28

FUNCIONES VITALES: PRESIÓN ARTERIAL 110 / 70 mm Hg

PRUEBAS DE LABORATORIO	NORMAL	ANORMAL
HEMOGLOBINA:	16.2	
GRUPO Y FACTOR:	A POSITIVO	
EXAMEN DE ORINA:	X	
SEROLOGIA (RPR):	X	
GLUCOSA	97	
COLESTEROL	196	
TRIGLICERIDOS		200
PRUEBAS MEDICAS		
MEDICINA	X	
EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA		X
ELECTROCARDIOGRAMA:	X	
OFTALMOLOGÍA:		X
ESPIROMETRÍA:	X	
AUDIOMETRÍA:		X
RADIOGRAFÍA DE TORAX:	X	
EVALUACION PSICOLÓGICA:	APTO	

CONCLUSIONES / OBSERVACIONES:

1. SOBREPESO (IMC: 26.28)
2. AMETROPIA CORREGIDA BILATERAL.
3. HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL MODERADA BILATERAL / INT.KLOCKHOFF: OTRAS ALTERACIONES NO DEBIDAS AL RUIDO.
4. ANODONCIA DE LAS PIEZAS 18-27-28-37-38-47-48
5. HIPERTRIGLICERIDEMIA

RECOMENDACIONES:

1. INCREMENTAR ACTIVIDAD FÍSICA
2. SE RECOMIENDA USAR CORRECTORES OCULARES (LENTES) DE FORMA PERMANENTE. CONTROL OFTALMOLOGICO ANUAL.
3. LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS INTENSOS.
4. CONTROL ODONTOLÓGICO CADA 06 MESES
5. DIETA HIPOCALORICA

FECHA: 21-11-2024



José M. Medina Valencia
Medicina Ocupacional CMP N° 27280
Certificación CAOH:475737/OIT:21951-78

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

ANEXO Nº 16
FICHA MÉDICA OCUPACIONAL

UEA: GOLD FIELDS LA CIMA S.A.				EXAMEN MÉDICO PRE-OCUPACIONAL ☒ ANUAL ☐ RETIRO ☐ REUBICACIÓN ☐ N° de Ficha 19817977			
Empresa: GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES S.A.C.							
Apellidos y Nombres: MONGE JURADO RAUL ANTONY							

FECHA DEL EXAMEN 21/11/2024		MINERALES EXPLOTADOS O PROCESADOS																			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: LIMA 04-11-1964		DOMICILIO HABITUAL: San Borja / Lima		<table style="width:100%;"> <tr> <td>SUPERFICIE ☒</td> <td colspan="2">ALTURA DE LABOR</td> </tr> <tr> <td>CONCENTRADORA ☐</td> <td>Debajo 2500 m ☐</td> <td>3501 a 4000 m ☐</td> </tr> <tr> <td>SUBSUELO ☐</td> <td>2501 a 3000 m ☐</td> <td>4001 a 4500 m ☒</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3001 a 3500 ☐</td> <td>más de 4501 m ☐</td> </tr> </table>		SUPERFICIE ☒	ALTURA DE LABOR		CONCENTRADORA ☐	Debajo 2500 m ☐	3501 a 4000 m ☐	SUBSUELO ☐	2501 a 3000 m ☐	4001 a 4500 m ☒		3001 a 3500 ☐	más de 4501 m ☐				
SUPERFICIE ☒	ALTURA DE LABOR																				
CONCENTRADORA ☐	Debajo 2500 m ☐	3501 a 4000 m ☐																			
SUBSUELO ☐	2501 a 3000 m ☐	4001 a 4500 m ☒																			
	3001 a 3500 ☐	más de 4501 m ☐																			
EDAD: 60 AÑOS	SEXO: M ☒ F ☐	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 19817977 TELÉFONO 989270105	<table style="width:100%;"> <tr> <td colspan="2">ESTADO CIVIL:</td> <td colspan="2">GRADO DE INSTRUCCIÓN:</td> </tr> <tr> <td>Soltero ☐</td> <td>Casado ☒</td> <td>Analfabeto ☐</td> <td>Sec completa ☐</td> </tr> <tr> <td>Conviviente ☐</td> <td>Viudo ☐</td> <td>Prim completa ☐</td> <td>Sec incompleta ☐</td> </tr> <tr> <td>Divorciado ☐</td> <td></td> <td>Prim incompleta ☐</td> <td>Universitario ☒</td> </tr> </table>			ESTADO CIVIL:		GRADO DE INSTRUCCIÓN:		Soltero ☐	Casado ☒	Analfabeto ☐	Sec completa ☐	Conviviente ☐	Viudo ☐	Prim completa ☐	Sec incompleta ☐	Divorciado ☐		Prim incompleta ☐	Universitario ☒
ESTADO CIVIL:		GRADO DE INSTRUCCIÓN:																			
Soltero ☐	Casado ☒	Analfabeto ☐	Sec completa ☐																		
Conviviente ☐	Viudo ☐	Prim completa ☐	Sec incompleta ☐																		
Divorciado ☐		Prim incompleta ☐	Universitario ☒																		

Ruido ☐	Cancérgenos ☐	Temperaturas ☐	Cargas ☐	Describir según corresponda:	
Polvo ☐	Mutagenicos ☐	Biológicos ☐	Mov. Repet. ☐	Puesto al que postula <u>GERENTE COMERCIAL</u>	
Vib segmentaria ☐	Solventes ☐	Posturas ☒	PVD ☒	Puesto actual	Tiempo
Vib total ☐	Metales pesados ☐	Turnos ☐	Otros ☐	Reubicación	SI ☐ NO ☒

ANTECEDENTES OCUPACIONALES (Ver ficha complementaria Historia Ocupacional - Pág 3)

ANTECEDENTES PERSONALES (Enfermedades y accidentes en el trabajo y fuera del mismo)

NINGUNO

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

1980 - CLINICA INTERNACIONAL LIMA - APENDICECTOMIA
 2024 - CLINICA INTERNACIONAL LIMA - TENDORRAFIA DERECHA - - -

ANTECEDENTES FAMILIARES		INMUNIZACIONES		NÚMERO DE HIJOS	
NIEGA		ANTICOVID-19: 5DOSIS		VIVOS	MUERTOS
				1	-

HÁBITOS	Tabaco	Alcohol	Drogas	TALLA:	PESO:	Funciones Respiratorias Abs %	TEMPERATURA
	Nada ☒	☒	☒			FVC : 85	36.0 °C
	Poco ☐	☐	☐	183 cm	88 kg	FEV1 : 88	
	Habitual ☐	☐	☐	IMC		FEV1/FVC : 103	
Excesivo ☐	☐	☐	26.28 Kg/.m2		FEF 25-75% : 96 Sin alteracion	Cintura :90	
					Conclusión : funcional	Cadera :102	
						ICC :0.88	

CABEZA: Normal

CUELLO: Normal

BOCA, AMIGDALAS, FARINGE, LARINGE
Normal

NARIZ: Normal

Piezas en mal estado: 0
Piezas que faltan: 7

PIEL Y FANERAS: NORMAL TIBIA, HIDRATADA, ELASTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS; NO LESIONES.CICATRIZ OPERATORIA EN ABDOMEN Y EN TOBILLO DERECHO.

ANAMNESIS: NO REFIERE MOLESTIAS

OJOS	OD	OI	O.D	O.I.	ENFERMEDADES OCULARES: Ninguno REFLEJOS PUPILARES: OJO DERECHO :CIRLA OJO IZQUIERDO :CIRLA VISION PROFUNDIDAD: NORMAL
VISIÓN DE CERCA	J-7	J-1	J-1	-	
VISIÓN DE LEJOS	20-40	20-70	20-20	20-20	
VISIÓN DE COLORES	Normal				

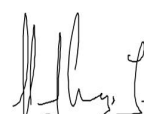
OIDOS Audición Derecha	Audición Izquierda																																																																
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Hz</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>6000</td><td>8000</td></tr> <tr><td>Aérea</td><td>5</td><td>5</td><td>25</td><td>35</td><td>45</td><td>50</td><td>60</td></tr> <tr><td>Ósea</td><td>0</td><td>0</td><td>20</td><td>25</td><td>40</td><td>45</td><td></td></tr> <tr><td>dB(A)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	Aérea	5	5	25	35	45	50	60	Ósea	0	0	20	25	40	45		dB(A)								<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Hz</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>6000</td><td>8000</td></tr> <tr><td>Aérea</td><td>5</td><td>10</td><td>25</td><td>40</td><td>50</td><td>50</td><td>70</td></tr> <tr><td>Ósea</td><td>0</td><td>5</td><td>15</td><td>30</td><td>40</td><td>45</td><td></td></tr> <tr><td>dB(A)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	Aérea	5	10	25	40	50	50	70	Ósea	0	5	15	30	40	45		dB(A)							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000																																																										
Aérea	5	5	25	35	45	50	60																																																										
Ósea	0	0	20	25	40	45																																																											
dB(A)																																																																	
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000																																																										
Aérea	5	10	25	40	50	50	70																																																										
Ósea	0	5	15	30	40	45																																																											
dB(A)																																																																	

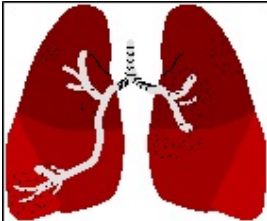
OTOSCOPIA

OD: CAE PERMEABLE

OI CAE PERMEABLE

F. Respiratoria	15 min	Presión arterial sistématica	
F. Cardíaca	67 min	Sistólica:	110 mmHG
Sat O2	97 %	Diastólica:	70 mmHG

Declaro que las respuestas son ciertas según mi leal saber y etender. En caso de ser requeridos, los resultados del examen médico pueden ser revelados, conforme al Artículo 25 de la ley General de Salud N°26842	 Firma del Trabajador o Postulante DNI:19817977	 Índice Derecho
---	---	---

CORAZON Ruidos cardiacos rítmicos, no se evidencian soplos.															
TORAX Y PULMONES Tórax simétrico, murmullo vesicular pasa en ACP, no se ausculta ruidos agregados.															
MIEMBROS SUPERIORES Sin alteración															
MIEMBROS INFERIORES Sin alteración															
REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS		CONSERVADOS ☒		ALTERADO ☐		MARCHA		NORMAL ☒ ANORMAL ☐							
COLUMNA VERTEBRAL Sin alteración															
ABDOMEN Abdomen blando depresible e indoloro, no se palpan masas, ruidos hidroaereos normales.					TACTO RECTAL No se hizo ☒ Normal ☐					Anormal ☐ Describir enObservac. ☐					
ANILLOS INGUINALES Anillos inguinales internos y externos normales, sin presencia de hernias.					HERNIAS Ausentes			VÁRICES Ausentes							
ÓRGANOS GENITALES Sin alteración.					GANGLIOS Conservados										
LENGUAJE, ATENCIÓN, MEMORIA, ORIENTACIÓN, INTELIGENCIA, AFECTIVIDAD:CONSERVADO															
 Nº Rx: 76096 Fecha: 21/11/2024 Calidad: Aceptable Símbolos:		Vértices: Normal													
		Campos pulmonares: Normal													
		Hilios: Normal													
		Senos: Normal													
		Mediastinos: Normal													
Conclusion Radiográfica: NORMAL		Silueta cardiovascular: Normal													
0/0		1/0		1/1, 1/2		2/1, 2/2, 2/3		3/2, 3/3, 3/+		A, B, C		St		REACCIONES SEROLÓGICAS A LUES Negativo ☒ Positivo ☐ OTROS EXÁMENES: BK en esputo: No se observan B.A.A.R Glucosa: 97 mg/dL Colesterol: 196 mg/dL Trigliceridos: 200 mg/dL HDL: 44 mg/dL LDL: 112 mg/dL Dosaje de Cocaína: NEGATIVO Dosaje de Marihuana: NEGATIVO	
CERO		1/0		UNO		DOS		TRES		CUATRO					
Sin neumooniosis 		Imagen Radiográfica de Exposición a Polvo		Con NEUMOCOONIOSIS ☐											
GRUPO SANGUÍNEO O ☐ A ☒ B ☐ AB ☐ Rh(+) ☒ Rh(-) ☐					HEMOGLOBINA / HEMATOCRITO 16.2 gr/dl. / 49 gr. %										
ORINA: NORMAL ☒ ANORMAL ☐															
CONCLUSION ELECTROCARDIOGRAMA: Normal ☒ Anormal ☐															
Apto para Trabajar SI ☐ NO ☐				Nombres y Apellidos del Médico - Colegiatura Nº  José M. Medina Valencia Medicina Ocupacional CMP Nº 27280 Certificación CAO:475737/OIT:21951-78 Medina Valencia Jose 27280											
DIAGNOSTICO				CIE10		RESTICCIONES Y RECOMENDACIONES									
1) SOBREPESO (IMC: 26.28)				E65		INCREMENTAR ACTIVIDAD FÍSICA									
2) AMETROPIA CORREGIDA BILATERAL.				H52.7		SE RECOMIENDA USAR CORRECTORES OCULARES (LENTES) DE FORMA PERMANENTE. CONTROL OFTALMOLOGICO ANUAL.									
3) HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL MODERADA BILATERAL / INT.KLOCKHOFF: OTRAS ALTERACIONES NO DEBIDAS AL RUIDO.				H90.3		LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS INTENSOS.									
4) ANODONCIA DE LAS PIEZAS 18-27-28-37-38-47-48				K00.0		CONTROL ODONTOLÓGICO CADA 06 MESES									
5) HIPERTRIGLICERIDEMIA				E78.1		DIETA HIPOCALORICA									
Declaro que las respuestas son ciertas según mi leal saber y etender. En caso de ser requeridos, los resultados del examen médico pueden ser revelados, conforme al Artículo 25 de la ley General de Salud N°26842				 Firma del Trabajador o Postulante DNI:19817977				 Índice Derecho							

HISTORIA OCUPACIONAL

Apellidos y Nombres: MONJE JURADO RAUL ANTONY

Nº de historia: 19817977

Fecha Nacimiento: 04-11-1964

Sexo: MASCULINO

Lugar de Nacimiento: LIMA

Lug. de Proc: LIMA

Ocupación														
GERENTE COMERCIAL														
F. Inicio	F. Fin	Empresa	Altitud Geográfica	Actividad	Area de Trabajo	Ocupación	Exposición a Ruido	Nivel del Ruido	Fuente de Ruido	Subsuelo	Tiempo de Trabajo Superficie	Peligros / Agentes	Uso EPP	Tipo de EPP
Ene / 1990	Dic / 1993	SOCIEDAD DE BENEFICIENCIA	3501 a 4000 msnm	ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS CON BIENES PROPIOS O ARRENDADOS	LOGISTICA	JEFE DE AREA					3 AÑOS y 11 MESES	Polvo; Posturas; Mov. Repetitivos; Disergonómicos; Otros: PVD	NO	NINGUNO
Ene / 1994	Dic / 1998	INGENIERIA MEDIOAMBIENTAL Y SANITARIA S.A.C	Hasta 2500 msnm	ELIMINACION DE DESPERDICIOS	OPERACIONES	JEFE DE OPERACIONES	PERMANENTE	Medio	MAQUINARIAS		4 AÑOS y 11 MESES	Polvo; Posturas; Ruido; Mov. Repetitivos; Disergonómicos; Otros: PVD	SI	botas, lentes, ropa, casco, guantes, tapones auditivos, orejeras
Ene / 1999	Nov / 2024	GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES SAC	3501 a 4000 msnm	ACTIVIDADES DE DESCONTAMINACIÓN Y OTROS SERVICIOS DE GESTION DE DESECHOS	MEDIO AMBIENTE	GERENTE COMERCIAL	PERMANENTE	Medio	MAQUINARIAS		25 AÑOS y 10 MESES	Polvo; Posturas; Ruido; Mov. Repetitivos; Disergonómicos; Otros: PVD	SI	guantes, tapones auditivos, casco, ropa, botas, lentes

Jose Medina Valencia

Nombre del Médico Evaluador

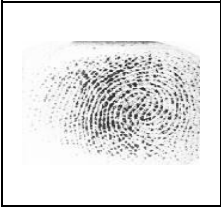


Jose M. Medina Valencia

Medicina Ocupacional CMP N° 27280

Certificación CAO:475737/OT:21951-78

Firma y Sello



Indice Derecho

Firma del Paciente

2024	11	21
Año	Mes	Día

DNI: 19817977

Huella digital

ANEXO 16A (DS. 023-2017 E.M)
EVALUACIÓN MÉDICA PARA ASCENSO A GRANDES ALTITUDES
(> a 2,500 m.s.n.m)

DATOS PERSONALES		
Apellidos: MONGE JURADO		Nombres: RAUL ANTONY
Documento de Identidad: 19817977	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa): 04-11-1964 Edad 60 años	Sexo: Masculino ☒ Femenino ☐
Dirección:		
Empleador: GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES S.A.C.		
Actividad a realizar : GERENTE COMERCIAL		

FUNCIONES VITALES

FC 67 x min **P.A** 110 / 70 mmHg **F.R** 15 x min **IMC** 26.28 kg/m2 **Sat O2** 97 %

El/la paciente presenta o ha presentado en los últimos 6 meses:	SI	NO
• Anemia		X
• Cirugía mayor reciente		X
• Desórdenes de la coagulación, trombosis, etc.		X
• Diabetes Mellitus		X
• Hipertensión Arterial		X
• Problemas neurológicos: epilepsia , vértigo, etc.		X
• Infecciones recientes (especialmente oídos, nariz , garganta)		X
• Obesidad Mórbida (IMC mayor de 35 kg/m2)		X
• Problemas Cardíacos: Marcapasos, coronariopatía, etc.		X
• Problemas Respiratorios: asma, EPOC, etc.		X
• Problemas Oftalmológicos: retinopatía, glaucoma, etc.		X
• Problemas Digestivos: úlcera péptica, hepatitis, etc.		X
• Apnea del Sueño		X
• Otra condición médica importante: NO		X
• Alergias: NIEGA		X

Uso de medicación actual: _____ **NO**

EXAMEN FÍSICO DEL APARATO CARDIOVASCULAR Y LOS PULMONES:

EXAMENES AUXILIARES HEMATOCRITO...49% HEMOGLOBINA...16.2g/dL
ELECTROCARDIOGRAMA: NORMAL

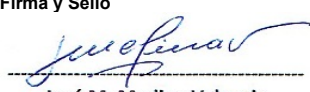
Declaro que las respuestas dadas en el presente documento son verdaderas y estoy consciente que el ocultar o falsear la información me puede causar daño por lo que asumo total responsabilidad de ello




Firma del paciente Huella dactilar

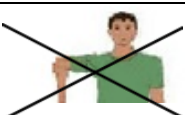
Conforme a la declaracion del / de la paciente certifico que se encuentra APTO para ascender a grandes altitudes (mayor a 2,500 m.s.n.m) sin embargo, no aseguro el desempeño durante el ascenso ni durante su permanencia.

Observaciones:

DATOS DEL MÉDICO		
Apellidos: Medina Valencia		Nombres: Jose
Dirección Av. Via de Evitamiento Norte N°452 - Cajamarca		
CMP: 27280	Fecha (dd/mm/aa) 21-11-2024	Firma y Sello  José M. Medina Valencia Medicina Ocupacional CMP N° 27280 Certificación CAOH:475737/OIT:21951-78

	FICHA MÚSCULO ESQUELÉTICA	Acreditado por:  
Apellidos y Nombres: MONGE JURADO RAUL ANTONY		
Empresa: GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES S.A.C.		Fecha: 21 / 11 / 2024
Puesto de trabajo: GERENTE COMERCIAL		Tiempo en el trabajo:
Aptitud De Espalda:		

	Excelente: 1	Promedio: 2	Regular: 3	Pobre: 4	Ptos. *	Observaciones
Flexibilidad / Fuerza ABDOMEN					2	NO
CADERA					1	NO
MUSLO					1	NO
ABDOMEN LATERAL					2	NO
TOTAL					6	

RANGOS ARTICULARES	Óptimo: 1	Limitado: 2	Muy Limitado: 3	Ptos.	Dolor contra resistencia Si / No
Abducción de hombro (Normal 0° - 180°)				1	NO
Aducción de hombro (Normal 0° - 80°)				1	NO
Rotación externa (Normal 0°- 90°)				1	NO
Rotación externa de hombro interna				1	NO
OBSERVACIONES				TOTAL	4
SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR					

*En Ptos. colocar el grado que corresponde a la capacidad del paciente.

** Repetir cada movimiento contra resistencia leve a moderada y evaluar fortaleza y presencia de dolor.

		FICHA MÚSCULO ESQUELÉTICA		Acreditado por:  				
Descripción de las tareas (actividades relacionadas al puesto)								
Actividades que realiza:								
Tiempo de tarea		Tipo de tarea						
N° de horas/día en el trabajo	11	Movimiento de hombro y cintura escapular		X				
Esporádico		Movimiento de pronosupinación en codo y/o muñeca						
Continuo: > 2h y < 4h		Repetidas extensiones y flexiones de muñeca						
Continuo: > 4h		Trabajo contra resistencia						
N° de horas/semanas en el trabajo	66	Otros (especificar):						
Ciclo de trabajo		Manipulación manual de cargas						
Largo: > 2 minutos		< de 1 kg.						
Moderado: 30 segundos - 1 a 2 minutos		Entre 1 kg. y 3kg.						
Corto: Hasta 30 segundos		> de 3 kg.						
COLUMNA VERTEBRAL								
EVALUCIÓN 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
EVALUCIÓN 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
EVALUACION. 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.			NINGUNA				
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							
DIAGNÓSTICO								
EXAMEN OSTEOMUSCULAR: CLINICAMENTE SANO								
VALORACIÓN		APTO	X	NO APTO	EN OBSERVACION			
RECOMENDACIONES								


José M. Medina Valencia
Medicina Ocupacional CMP N° 27280
Certificación CAOH:475737/OIT:21951-78

Firma y sello del médico C.M.P.

	CUESTIONARIO NÓRDICO (EVALUACIÓN DE SINTOMAS MUSCULO TENDINOSOS)	U.E.A. CAROLINA I
		Código: SSYMA-D03.27-F01
		Versión: 01
		Fecha de aprob.: 06/03/2022

1. DATOS DE INFORMACION									
Nombre del trabajador: MONGE JURADO RAUL ANTONY						GENERO M (X) F ()			
Peso: 88Kg		Talla 1.83m		Lateralidad D (X) I ()		Edad		60 años	
Empresa / Área : GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES S.A.C.									
Puesto de trabajo: GERENTE COMERCIAL									
Cuanto tiempo realiza el mismo tipo de trabajo? años meses									
N° de horas de trabajo diaria		11 horas		Días de trabajo x Días de descanso:				6X1 días	
Persona que hizo la evaluación: DR. MEDINA VALENCIA JOSE				Fecha de la evaluación: 21-11-2024					

REALIZA TAREAS RELACIONADAS A:

	Aplica en su trabajo		Ha tenido alguna molestia al realizar algunas de estas acciones		Indique en que tarea lo aplica
Manipulación manual de cargas :	Sí ☐	No ☒	Sí ☐	No ☒	
Posturas forzadas (prolongadas) :	Sí ☐	No ☒	Sí ☐	No ☒	
Empuje o tracción de cargas :	Sí ☐	No ☒	Sí ☐	No ☒	
Sube o baja (escaleras, talud, otros), continuamente:	Sí ☐	No ☒	Sí ☐	No ☒	
Permanece de pie por tiempo prolongado:	Sí ☐	No ☒	Sí ☐	No ☒	
Permanece sentado por tiempo prolongado:	Sí ☐	No ☒	Sí ☐	No ☒	
Especifique:					

¿En algún momento durante los últimos 12 meses, ha tenido: molestias, dolor, disconfort en:												¿En algún momento durante los últimos 07 días, ha tenido molestias, dolor, disconfort en:											
Le impide hacer su trabajo normal												Le impide hacer su trabajo normal											
	NO	SI	IZQ	DER	NO	SI	NO	SI	IZQ	DER	NO	SI											
Una o ambas caderas / piernas	X				X		X				X												
Una o ambas rodillas	X				X		X				X												
Uno o ambos tobillos / pies	X				X		X				X												

	CUELLO	HOMBRO	DORSAL O LUMBAR	CODO O ANTEBRAZO	MUÑECA O MANO
1. ¿Ha tenido molestias en?	Sí ☐ NO ☒	Sí ☐ I ☐ NO ☒ D ☐ AMBOS ☐	Sí ☐ I ☐ NO ☒ D ☐ AMBOS ☐	Sí ☐ I ☐ NO ☒ D ☐ AMBOS ☐	Sí ☐ I ☐ NO ☒ D ☐ AMBOS ☐
2. ¿Desde hace cuánto tiempo?	< a 1 año ☐ 1 - 5 años ☐ 6 - 10 años ☐ > a 11 años ☐	< a 1 año ☐ 1 - 5 años ☐ 6 - 10 años ☐ > a 11 años ☐	< a 1 año ☐ 1 - 5 años ☐ 6 - 10 años ☐ > a 11 años ☐	< a 1 año ☐ 1 - 5 años ☐ 6 - 10 años ☐ > a 11 años ☐	< a 1 año ☐ 1 - 5 años ☐ 6 - 10 años ☐ > a 11 años ☐
3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒
4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒
Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta					
5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1 - 7 días ☐ 8 - 30 días ☐ >30 días no seguidos ☐ Siempre ☐	1 - 7 días ☐ 8 - 30 días ☐ >30 días no seguidos ☐ Siempre ☐	1 - 7 días ☐ 8 - 30 días ☐ >30 días no seguidos ☐ Siempre ☐	1 - 7 días ☐ 8 - 30 días ☐ >30 días no seguidos ☐ Siempre ☐	1 - 7 días ☐ 8 - 30 días ☐ >30 días no seguidos ☐ Siempre ☐
6. ¿Cuánto dura cada episodio?	< 1 hora ☐ 1 - 24 horas ☐ 1 - 7 días ☐ 1 - 4 semanas ☐ > 1 mes ☐	< 1 hora ☐ 1 - 24 horas ☐ 1 - 7 días ☐ 1 - 4 semanas ☐ > 1 mes ☐	< 1 hora ☐ 1 - 24 horas ☐ 1 - 7 días ☐ 1 - 4 semanas ☐ > 1 mes ☐	< 1 hora ☐ 1 - 24 horas ☐ 1 - 7 días ☐ 1 - 4 semanas ☐ > 1 mes ☐	< 1 hora ☐ 1 - 24 horas ☐ 1 - 7 días ☐ 1 - 4 semanas ☐ > 1 mes ☐
7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días ☐ 1 - 7 días ☐ 1 - 4 semanas ☐ > 1 mes ☐	0 días ☐ 1 - 7 días ☐ 1 - 4 semanas ☐ > 1 mes ☐	0 días ☐ 1 - 7 días ☐ 1 - 4 semanas ☐ > 1 mes ☐	0 días ☐ 1 - 7 días ☐ 1 - 4 semanas ☐ > 1 mes ☐	0 días ☐ 1 - 7 días ☐ 1 - 4 semanas ☐ > 1 mes ☐
8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒
9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒
10. Póngales nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

11. ¿A qué atribuye estas molestias?	Trabajo ☐	Trabajo ☐	Trabajo ☐	Trabajo ☐	Trabajo ☐
	Deportes ☐	Deportes ☐	Deportes ☐	Deportes ☐	Deportes ☐
	Otros ☐	Otros ☐	Otros ☐	Otros ☐	Otros ☐



Cuello

Hombro

Columna vertebral

Codo

Mano / Muñeca

Columna lumbar

Cadera / Pierna

Rodilla

Tobillo / Pie

COMENTARIOS

		FICHA DE EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA		Acreditado por:  	
APELLIDOS Y NOMBRES:		MONGE JURADO RAUL ANTONY			
EDAD:		60			
SEXO:		MASCULINO			
EMPRESA:		GOLD FIELDS LA CIMA S.A. - GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES S.A.C.			
PUESTO AL QUE POSTULA:		GERENTE COMERCIAL			
FECHA:		21-11-2024			

ANTECEDENTES							
Diabetes Mellitus	-	Hipertensión	-	Accidentes	-	Glaucoma	-
Cirugías oculares	-	Retinopatías	-	Estrabismo	-	Catarata	-
Otros	-						

OJO DERECHO		EXAMEN CLÍNICO EXTERNO		OJO IZQUIERDO	
	Normal	ANORMAL	ANORMAL		Normal
Parpado	-	 Mov. Ocular O.D.	 Mov. Ocular O.I.	Parpado	-
Conjuntiva	-			Conjuntiva	-
Córnea	-			Córnea	-
Iris	-			Iris	-
Mov. Ocular	-			Mov. Ocular	-

Uso de lentes: Fecha de última actualización:

	SIN CORRECTORES		CON CORRECTORES		VISIÓN BINOCULAR		AGUJERO ESTENOPEICO	
	OD	OI	OD	OI	OD	OI	OD	OI
DE CERCA	J-7	J-1	J-1	-	-	-	-	-
DE LEJOS	20-40	20-70	20-20	20-20	-	-		

REFRACCIÓN	sph	cyl	A.V
O.D.	-	-	-
O.I.	-	-	-

	CAMPIMETRIA	MOV. OCULARES	TONOMETRIA
O.D.	-	-	-
O.I.	-	-	-

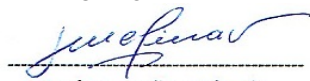
FONDO DE OJO
NO REALIZADO

TEST	DIAGNOSTICO
VISIÓN DE COLORES (TEST DE ISHIHARA)	NORMAL
VISIÓN DE PROFUNDIDAD	NORMAL

REFLEJOS PUPILARES:	Ojo Derecho	CIRLA
	Ojo izquierdo	CIRLA

CONCLUSIONES:
H52.7: AMETROPIA CORREGIDA BILATERAL.

RECOMENDACIONES:
Se recomienda usar correctores oculares (lentes) de forma permanente. Control oftalmológico anual.

NOMBRE DEL MÉDICO: Medina Valencia Jose	SELLO Y FIRMA:  José M. Medina Valencia Medicina Ocupacional CMP N° 27280 Certificación CAOH:475737/OIT:21951-78
---	--

APELLIDOS Y NOMBRES:	MONGE JURADO RAUL ANTONY		
EDAD: 60 años	SEXO: MASCULINO	FECHA: 21-11-2024	TIPO DE EXAMEN: PREOCUPACIONAL
EMPRESA:	GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES S.A.C.		TIEMPO TRABAJO:
OCCUPACIÓN ACTUAL:	GERENTE COMERCIAL		FICHA NRO: 19817977

Trabajos con exposición a ruido (Anteriores y/o actuales)	Tiempo	Exposición a ruido		Nivel de ruido			Tipo de EPP auditivo		
		Ocasional	Permanente	Alto	Medio	Bajo	Tapones	Orejeras	Ninguno
ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS CON BIENES PROPIOS O ARRENDADOS - SOCIEDAD DE BENEFICIENCIA	F.I: 1/1990 - F.F: 12/1993								
ELIMINACIÓN DE DESPERDICIOS - INGENIERIA MEDIOAMBIENTAL Y SANITARIA S.A.C	F.I: 1/1994 - F.F: 12/1998				X		X	X	
ACTIVIDADES DE DESCONTAMINACIÓN Y OTROS SERVICIOS DE GESTIÓN DE DESECHOS - GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES SAC	F.I: 1/1999 - F.F: 11/2024				X		X		

REQUISITOS PARA PASAR LA AUDIOMETRIA				SI	NO	ANTECEDENTES MÉDICOS DE IMPORTANCIA			
HIZO CAMBIOS DE ALTITUD MENORES A 3500 msnm					X				
¿ESTUVO EXPUESTO A RUIDO EN LAS 14 HORAS PREVIAS? (Música, Practica De Tiro, Etc.)					X				
PROCESO INFLAMATORIO O INFECCIOSO EN LAS VÍAS AÉREAS ACTUAL.					X				
¿DURMIÓ MAL LA NOCHE PREVIA?					X				
¿CONSUMIÓ ALCOHOL EL DÍA PREVIO?					X				
HOBBIES									
	SI	NO		SI	NO		SI	NO	
USO DE MP3		X	PRACTICA DE TIRO	X		OTROS		X	
OTOSCOPIA									
OD	CAE permeable, Membrana Timpánica indemne.								
OI	CAE permeable, Membrana Timpánica indemne.								

SÍNTOMAS ACTUALES			
	SI	NO	
RINITIS, SINUSITIS		X	USO MEDICAMENTOS
SARAMPIÓN		X	TEC
OTITIS 1/2 CRÓNICA		X	DIABETES MELLITUS
SORDERA		X	SORDERA FAMILIAR
MENINGITIS		X	DISLIPIDEMIA
ENF. TIROIDEA		X	SUST. QUÍMICAS
SERVICIO MILITAR		X	

SÍNTOMAS ACTUALES			
	SI	NO	
DISMI. AUDI. OI		X	OTALGIA
DISMI. AUDI. OD		X	SECRECIÓN ÓTICA
VÉRTIGOS		X	ACÚFENOS

INTERPRETACIÓN CLÍNICA

1. HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL MODERADA BILATERAL

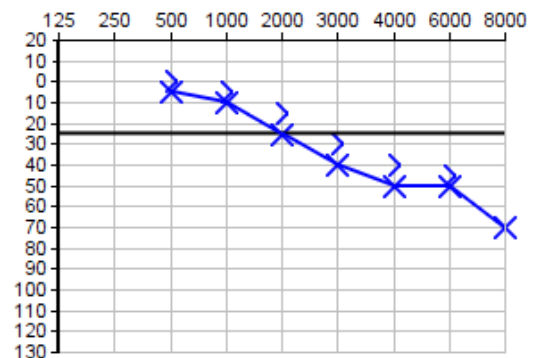
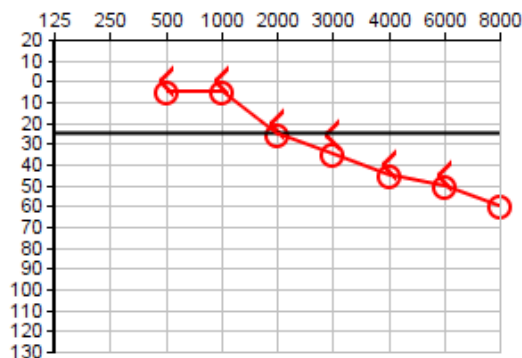
INTERPRETACION KLOCKHOFF

1. OTRAS ALTERACIONES NO DEBIDAS AL RUIDO.

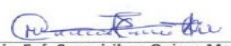
RECOMENDACIONES

1. LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS INTENSOS.

OÍDO DERECHO										OÍDO IZQUIERDO									
	125	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		125	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Aerea:			5	5	25	35	45	50	60	Aerea:			5	10	25	40	50	50	70
Osea:			0	0	20	25	40	45		Osea:			0	5	15	30	40	45	
E. Aérea										E. Aérea									
E. Osea										E. Osea									



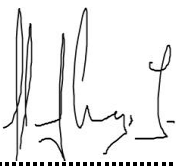
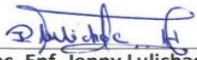
VA: O	VO: <	E: [	VA: X	VO: >	E:]
AUDIÓMETRO:	MARCA: INTERACUSTICS	MODELO: AD229b	CALIBRACIÓN: 13-03-2024		


Lic. Enf. Cusquisiban Quispe Marina
CEP: 109428
Certificación CAOHC
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

Personal que realiza la Audiometría


José M. Medina Valencia
Medicina Ocupacional CMP N° 27280
Certificación CAOHC: 475737/OIT: 21951-78

Profesional Evaluador

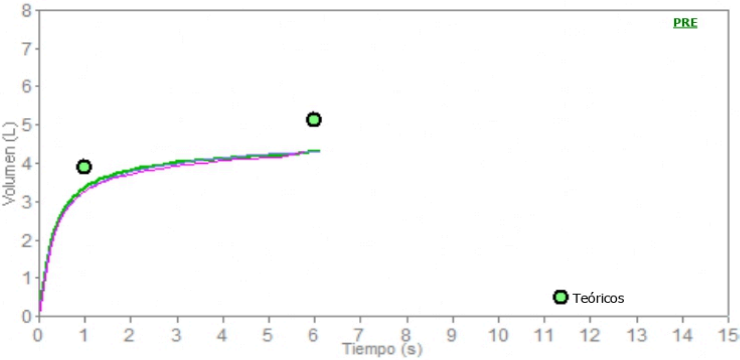
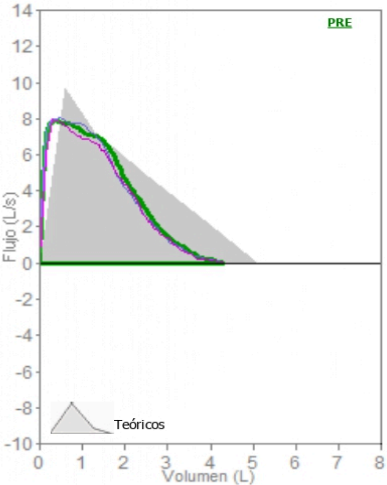
		CUESTIONARIO DE ESPIROMETRÍA GMO-006/Guía de la Evaluación Médico Ocupacional		Acreditado por:  	
REGISTRO Nro	19817977	FECHA	21-11-2024		
NOMBRE TRABAJADOR	MONGE JURADO RAUL ANTONY				
FECHA DE NACIMIENTO	04-11-1964	EDAD	60 años	SEXO	M
PREGUNTAS PARA TODOS LOS CANDIDATOS A ESPIRÓMETRIA (RELACIONADAS A CRITERIOS)					
CUESTIONARIO				SI	NO
1. ¿TUVO ALGÚN DESPRENDIMIENTO DE RETINA O UNA OPERACIÓN (CIRUGÍA) DE LOS OJOS, TÓRAX O ABDOMEN EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES?					X
2. ¿HA TENIDO ALGÚN ATAQUE AL CARDÍACO O INFARTO AL CORAZÓN EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES?					X
3. ¿HA ESTADO HOSPITALIZADO(A) POR CUALQUIER OTRO PROBLEMA DEL CORAZÓN EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES?					X
4. ¿ESTÁ USANDO MEDICAMENTOS PARA LA TUBERCULOSIS, EN ESTE MOMENTO?					X
5. ¿EN CASO DE SER MUJER ESTÁ UD. EMBARAZADA ACTUALMENTE?				-	-
ANTECEDENTES MÉDICOS DE IMPORTANCIA					
ANTECEDENTES	SI	NO	ANTECEDENTES	SI	NO
HEMOPTISIS		X	INFARTO RECIENTE		X
NEUMOTÓRAX		X	INESTABILIDAD CV		X
TRAQUEOSTOMÍA		X	FIEBRE, NAUSEA, VOMITO		X
SONDA PLEURAL		X	EMBARAZO AVANZADO	-	-
ANEURISMA CEREBRAL, ABDOMINAL O TÓRAX		X	EMBARAZO COMPLICADO	-	-
EMBOLIA PULMONAR		X			
PREGUNTAS PARA TODOS LOS ENTREVISTADOS QUE NO TIENEN LOS CRITERIOS DE EXCLUSIÓN Y QUE POR LO TANTO DEBEN HACER LA ESPIROMETRÍA					
CUESTIONARIO				SI	NO
1. ¿TUVO UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA (RESFRIADO) EN LAS ÚLTIMAS 3 SEMANAS?					X
2. ¿TUVO UNA INFECCIÓN EN EL OÍDO EN LAS ÚLTIMAS 3 SEMANAS?					X
3. ¿USO AEROSOL (SPRAYS INHALADOS) O NEBULIZACIONES CON BRONCODILADORES, EN LAS ÚLTIMAS 3 HORAS?					X
4. ¿HA USADO ALGÚN MEDICAMENTO BRONCODILADOR EN LAS ÚLTIMAS 8 HORAS?					X
5. ¿FUMÓ (CUALQUIER TIPO DE CIGARRO), EN LAS ÚLTIMAS DOS HORAS?					X
6. ¿REALIZÓ ALGÚN EJERCICIO FÍSICO FUERTE (COMO GIMNASIA, CAMINATA O TROTAR) EN LA ÚLTIMA HORA?					X
7. ¿COMIÓ EN LA ÚLTIMA HORA?					X
 Firma del Trabajador		 HUELLA DACTILAR		 Tec. Enf. Jenny Lulichac H. Certificación NIOSH ESPIROMETRIA OCUPACIONAL Profesional Evaluador	

Resultados de la prueba de Función Pulmonar



Fecha de visita 21/11/2024

Cód. paciente 19817977
Apellido MONGE JURADO
Nom. RAUL ANTONY
Fecha de nacimien 4/11/1964
Grupo étnico Otros
Fuma No fumador
Grupo pacientes
Edad 60
Género Masculino
Altura, cm 183
Peso, kg 88
BMI 26.28
Paquete-año



Grado de control de calidad: A Variabilidad: FEV1=0.08L (2.42%), FVC=0.02L (0.46)
3 Acceptable trials

Interpretación

Espirometría normal

Fecha prueba PRE 21/11/2024 09:02:08

Parámetros	Teór.	Best	%Teór.	PRE #1	PRE #2	PRE #3	POST	%Teór.	%Cam
FVC	L	5.12	4.33*	85	4.31	4.33	4.30	*	
FEV1	L	3.87	3.39*	88	3.31	3.39	3.28	*	
FEV1/FVC	%	75.7	78.3*	103	76.8	78.3	76.3	*	
ELA	años	60	73	122	76	73	76		
FEF2575	L/s	3.17	3.04	96	2.75	3.04	2.74		
FEV1/FVC	%	75.7							

*Mejores valores de todas las curvas - BTPS 1.092 25 °C (77 °F) - Teóricos NHANES III

Informe médico

FUNCION VENTILATORIA NORMAL

Firma

José M. Medina Valencia
Medicina Ocupacional CMP N° 27280

Instrumento usado
Spirobank II new S/N Y04578
Calibración 21/11/2024 07:05:55

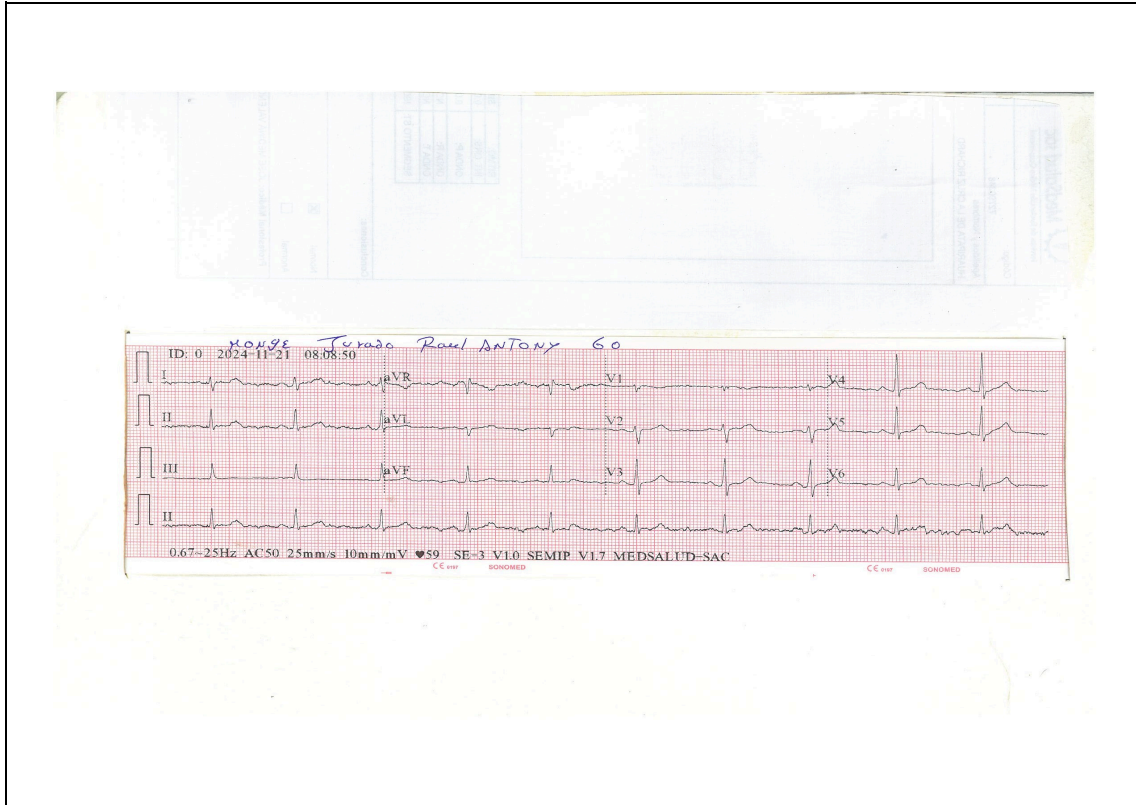
		INFORME RADIOGRÁFICO CON METODOLOGÍA OIT - 2000 GEMO 008 - MINSA				Acreditado por:  			
PLACA N° 76096		HCL 19817977		Lector: Dr. JOSE MANUEL MEDINA VALENCIA					
Nombre MONGE JURADO RAUL ANTONY				Edad 60 años					
Fecha de lectura		Fecha de radiografía							
21 11 2024 Día Mes Año		21 11 2024 Día Mes Año							
I. Calidad Radiográfica 1 Buena 2 Aceptable X 3 Baja Calidad 4 Inaceptable		Causas: 1 Sobreexposición 2 Subexposición 3 Posición centrado X 4 Inspiración Insuficiente		5 Escapulas 6 Artefacto 7 Otros					
Comentario sobre defectos Técnicos									
II. ANORMALIDADES PARENQUIMATOSAS (si NO hay anomalías pase a III A. Pleurales)				SI NO X					
2.1. Zonas Afectadas (marque TODAS las zonas afectadas)		2.2. Profusión (opacidad pequeñas) (escala de 12 puntos) (Consulte las radiografías estándar; marque la subcategoría)		2.3. Forma y Tamaño (Consulte las radiografías estándar; se requieren dos símbolos; marque un primario y secundario)					
Der. Izq. 0/- 0/0 0/1		Primaria Secundaria		2.4. Opacidades Grandes (Marque 0 si no hay ninguna o marque A, B o C)					
Superior 1/0 1/1 1/2 p s p s		Medial 2/1 2/2 2/3 q t q t		A B C					
Inferior 3/2 3/3 3/+ r u r u									
III. ANORMALIDADES PLEURALES (si NO hay anomalías pase a símbolos)				SI NO X					
3.1 Placas Pleurales (0=Ninguna, D=Hemitórax derecho; I=Hemitórax izquierdo)									
Sitio (Marque) las casillas adecuadas		Calcificación (marque)		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 del tórax a De 3 a 5 mm					
				2 Entre 1/4 y 1/2 de la pared lateral del tórax b De 5 a 10 mm					
				3 > 1/2 de la pared lateral del tórax c Mayor a 10 mm					
Perfil 0 D I 0 D I		0 D 0 I		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 Angulo Costofrenico				0 D I					
3.2 Engrosamiento Difuso de la Pleura (0=Ninguna, D=Hemitórax derecho; I=Hemitórax izquierdo)									
Pared Torácica		Calcificación		Extensión					
De perfil 0 D I 0 D I		0 D 0 I		D I					
		1 2 3 1 2 3		a b c a b c					
De frente 0 D I 0 D I									
IV. SIMBOLOS *				SI NO X					
(Rodee con un círculo la respuesta adecuada; si rodea od , escriba a continuación un COMENTARIO)									
aa	at	ax	bu	ca	cg				
cn	co	cp	cv	di	ef				
em	es	od							
fr	hi					ho	id	ih	kl
me	pa	pb	pi	px	ra				
rp	tb								
COMENTARIOS EVALUACIÓN RADIOLÓGICA DE PULMÓN DENTRO DE LÍMITES NORMALES.									
 José M. Medina Valencia Medicina Ocupacional CMP N° 27280 Certificación CAOH:475737/OIT:21951-78 SELLO Y FIRMA MÉDICO EVALUADOR									

Código:
19817977

Fecha:
21-11-2024

Edad:
60 años

Apellidos y Nombres
MONGE JURADO RAUL ANTONY



RITMO:	SINUSAL	F.C:	60 X'	INT. PR:	0.20"
INT. QRS:	0.08"			INT. QT:	0.36"
ONDA P:	0.06"			ONDA Q:	NO PATOLÓGICO
ONDA R:	NORMAL			ONDA S:	NORMAL
ONDA T:	NORMAL			ONDA U:	+
SEGMENTO ST:	ISOELECTRICO			EJE ORS:	LIMITES NORMALES

Conclusiones:

Recomendaciones:

Normal. ☒

Anormal. ☐

Profesional Médico: JOSE MEDINA VALENCIA



José M. Medina Valencia
Medicina Ocupacional CMP N° 27280
Certificación CAO:475737/OIT:21951-78

	REPORTE DE ANÁLISIS CLÍNICOS	Acreditado por:  
--	---	---

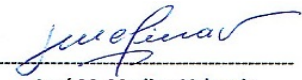
I. DATOS PERSONALES			
Paciente:	MONGE JURADO RAUL ANTONY	Fecha de Evaluación	21-11-2024

HEMATOLOGÍA			
GRUPO SANGUINEO	A	FACTOR RH	(+) POSITIVO
HEMOGRAMA COMPLETO			
EXAMEN	RESULTADO	VALORES REFERENCIALES	UNIDADES
HEMATOCRITO	49	H: 41 - 54 M: 38 - 50	%
HEMOGLOBINA	16.2	H:13.5 - 18.0 M:12.5 - 16.5	g/dL
HEMATIES	5.390.000	H: 4.5 – 6.0 M: 4.1 - 5.5	Millones/mm3
LEUCOCITOS	7.639	5.0 a 10.0	mm ³
FORMULA LEUCOCITARIA			
ABASTONADOS	1	0 - 5	%
SEGMENTADOS	67	40 - 70	%
EOSINÓFILOS	4	0 - 5	%
BASÓFILOS	1	0 - 1	%
MONOCITOS	1	0 - 6	%
LINFOCITOS	26	20 - 50	%

EXAMEN	RESULTADO	VALORES REFERENCIALES	UNIDADES
PLAQUETAS	294.000	150 000 - 400 000	mm ³

BIOQUÍMICA			
EXAMEN	RESULTADO	VALORES REFERENCIALES	UNIDADES
GLUCOSA	97	60 - 100	mg/dL
COLESTEROL	196	≤200	mg/dL
TRIGLICÉRIDOS	200	≤ 150	mg/dL
COLESTEROL HDL	44	H: > 35 - 55 M: > 40-60	mg/dL
COLESTEROL LDL	112	≤135	mg/dL
COLESTEROL VLDL	40	≤30	mg/dL

INMUNOLOGÍA		
EXAMEN	RESULTADO	METODO
SEROLOGÍA SÍFILIS (RPR)	NO REACTIVO	Aglutinación


José M. Medina Valencia
 Medicina Ocupacional CMP N° 27280
 Certificación CAOH:475737/OIT:21951-78


Giancarlo D. Santoyo Bormaz
 BIÓLOGO MICROBIÓLOGO
 C.B.P. N° 6794

FIRMA MEDICO		FIRMA DEL BIÓLOGO - MICROBIÓLOGO
---------------------	--	---

 MedSalud sac Servicios de Evaluación Médico Ocupacional	REPORTE DE ANÁLISIS CLÍNICOS	Acreditado por:  
--	---	--

I. DATOS PERSONALES			
Paciente:	MONGE JURADO RAUL ANTONY	Fecha de Evaluación	21-11-2024

UROANALISIS			
EXAMEN COMPLETO DE ORINA			
EXAMEN	RESULTADO	VALORES REFERENCIALES	UNIDADES
EXAMEN FÍSICO			
COLOR	AMBAR		
ASPECTO	LIMPIO		
DENSIDAD	1.005	De 1015 a 1025	
PH	5	De 5 a 9	
EXAMEN QUÍMICO			
NITRITOS	Negativo		
PROTEÍNAS	Negativo		
GLUCOSA	Negativo		
CETONAS	Negativo		
BILIRRUBINAS	Negativo		
UROBILINÓGENO	Negativo		
SANGRE	Negativo		
LEUCOCITOS	Negativo		
EXAMEN MICROSCÓPICO			
CÉLULAS EPITELIALES	No se observa		
CÉLULAS ESCAMOSAS	No se observa		
LEUCOCITOS	No se observa	0 - 5	
PIOCITOS	No se observa		
HEMATIES	No se observa	0 - 2	
BACTERIAS	No se observa		
CILINDROS	No se observa		
CRISTALES	No se observa		
LEVADURAS	No se observa		
FILAMENTO MUCOIDE	No se observa		
OBSERVACIONES			


José M. Medina Valencia
 Medicina Ocupacional CMP N° 27280
 Certificación CAOH:475737/OIT:21951-78


Giancarlo D. Santoyo Bernal
 BIÓLOGO MICROBIÓLOGO
 C.B.P. N° 6794

FIRMA MEDICO		FIRMA DEL BIÓLOGO - MICROBIÓLOGO
---------------------	--	---

 MedSalud sac Servicios de Evaluación Médico Ocupacional	REPORTE DE ANÁLISIS CLÍNICOS	Acreditado por:  
--	---	---

I. DATOS PERSONALES			
Paciente:	MONGE JURADO RAUL ANTONY	Fecha de Evaluación	21-11-2024

MICROBIOLOGÍA		
EXAMEN	RESULTADO	METODO
Bk en esputo	No se observan B.A.A.R	Coloración Ziehl Neelsen
Observaciones		


José M. Medina Valencia
 Medicina Ocupacional CMP N° 27280
 Certificación CAOH:475737/OIT:21951-78


Giancarlo D. Santoyo Boma
 BIÓLOGO MICROBIÓLOGO
 C.B.P. N° 6794

FIRMA MEDICO		FIRMA DEL BIÓLOGO - MICROBIÓLOGO
---------------------	--	---

 MedSalud sac Servicios de Evaluación Médico Ocupacional	REPORTE DE ANÁLISIS CLÍNICOS	Acreditado por:  
--	---	---

I. DATOS PERSONALES			
Paciente:	MONGE JURADO RAUL ANTONY	Fecha de Evaluación	21-11-2024

TOXICOLÓGICO		
EXAMEN	RESULTADO	METODO
COCAÍNA	NEGATIVO	Inmunocromatografía
MARIHUANA	NEGATIVO	Inmunocromatografía


José M. Medina Valencia
 Medicina Ocupacional CMP N° 27280
 Certificación CAOH:475737/OIT:21951-78


Giancarlo D. Santoyo Boma
 BIÓLOGO MICROBIÓLOGO
 C.B.P. N° 6794

FIRMA MEDICO		FIRMA DEL BIÓLOGO - MICROBIÓLOGO
---------------------	--	---

 MedSalud sac Servicios de Evaluación Médico Ocupacional	AUTORIZACIÓN DE DOSAJE DE DROGAS EN ORINA DECLARACIÓN JURADA SIMPLE	Acreditado por:  
--	---	--

Yo MONGE JURADO RAUL ANTONY de 60 años de edad, identificado con DNI 19817977; de la Empresa GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES S.A.C. autorizo a que se me realice la prueba de drogas en orina (Cocaína y Marihuana), con motivo de: Mi Examen Médico Ocupacional.

Además **declaro** que la información necesario que brindaré a continuación es verdadera:

a) ¿Sufre Ud. de alguna enfermedad?

NO ☒ SI ☐ ¿Cuál?

b) ¿Consume regularmente algún medicamento?

NO ☒ SI ☐ ¿Cuál?

c) ¿Consume actualmente algún medicamento?

NO ☒ SI ☐ ¿Cuál?

d) ¿Toma Mate de coca?

NO ☒ SI ☐ ¿Cuántas tazas al día, semana o al mes?
¿Cuándo consumió la última vez? (Día y hora)

e) ¿"Chaccha" Coca?

NO ☒ SI ☐ ¿Cuántas veces al día, semana o al mes?
¿Cuándo consumió la última vez? (Día y hora)

f) ¿Consume cocaína?

NO ☒ SI ☐ ¿Cuántas veces al día o a la semana?
¿Cuándo consumió la última vez? (Día y hora)

g) ¿Consume marihuana?

NO ☒ SI ☐ ¿Cuántas veces al día o a la semana?
¿Cuándo consumió la última vez? (Día y hora)

Fecha: 21 / 11 / 2024



Firma Digital



Huella Digital

I. DATOS GENERALES:

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI: 19817977

EDAD: 60

F. NACIMIENTO

04-11-1964

E. CIVIL: CASADO

TELEFONO: 989270105

G. INSTRUCC.

UNIVERSITARIO COMPLETO

DOMICILIO:

EMPRESA: GOLD FIELDS LA CIMA S.A. - GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES S.A.C.

SUPERVISOR:

PUESTO: GERENTE COMERCIAL

LUGAR DE TRABAJO

GOLD FIELDS

BREVETE: ☐ SI ☐ No

CONDUCE EN EL TRABAJO:

☐ SI ☐ No

CLINICA: MEDSALUD S.A.C.

FECHA DE EVALUACION: 21-11-2024

PRE - OCUPACIONAL

MONGE JURADO RAUL ANTONY

II. MOTIVO DE CONSULTA								
Pre-Ocupacional	☒	Ocupacional	☐	Post - Ocupacional	☐			
III. OBSERVACIÓN DE CONDUCTA								
El examinado se percibe físicamente con su edad referida, presenta adecuado alineo personal, mantiene una actitud colaboradora a la entrevista y al desarrollo de las pruebas psicológicas. Presenta un lenguaje fluido, de tono moderado y de contenido coherente. Mantiene una facie que denota tranquilidad.								
IV. ASPECTOS INTELECTUALES								
Coficiente intelectual	Inferior	Normal inferior	Normal	Normal Superior	Superior			
				☒				
V. FUNCIONES COGNITIVAS								
DIMENSIONES	Severo	Moderado	Normal	Normal Superior	Superior			
Orientación			☒					
Atención y Concentración			☒					
Memoria			☒					
Habilidades visoconstructivas			☒					
Comprensión			☒					
CONCLUSIÓN	Funciones Cognitivas comprometidas			Funciones Cognitivas Normales				
				☒				
VI. ASPECTOS INTRA E INTERPERSONALES								
COMPETENCIAS	Inferior	Normal inferior	Normal	Normal Superior	Superior			
Liderazgo			☒					
Trabajo en equipo			☒					
Comunicación			☒					
Compromiso			☒					
Organización - Planificación			☒					
Persona con la capacidad para apoyar e instrumentar todas las directivas recibidas transmitiendo a los otros, por medio del ejemplo, la conducta a seguir, se fija objetivos altos que logra cumplir. Escucha al otro, poniéndose en su lugar, para comprender lo que ésta piensa y siente. Mantiene la calma frente a situaciones laborales de alta exigencia, no solamente en su área, sino a todos los sectores de la organización con los que trata habitualmente. Está muy atento al posible surgimiento de inconvenientes menores que podrían presentarse, elaborando diferentes alternativas para su rápida solución. Se compromete y con su ejemplo crea compromiso en todos los que trabajan a su lado.								
VII. PERFIL DE PERSONALIDAD								
Escala de personalidad	N°01	HIPOCONDRIA	N°02	HISTERIA	N°03	DESV. PERSON.	N°04	ESQUIZOFRENIA
Puntaje "T"	72		68		64		57	
Persona que expresa interés significativo acerca de su salud, por lo que puede controlar sus impulsos por medio de defensas de somatización.								
VIII. ADAPTABILIDAD - CLIMA SOCIAL, LABORAL								
DIMENSIONES	Relaciones		Autorrealización		Estabilidad y Cambios			
CATEGORIAS	EXCELENTE		TEND. BUENA		EXCELENTE			
Persona interesada y comprometida con su trabajo que realiza, planificando la terminación de sus tareas, creando un ambiente laboral agradable.								
IX. CONCLUSIONES								
RESULTADO - APTITUD PSICOLOGICA	APTO	☒	OBSERVADO	☐	NO APTO	☐		
El señor MONGE JURADO RAUL ANTONY se encuentra APTO para colaborar con la organización en el puesto de GERENTE COMERCIAL								
X. RECOMENDACIONES								
TIPÓ DE RECOMENDACIONES	Intervención Terapéutica (Psicólogo-Psiquiatra)				Consejería - Reforzamiento			

Evaluado por:

Revaluado por:

☒


Liliana E. Cerna Julcamoro
PSICOLOGA
C. PS. P. 23927

Ps. LILIANA CERNA JULCAMORO
CPsP. 23927



CLINICA: MEDSALUD S.A.C.

Fecha de Entrevista: 21-11-2024

I. Datos Generales:

Apellidos y Nombres: MONGE JURADO RAUL ANTONY

Edad: 60 AÑOS. Fecha de Nacimiento: 04-11-1964 Estado Civil: CASADO

Empresa: GOLD FIELDS LA CIMA S.A. - GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES S.A.C.

Cargo: GERENTE COMERCIAL

Tipo de Evaluación: Pre Ocupacional ☒ Ocupacional ☐ Post Ocupacional ☐

II. Datos Ocupacionales:

2.1 Empresa Actual:

Área, lugar del Trabajo: GOLD FIELDS Provincia, departamento: Cajamarca

Tiempo total laborando: Experiencia en el puesto:

Principales riesgos:

Medidas de Seguridad:

2.2. Anteriores Empresas (Experiencia Laboral):

Fecha de Ingreso	Nombre de la Empresa	Actividad de la Empresa	Puesto	Permanencia		Causa del cese
				Tiempo	Fecha Salida	
Ene 1990	SOCIEDAD DE BENIFICENCIA	ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS CON BIENES PROPIOS O ARRENDADOS	JEFE DE AREA	3 AÑOS y 11 MESES	Dic / 1993	
Ene 1994	INGENIERIA MEDIOAMBIENTAL Y SANITARIA S.A.C	ELIMINACION DE DESPERDICIOS	JEFE DE OPERACIONES	4 AÑOS y 11 MESES	Dic / 1998	
Ene 1999	GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES SAC	ACTIVIDADES DE DESCONTAMINACIÓN Y OTROS SERVICIOS DE GESTIÓN DE DESECHOS	GERENTE COMERCIAL	25 AÑOS y 10 MESES	Nov / 2024	

III: Historia Familiar (antecedentes de enfermedades en la familia)

PAPÁ: NIEGA
MAMÁ: NIEGA
HERMANOS: NIEGA
ESPOSO(A): NIEGA

IV. Antecedentes personales: NIEGA

Para ser llenado por el trabajador

Encierre con un círculo si la respuesta es SI, o NO

Yo, MONGE JURADO RAUL ANTONY con DNI: 19817977, manifiesto que ☒ NO ☐ SI se me ha identificado una enfermedad de salud mental, o psiquiátrica.

En el caso de marcar SI, describir en breves palabras el diagnóstico de la enfermedad mental, y si revivió tratamientos

b. Otras enfermedades de salud, y/o accidentes;

NIEGA

VI. Validación de la información por parte del Entrevistado:

Con la firma del presente documento, confimo y doy fe que la información brindada sobre mi salud es completa y verdadera, hiciéndome responsable de cualquier omisión o dato incorrecto; así mismo quedo obligado a informar toda circunstancia nueva que pueda influir o alterar esta información

NOMBRES Y FIRMAS DEL ENTREVISTADO

N° DNI: 19817977

Liliana E. Cerna Julcamoro
PSICÓLOGA
C. PS. P. 23927

SELLO Y FIRMA DEL PSICÓLOGO

AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

YO RAUL ANTONY MONGE JURADO

Trabajador de la empresa GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES S.A.C.

identificado con DNI/Pasaporte/Carné de extranjería N° 19817977,

con domicilio _____

Declaro que, en forma libre y espontánea, autorizo a MEDSALUD S.A.C. a proporcionar información con respecto a mi estado de salud, resultados de exámenes auxiliares, mis resultados evaluaciones médicas ocupacionales, contenidas en mi Historia Clínica, al responsable del Área de Salud Ocupacional

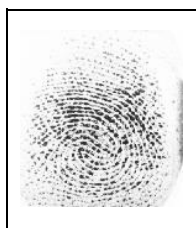
de la empresa GOLD FIELDS LA CIMA S.A.

La presente autorización se ampara en lo dispuesto en los artículos 5°segundo párrafo, Arts. 13°, 25°, 27° y 29° tercer párrafo de la Ley General de salud N° 26842.

Fecha: 21-11-2024

Firma: 

Huella Digital:



CERTIFICADO DE VACUNACIÓN / VACCINATION CERTIFICATE



VACUNADO / VACCINATED

Nombres y apellidos / Full name

RAUL ANTONY MONGE JURADO

Documento de Identidad / ID number

DNI: 19817977

Fecha de Nacimiento / Date of Birth

04/11/1964

Sexo / Sex

M

Nacionalidad / Nationality

PERU

Vacuna / Vaccine

Vacuna contra COVID-19

VACUNACIÓN REGULAR NACIONAL

Dosis / Dose	Fecha de Vacunación / Date of vaccination	Fabricante y lote de vacuna / Manufacturer and lot number	Lugar de Vacunación / Vaccination Place
1° DOSIS	02/07/2021	PFIZER (FA7483)	LIMA CENTRO - ESSALUD San Borja - LIMA LIMA SAN BORJA
2° DOSIS	23/07/2021	PFIZER (FA9096)	LIMA CENTRO - ESSALUD San Borja - LIMA LIMA SAN BORJA
3° DOSIS	26/12/2021	PFIZER (FM2953)	LIMA CENTRO - ESSALUD San Borja - LIMA LIMA SAN BORJA
4° DOSIS	20/06/2022	ModernaTX (000339A)	LIMA CENTRO - ESSALUD San Borja - LIMA LIMA SAN BORJA
1ª DOSIS REFUERZO	09/05/2023	PFIZER (GM3740)	LIMA CENTRO - MISMO ESTABLECIMIENTO DE SALUD -

Certificado Emitido por / Certificate issued by: Ministerio de Salud del Perú

Fecha de Emisión / Date of issue: 21/11/2024, 3:02 pm