

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

CERTIFICA que el Sr.(a)					
NOMBRES Y APELLIDOS:		IVAN OCTAVIO TORIBIO ALAYO			
DNI :	41863401	EDAD :	41 AÑOS	GENERO :	MASCULINO
EMPRESA :	MINERA BARRICK PERU S.A.			CONTRATISTA	GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES S.A.C.
PUESTO AL QUE POSTULA :		JEFE DE SUCURSAL			
OCUPACION ACTUAL O ULTIMA OCUPACION:		ING. AGROINDUSTRIAL			
Nº HISTORIA CLINICA :		87217		TIPO DE EXAMEN :	PRE-OCUPACIONAL
CONCLUSIONES :					
1. OBESIDAD I. 2. AMETROPIA MODERADA BILATERAL CORREGIDA. 3. PRESBICIA CORREGIDA.					
APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)				RESTRICCIONES : - USO DE LENTES CORRECTORES PARA TRABAJO.	
APTO CON RESTRICCION (para el puesto en el que trabaja)		X			
NO APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)					
RECOMENDACIONES : 1.NO HACER TRABAJOS SOBRE 1.8 M.S.N. PISO.DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS. CONTROL MENSUAL DE PESO. 2. Y 3.CONTINUAR CON USO DE LENTES CORRECTORES. EVALUACION ANUAL.				 Dr. José Franco R. Silva Reaño MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDICINA AMBIENTAL C.O.P. 51006 - RNE: 20062 N° 01616	
Nombre :					
Fecha : 15/05/2024		Hasta : 15/05/2025		SELLO Y FIRMA DE MEDICO QUE CERTIFICA :	

EMPRESA ☒ MINERA BARRICK PERU S.A.
CONTRATA ☒ GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES S.A.C.
Apellidos y Nombres : TORIBIO ALAYO IVAN OCTAVIO

PRE OCUPACIONAL ☒
ANUAL ☐
RETIRO ☐
REUBICACIÓN ☐

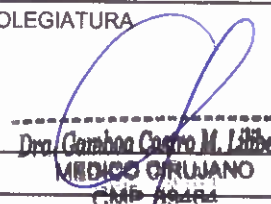
FECHA DEL EXAMEN : 15/05/2024		MINERALES EXPLOTADOS O PROCESADOS : ORO	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO LIMA 15/12/1982		DOMICILIO HABITUAL CALLE SAN FRANCISCO 312 URB. SAN SALVADOR-TRUJILLO-TRUJILLO-LA LIBERTAD	SUPERFICIE ☒ CONCENTRADOR ☐ SUBSUELO ☐
ALTURA DE LA LABOR (MSNM) Debajo 2500 ☐ 3501 a 4000 ☒ 2501 a 3000 ☐ 4001 a 4500 ☐ 3001 a 3500 ☐ Mas de 4501 ☐			
EDAD 41 AÑOS	SEXO M ☒ F ☐	DNI / CE / NIE 41863401 TELEFONO	ESTADO CIVIL soltero ☐ conviviente ☐ casado ☒ viudo ☐ divorciado ☐
GRADO DE INSTRUCCIÓN Analfabeto ☐ Sec. Com. ☐ Univers ☒ Prim. Com. ☐ Sec. Inc. ☐ Técnico ☐ Prim. Inc. ☐			
Ruido ☐	Cancerígenos ☐	Temperatura ☐	Carga ☐
Polvo ☐	Mutagénicos ☐	Biológicos ☐	Mov. Repet. ☐
Vib Segmentario ☐	Solventes ☐	Posturas ☐	PVD ☐
Vib Total ☐	Metales ☐	Turnos ☐	Otros ☒
Puesto al que Postula : JEFE DE SUCURSAL		Puesto Actual : N/A	
Tiempo : N/A		Reubicación : SI ☐ NO ☒	
ANTECEDENTES OCUPACIONALES (ver adjunto historia ocupacional)			
ANTECEDENTES PERSONALES (enfermedades y accidentes en el trabajo o fuera de el mismo)		NIEGA DB, TBC, HTA, CONVULSIONES, ASMA, ALERGIAS, ACCIDENTES	
ANTECEDENTES FAMILIARES		INMUNIZACIONES	
NO CONTRIBUTARIOS		TETANO ☐ HEPATITIS - B ☐ FIEBRE AMARILLA ☐	
		NÚMERO DE HIJOS VIVOS 02 MUERTOS 00	
HABITOS TABACO ALCOHOL DROGAS nada ☒ ☐ ☒ poco ☐ ☒ ☐ habitual ☐ ☐ ☐ excesivo ☐ ☐ ☐		TALLA 1.68 mts. PESO 93.5 Kg. IMC 33.13	FUNCIÓN RESPIRATORIA (Espirometría) FVC 94 l. FEV1 97 l. FEV1/FVC 84.77 % FEF 25-75% 112 l/s. Conclusión: -ESPIROMETRIA NORMAL
TEMPERATURA 35.9 °C Cintura 105 cm. Cadera 105 cm. ICC 1			
CABEZA : NORMAL		CUELLO : CENTRAL, MOVIL	
PERIMETRO CUELLO : 43 cm		NARIZ : CENTRAL, PERMEABLE	
BOCA, AMIGDALAS, FARINGE, LARINGE :		DENTADURA Piezas en mal estado : 0	
HUMECTADA, NO HIPERTROFICAS, NO CONGESTIVAS		Piezas que faltan : 4	
OJOS	SIN CORREGIR	CORREGIDA	ENFERMEDADES OCULARES :
	O.D. O.I.	O.D. O.I.	
Visión de Cerca :	20/50 20/40	20/20 20/20	AMETROPIA MODERADA BILATERAL.
Visión de Lejos :	20/70 20/70	20/20 20/20	PRESBICIA
Visión de Colores :	NORMAL		REFLEJOS PUPILARES : CONSERVADO
OÍDOS	Audición derecha 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000		Audición izquierda 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000
Hz	500 1000 2000 3000 4000 6000 8000	Hz	500 1000 2000 3000 4000 6000 8000
dB(A)	5 5 5 20 20 0 5	dB(A)	5 10 10 10 25 5 0
OTOSCOPIA	O.D. : NORMAL O.I. : NORMAL	F. Respiratoria : 20 x min. F. Cardíaca : 67 x min. Sat.O2 : 97 %	PRESIÓN ARTERIAL SISTEMÁTICA SISTÓLICA 124 mmHg DIASTÓLICA 76 mmHg
Cardiovascular : RCRR, NO SOPLOS.			
PULMONES : Normal: ☒ Anormal ☐			
Descripción: BPMV EN ACP. NO RALES.			
Miembros Superiores : SIMÉTRICOS, NO DEFORMIDADES, MOTRICIDAD CONSERVADA.			
Miembros Inferiores : SIMÉTRICOS, NO DEFORMIDADES, MOTRICIDAD CONSERVADA.			

ANEXO 16
FICHA MEDICA OCUPACIONAL

N° de ORDEN :

87217-TP

PAG.02

REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS: CONSERVADOS										MARCHA : NORMAL																			
COLUMNA VERTEBRAL: CENTRAL, MOVIL, CURVATURAS CONSERVADAS																													
ABDOMEN:										TACTO RECTAL																			
RHA(+), B/D, NO DOLOROSO A LA PALPACION										NO SE HIZO ☒ ANORMAL ☐																			
										NORMAL ☐ DESCRIBIR EN OBSERVACIÓN ☐																			
ANILLOS INGUINALES CONSERVADOS					HERNIAS NO					VÁRICES NO																			
ÓRGANOS GENITALES: DE CARACTER NORMAL										GANGLIOS LINFÁTICOS NO LINFADENOPATIAS																			
LENGUAJE, ATENCIÓN, MEMORIA, INTELIGENCIA, ORIENTACIÓN, AFECTIVIDAD NORMAL																													
										VÉRTICES : LIBRES																			
										HILIOS : NORMALES																			
										SENOS : LIBRES										MEDIASTINOS : NORMALES									
										CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS : NORMAL										SILUETA CARDIOVASCULAR : NORMAL									
N° RX 87217		FECHA 15/05/2024		CALIDAD 2		SÍMBOLOS N/A																							
☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	REACCIONES SEROLOGICAS LUES													
0/0	1/0	1/1	1/2	2/1	2/2	2/3	3/2	3/3	3/+	A,B,C	St	a -Lues																	
CERO	1/0	UNO		DOS			TRES			CUATRO				NEGATIVO ☒															
Sin neumoconiosis		IMAGEN RADIOGRAFICA de EXPOSICIÓN A POLVO		CON NEUMOCONIOSIS																									
NORMAL		SOSPECHA																											
GRUPO SANGUINEO										Hemoglobina/Hematocrito																			
O	☒	A	☐	B	☐	AB	☐	Rh(-)	☐	Rh(+)	☒	16.8 gr. %																	
ORINA																													
APTO PARA TRABAJAR					NOMBRES Y APELLIDOS DEL MÉDICO - COLEGIATURA																								
SI ☒					 Dra. Camelia Castro M. Llibeth MEDICO CIRUJANO C.M.B. 49484																								
NO ☐																													
Revaluación en empresa ☐																													
FIRMA Y SELLO										 Firma del examinado																			
OBSERVACIONES :																													
1. OBESIDAD I. NO HACER TRABAJOS SOBRE 1.8 M.S.N. PISO. DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS. CONTROL MENSUAL DE PESO.																													
2. AMETROPIA MODERADA BILATERAL CORREGIDA. CONTINUAR CON USO DE LENTES CORRECTORES. EVALUACION ANUAL.																													
3. PRESBICIA CORREGIDA. CONTINUAR CON USO DE LENTES CORRECTORES. EVALUACION ANUAL.																													
															 Huella Digital Índice Derecho. Declaro que toda la información es verdadera														

N° Ficha : **87217**

ENFERMEDADES QUE PUEDEN AGRAVARSE EN ALTITUD GEOGRAFICA

DATOS DEL PACIENTE				
Apellidos : TORIBIO ALAYO		Nombres : IVAN OCTAVIO		
DNI / CE / NIE: 41863401	Fecha Nacimiento(dd/mm/aa) 15/12/1982	Edad : 41 AÑOS	Sexo : MASCULINO	
Dirección : CALLE SAN FRANCISCO 312 URB. SAN SALVADOR				
Empresa Contratista : GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES S.A.C	Empresa : MINERA BARRICK PERU S.A.	Actividad a Realizar : JEFE DE SUCURSAL		
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS			NO	SI
• Accidente cerebrovascular			X	
• Angina inestable			X	
• Antecedente de Bypass arterial coronario/Angioplastia/Stent			X	
• Antecedente de edema cerebral de altura			X	
• Antecedente de edema pulmonar de altura			X	
• Antecedente de Neumotórax en los ultimos 6 meses			X	
• Arritmia cardiaca no controlada			X	
• Cardiomiopatía hipertrófica idiopática			X	
• Cirugía mayor en los últimos 30 días			X	
• Cualquier insuficiencia en la válvula aórtica			X	
• Diabetes Mellitus			X	
• Embarazo			-	-
• Epilepsia			X	
• EPOC - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica confirmada			X	
• Eritrocitosis excesiva (mal de montaña crónico)			X	
• Hipertensión arterial			X	
• Hipertensión pulmonar			X	
• Infarto al miocardio en los últimos 6 meses			X	
• Insuficiencia cardíaca congestiva			X	
• Patología hemorrágica de retina			X	
• Patología Valvular Cardíaca en tratamiento			X	
• Presencia de marcapasos			X	
• Presencia de riesgo cardiovascular alto			X	
• Trastornos de la coagulación			X	
• Trombosis venosa cerebral			X	
• Otros			X	

Comentarios
del Médico :

Revisados los antecedentes y examen médico según anexo 16, por el presente documento certifico que él/ella se encuentra
APTO (X), NO APTO () para acceder a emplazamientos ubicados en Gran Altitud Geográfica (>2500 msnm)

INFORMACIÓN DEL MÉDICO RESPONSABLE DEL EXAMEN			
Apellidos : .		Nombres : .	
Dirección : .			
Correo electronico : .		Fax : .	Cel : MEDICO CRUJANO
CMP	Fecha (dd/mm/aa) 15/05/2024	Firma y sello	CMP 89464

ANEXO N° 16 - A
EVALUACION MÉDICA PARA ASCENSO A GRANDES ALTITUDES
(mayor de 2,500 m.s.n.m.)

N° Ficha : **87217**

DATOS PERSONALES			
Apellidos : TORIBIO ALAYO		Nombres : IVAN OCTAVIO	
DNI / CE / NIE: 41863401	Fecha Nacimiento(dd/mm/aa) 15/12/1982	Edad : 41 AÑOS	Sexo : MASCULINO
Dirección : CALLE SAN FRANCISCO 312 URB. SAN SALVADOR			
Empresa Contratista : GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES S.A.C.	Empresa : MINERA BARRICK PERU S.A.		Actividad a Realizar : JEFE DE SUCURSAL

Signos Vitales

FC: 67 x min PA: 124/76 mmHg FR: 20 x min IMC: 33.13 kg/m2 Sat. O2: 97 %

El / La presenta o ha presentado en los últimos 6 meses:

- Cirugía mayor reciente
- Desórdenes de la coagulación, trombosis, etc.
- Diabetes Mellitus
- Hipertensión Arterial
- Embarazo
- Problemas neurológicos: epilepsia, vértigo, etc.
- Infecciones recientes (especialmente oídos, nariz, garganta)
- Obesidad Mórbida (IMC mayor a 35 m/kg2)
- Problemas Cardíacos: marcapasos, coronariopatía, etc.
- Problemas Respiratorios: asma, EPOC, etc.
- Problemas Oftalmológicos: retinopatía, glaucoma, etc.
- Problemas Digestivos: úlcera péptica, hepatitis, etc.
- Apnea del Sueño
- Otra condición médica importante
- Alergias
- Uso de medicación actual

NO	SI
☒	☐
☒	☐
☒	☐
☒	☐
☒	☐
☒	☐
☒	☐
☒	☐
☒	☐
☒	☒
☒	☐
☒	☐
☒	☐
☒	☐

FUR : _____

Medicación Actual : _____

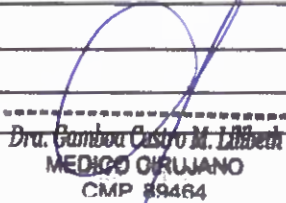

Firma del paciente


Huella dactilar

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

Conforme a la declaración del / de la paciente certifico se encuentra APTO(X) NO 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: - OBESIDAD I. NO HACER TRABAJO SOBRE 1.8 M.N PISO.
- USO DE LENTES CORRECTORES.

DATOS DEL MÉDICO		
Apellidos		Nombres
Dirección		
CMP	Fecha (dd/mm/aa) 15/05/2024	Firma y sello  Dra. Gabriela Castro M. Lillo MEDICO CIRUJANO CMP 89464

Apellidos y Nombres : TORIBIO ALAYO IVAN OCTAVIO

DNI : 41863401

Edad : 41

Fecha : 15/05/2024

Sexo : MASCULINO

Área de Trabajo : OPERACIONES

Empresa : MINERA BARRICK PERU S.A.

7.1 Ficha: Evaluación del Lugar de Trabajo (llenado por el personal de salud)

Marcar el tipo de respirador(es) a utilizar :

- ☒ Máscara de polvo ☒ ½ cara ☒ Cara completa
- ☒ Purificador de aire (sin energía)
- ☐ Purificador de aire (con energía)
- ☐ Respirador suministrador de atmósfera
- ☐ Combinación línea de aire SCBA
- ☐ Respirador de Flujo Continuo
- ☐ Respirador suministrador de aire
- ☐ SCBA de circuito abierto
- ☐ SCBA de circuito cerrado

Tipo de Protección :

- ☒ Filtro HEPA (partículas)
- ☐ Cartuchos (Gas ácido)
- ☐ Cartuchos (Vapor Orgánico)
- ☐ Cartuchos (amoníaco)
- ☐ Cartuchos (Mercurio)

Esfuerzo Físico Esperado Requerido :

- ☐ Ligero ☒ Moderado ☐ Pesado

Ligero: Sentado mientras escribe, tipea, manejo, manual de cargas ligero (<3 mets)

Moderado: Manejo manual de cargas menos de 15 Kg. operando equipos (<5 mets)

Pesado: manejo de cargas encima de 25 Kg. subiendo escaleras con carga, palaneando (>5 mets)

Frecuencia de uso :

- ☒ De manera diaria
- ☐ Ocasional - pero no más de dos veces por semana: hrs
- ☐ Rara vez - uso de emergencia solamente.

Promedio de horas de uso por Día: Hr

Exposición de Materiales Peligros:

- | | |
|--|---|
| ☐ Humo de Metal | ☐ Amoníaco |
| ☐ Arsénico | ☐ Polvo Respirable |
| ☐ Plomo | ☐ Silíce |
| ☐ Asbesto | ☐ Mercurio |
| ☐ DPM | ☒ Otros |
| ☐ Monóxido de Carbono | |
| ☐ Dióxido de Carbono | |
| ☐ Vapor Orgánico | |

Condiciones Especiales de Trabajo :

- ☒ Elevaciones Altas (> 2500 msnm)
- ☒ Temperaturas Extremas
- ☒ Atmosferas Húmedas
- ☐ Espacios confinados
- ☐ Atmosferas IDLH
- ☐ Hazmat / Fuego / Rescate Mina
- ☐ EPP adicional utilizado
- ☐ Otros:

7.2 Ficha: Evaluación Personal del Empleado (llenado por el trabajador)

Sección 1: 1. ☐ Sí ☒ No ¿Fuma o fumó en el último mes?

2. ¿Ha tenido alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones?

- | | | | |
|-----------------------------|--|----|----------------|
| ☐ Sí | ☒ No | a. | Palpitaciones. |
| ☐ Sí | ☒ No | b. | Convulsiones |
| ☐ Sí | ☒ No | a. | Diabetes |
| ☐ Sí | ☒ No | b. | Reacciones |
| ☐ Sí | ☒ No | c. | Claustrofobia |

Por favor colocar "Sí" o "No"

3. ¿Ha tenido alguna vez algunas de los siguientes problemas pulmonares o de pulmón?

- | | | | |
|-----------------------------|--|----|---------------------------------------|
| ☐ Sí | ☒ No | a. | Asbestosis |
| ☐ Sí | ☒ No | b. | Asma |
| ☐ Sí | ☒ No | c. | Bronquitis Crónica |
| ☐ Sí | ☒ No | d. | Enfisema. |
| ☐ Sí | ☒ No | e. | Neumonía |
| ☐ Sí | ☒ No | f. | Tuberculosis. |
| ☐ Sí | ☒ No | g. | Silicosis. |
| ☐ Sí | ☒ No | h. | Neumotórax (pulmón colapsado) |
| ☐ Sí | ☒ No | i. | Cáncer al pulmón. |
| ☐ Sí | ☒ No | j. | Costillas fracturadas. |
| ☐ Sí | ☒ No | j. | Cualquier lesión al pulmón o cirugías |
| ☐ Sí | ☒ No | k. | Otros: <input type="text"/> |

4. ¿Tiene algunos de los siguientes síntomas pulmonares o de enfermedades al pulmón?

- | | | | |
|-----------------------------|--|----|---|
| ☐ Sí | ☒ No | a. | Dificultad para respirar en reposos |
| ☐ Sí | ☒ No | b. | Dificultad para respirar cuando camina a nivel del suelo. |
| ☐ Sí | ☒ No | c. | Dificultad para respirar cuando camina en un inclinado. |

☐ Sí	☒ No	d.	Dificultad para respirar cuando realiza alguna tarea.
☐ Sí	☒ No	e.	Tos que le produce expectoración.
☐ Sí	☒ No	f.	Tos que lo despierta temprano por la mañana.
☐ Sí	☒ No	g.	Tos que ocurre cuando se encuentra echado
☐ Sí	☒ No	h.	Tos con sangre.
☐ Sí	☒ No	i.	Silbidos del pecho cuando respira.
☐ Sí	☒ No	j.	Dolor en el pecho cuando respira profundamente.
☐ Sí	☒ No	l.	Otros:

5. ¿Ha tenido alguna vez cualquiera de los siguientes problemas cardiovasculares?

☐ Sí	☒ No	a.	Infarto.
☐ Sí	☒ No	b.	Angina
☐ Sí	☒ No	c.	Insuficiencia cardíaca
☐ Sí	☒ No	d.	Hinchazón en las piernas/pies (no causado por caminar)
☐ Sí	☒ No	e.	Arritmia al corazón.
☐ Sí	☒ No	f.	Reflujo gastroesofágico (no relacionado con la comida).
☐ Sí	☒ No	g.	Otros:

6. ¿Ha tenido alguna vez cualquiera de los siguientes síntomas cardiovasculares?

☐ Sí	☒ No	a.	Dolor o presión en su pecho
☐ Sí	☒ No	b.	Dolor/presión en su pecho durante actividad física.
☐ Sí	☒ No	c.	Dolor/presión en su pecho durante su actividad de trabajo.
☐ Sí	☒ No	d.	Palpitaciones
☐ Sí	☒ No	e.	Acidez estomacal o indigestión (no relacionado con la comida)
☐ Sí	☒ No	f.	Otros:

7. ¿Toma actualmente medicinas para cualquiera de las siguientes condiciones?

☐ Sí	☒ No	g.	Problema respiratorio
☐ Sí	☒ No	h.	Problemas al corazón.
☐ Sí	☒ No	i.	Presión Sanguínea.
☐ Sí	☒ No	j.	Convulsiones

8. ¿Si ha utilizado un respirador, ha tenido usted alguno de los siguientes problemas?

☐ Sí	☒ No	a.	Irritación a los ojos.
☐ Sí	☒ No	b.	Alergias a la piel o erupciones.
☐ Sí	☒ No	c.	Ansiedad
☐ Sí	☒ No	d.	Fatiga o debilidad.
☐ Sí	☒ No	e.	Otros:

9. ¿Ha perdido la visión en cualquier ojo(temporal o permanente)?

☐ Sí	☒ No	a.	Usa lentes de contacto
☒ Sí	☐ No	b.	Usa lentes.
☐ Sí	☒ No	c.	Daltonismo
☐ Sí	☒ No	d.	Otros:

11. ¿Ha tenido alguna lesión a sus oídos, incluyendo un tímpano roto?

☐ Sí	☒ No	a.	Dificultad para escuchar.
☐ Sí	☒ No	b.	Usa un audífono.
☐ Sí	☒ No	c.	Otros:

13. ¿Ha tenido alguna lesión a la espalda?

☐ Sí	☒ No	a.	Debilidad en los brazos, manos, piernas o pies.
☐ Sí	☒ No	b.	Dolor de espalda
☐ Sí	☒ No	c.	Dificultad para mover sus brazos y piernas.

Sección 2: (Discrecional)

Las preguntas de la 9 a la 14 deben ser contestadas por empleados que han sido seleccionados para usar un respirador de cara completa o un aparato de respiración autónomo. (SCBA)

Para los empleados que han sido seleccionados para utilizar otros tipos de respiradores contestar a estas preguntas de manera voluntaria.

Por favor, marque "SI" o "NO".

- | | | | | | |
|--------------------------|----|-------------------------------------|----|----|--|
| ☐ | Sí | ☒ | No | a. | Dolor o rigidez cuando se inclina hacia adelante o atrás en la cintura |
| ☐ | Sí | ☒ | No | b. | Dificultad para mover su cabeza de arriba o abajo. |
| ☐ | Sí | ☒ | No | c. | Dificultad para mover su cabeza de lado a lado. |
| ☐ | Sí | ☒ | No | d. | Dificultad al doblar las rodillas |
| ☐ | Sí | ☒ | No | e. | Dificultad en ponerse en cuclillas. |
| ☐ | Sí | ☒ | No | f. | Subir las escaleras o una escalera |
| ☐ | Sí | ☒ | No | g. | Otros: <input type="text"/> |

Sección 3:
(Confidencial)

El profesional de la salud que va a revisar este cuestionario determinará si esta parte debe ser completada por el empleado.

Por favor, marque "SI" o "NO"

1. Cuando trabaja en alturas por encima de 2500 msnm en una atmósfera que tenga cantidades de oxígeno menor a la cantidad normal, tiene las siguientes sensaciones de:

- | | | | | | |
|--------------------------|----|-------------------------------------|----|----|----------------------------|
| ☐ | Sí | ☒ | No | a. | Mareos. |
| ☐ | Sí | ☒ | No | b. | Dificultad para respirar. |
| ☐ | Sí | ☒ | No | c. | Palpitaciones. |
| ☐ | Sí | ☒ | No | d. | Otros <input type="text"/> |

2. Ha trabajado con alguno de los siguientes materiales listados a continuación:

- | | | | | | |
|--------------------------|----|-------------------------------------|----|----|---|
| ☐ | Sí | ☒ | No | a. | Asbestos. |
| ☐ | Sí | ☒ | No | b. | Sílice. |
| ☐ | Sí | ☒ | No | c. | Tungsteno / Cobalto (Ej.: Esmerilado o soldadura) |
| ☐ | Sí | ☒ | No | d. | Berilio |
| ☐ | Sí | ☒ | No | e. | Aluminio. |
| ☐ | Sí | ☒ | No | f. | Carbón. |
| ☐ | Sí | ☒ | No | g. | Hierro. |
| ☐ | Sí | ☒ | No | h. | Latón. |
| ☐ | Sí | ☒ | No | i. | Ambientes con exceso de polvo. |
| ☐ | Sí | ☒ | No | j. | Otros <input type="text"/> |

3. Liste cualquier trabajo previo/pasatiempo en los que haya sido expuestos a peligros respiratorios:

4. ☐ Sí ☒ No ¿Has hecho alguna vez Servicio Militar?
5. ☐ Sí ☒ No ¿Has estado alguna vez en un equipo de MATPEL o Respuesta De Emergencias?

7.3 Ficha: Autorización para el uso de Respiradores

ID Empleado:	87217	Minera Barrick:	MINERA BARRICK PERU S.A.
Trabajador:	TORIBIO ALAYO IVAN OCTAVIO	Área:	OPERACIONES
Cargo:	JEFE DE SUCURSAL	Supervisor:	DESCONOCE

El trabajador mencionado ha sido examinado en el ajuste del respirador de conformidad con el Estándar de Barrick de Protección Respiratoria. Esta evaluación limitada es especificada para el uso del respirador solamente. Basado en mis hallazgos he determinado que la persona:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☒ | Clase I - Sin restricciones en el uso del Respirador. |
| ☐ | Clase II - Uso condicional: Algunos usos específicos para los respiradores. |
| ☐ | A ser utilizados en respuestas a emergencia o para escape solamente |
| ☐ | Solo PAPR |
| ☐ | No SBCA |
| ☐ | Otros |
| ☐ | Clase III - NO SE PERMITE el uso de |
| ☐ | Clase IV - El empleado deberá programar un examen médico exhaustivo antes de probar y emplear un respirador |
| ☐ | Clase V - Restricciones adicionales temporales / permanentes (sin respirador) |

FECHA DEL EXAMEN : miércoles 15 mayo 2024

EXPIRA EN : 15/05/2025

Dra. Gamboa Castro M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 80464
FIRMA DEL MEDICO

NOMBRE DEL MEDICO - CMP

HISTORIA OCUPACIONAL

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

Nombres y Apellidos: IVAN OCTAVIO TORIBIO ALAYO

N° Registro :

87217

Fecha de Nacimiento : 15/12/1982 Sexo : M

Lugar de Nacimiento : LIMA

Lugar de Procedencia : CALLE SAN FRANCISCO 312 URB. SAN SALVADOR-TRUJILLO-TRUJILLO-LA

Profesion : ING. AGROINDUSTRIAL

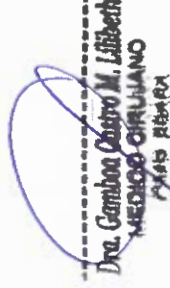
Telefono : 983274917

fecha	Empresa	Altitud	Actividad	Área de Trabajo	Ocupación	Tiempo de labor		Peligros/Agentes Ocupacionales	Uso EPP Tipo EPP
						Subsuelo	Superficie		
2010-2012	CARTAVIO S.A. - CARTAVIO	128.72 MSNM	PRODUCCION DE AZUCAR	SEGURIDAD	INSPECTOR DE SEGURIDAD	0	1 AÑO 6 MESES	MOV. Y POSICIONES DISERGONOMICAS, INSOLACIÓN, GOLPES, CAIDAS, RUIDO, POLVO	CASCO, LENTES, GUANTES, TAPONES AUDITIVOS, RESPIRADOR, OREJERAS, ZAPATOS DE SEGURIDAD
2012	TRANSPORTE CIDO - TRUJILLO	34 MSNM	TRANSPORTE	OPERACIONES	SUPERVISOR DE OPERACIONES	0	1 AÑO	MOV. Y POSICIONES DISERGONOMICAS, INSOLACIÓN, GOLPES, CAIDAS, RUIDO	CASCO, LENTES, GUANTES, TAPONES AUDITIVOS, RESPIRADOR, OREJERAS, ZAPATOS DE SEGURIDAD
2013 - 2024	GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES S.A.C. - TRUJILLO	34 MSNM	TRANSPORTE DE CARGA	OPERACIONES	JEFE SUCURSAL	0	11 AÑOS	MOV. Y POSICIONES DISERGONOMICAS, INSOLACIÓN, GOLPES, CAIDAS, RUIDO, POLVO	CASCO, LENTES, GUANTES, TAPONES AUDITIVOS, RESPIRADOR, OREJERAS, ZAPATOS DE SEGURIDAD

Fecha : miércoles 15 mayo 2024



Firma del Trabajador


Dra. Gamba Castro M. Lilbeth
MEDICO CIRUJANO
C.O.P. 18484

Firma y Sello

Médico:

FICHA DE ANTECEDENTES PATOLOGICOS

NOMBRES Y APELLIDOS TORIBIO ALAYO IVAN OCTAVIO **N° Ficha :** **87217**
EDAD 41 AÑOS **Fecha :** 15 mayo 2024
LUGAR DE NACIMIENTO LIMA
SEXO: MASCULINO
OCUPACION A LA QUE POSTULA JEFE DE SUCURSAL **LUGAR DE PROCEDENCIA:** CALLE SAN FRANCISCO 312 URB. SAN SALVADOR

1. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES:

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

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

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

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

Habitos Nosivos

Fumar SI () NO (X) **Numeros de Cigarrillos** _____
Licor SI (X) NO () **Tipo mas Frecuente** CERVEZA.
Frecuencia 1 VEZ CADA 2 MESES
Drogas SI () NO (X) **Tipo Probado o que Usa** _____
Frecuencia _____

Antecedentes Quirúrgicos

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

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

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

En caso de Varones

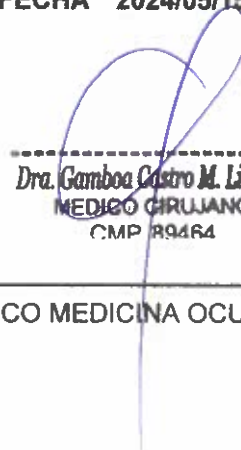
Número de hijos vivos : 02
Número de hijos fallecidos : 00
Número de abortos en sus parejas : 00
Precisar Causas : -N/A

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

FECHA 2024/05/15



FIRMA DEL POSTULANTE


Dra. Gamboa Castro M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
CMP 89464

MEDICO MEDICINA OCUPACIONAL

Cuestionario Nórdico de Signos y Síntomas Osteomusculares

1. DATOS PERSONALES

Nombre : IVAN OCTAVIO TORIBIO ALAYO

Edad en años cumplidos : 41 AÑOS

Fecha : 15/05/2024

Género : Masculino : ☒ Femenino : ☐

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

Años : Meses :

En promedio cuántas horas a la semana trabaja ? 48 hrs

Es Ud : Diestro : ☒ Zurdo : ☐



2. PROBLEMAS CON LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCIÓN

¿Cómo responder el cuestionario?

En este dibujo Ud. puede ver la posición aproximada de las partes del cuerpo referidos en el cuestionario. Ud. debe decidir cuál parte tiene o ha tenido molestias / problema (si lo ha tenido). por favor responda poniendo una x en el respectivo recuadro para cada pregunta

Para ser respondido por todos

Para ser respondido únicamente por quienes han tenido problemas

Ha tenido Ud. Durante cualquier tiempo en los últimos 12 meses problemas (molestias, dolor o disconfort) en :

Ha estado impedido en cualquier tiempo durante los pasados 12 meses para hacer sus rutinas habituales en el trabajo o su casa por este problema?

Ud. Ha tenido problemas durante los últimos 7 días?

Cuello : No ☒ Si ☐

No ☐ Si ☐

No ☐ Si ☐

Hombros : ☒ No
☐ Si, en el hombro derecho
☐ Si, en el hombro izquierdo
☐ Si, en el ambos hombros

No ☐ Si ☐

No ☐ Si ☐

Codos : ☒ No
☐ Si, en el codo derecho
☐ Si, en el codo izquierdo
☐ Si, en el ambos codos

No ☐ Si ☐

No ☐ Si ☐

Muñeca : ☒ No
☐ Si, en la muñeca/mano derecha
☐ Si, en la muñeca/mano izquierda
☐ Si, en el ambas muñecas/manos

No ☐ Si ☐

No ☐ Si ☐

Espalda Alta (Tórax) No ☒ Si ☐

No ☐ Si ☐

No ☐ Si ☐

Espalda Baja (Región Lumbar) No ☒ Si ☐

No ☐ Si ☐

No ☐ Si ☐

Una o ambas caderas/muslos No ☒ Si ☐

No ☐ Si ☐

No ☐ Si ☐

Una o ambas rodillas No ☒ Si ☐

No ☐ Si ☐

No ☐ Si ☐

Una o ambos tobillos/pies No ☒ Si ☐

No ☐ Si ☐

No ☐ Si ☐

2. PROBLEMAS CON LA ESPALDA BAJA

¿Cómo responder el cuestionario?

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



1- Ud. ha tenido problemas en la espalda baja (molestias, dolor o disconfort) ?

No ☒ Si ☐

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

2- Ud. ha estado hospitalizado por problemas de espalda baja ?

No ☐ Si ☐

3- Ud. ha tenido cambios de trabajo o actividad por problemas de espalda baja ?

No ☐ Si ☐

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

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

Si Ud. respondió 0 días a la pregunta 4, No responda las preguntas 5 a la 8

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

No ☐ Si ☐

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

No ☐ Si ☐

b. Actividades recreativas

No ☐ Si ☐

Cuestionario Nórdico de Signos y Síntomas Osteomusculares

87217

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

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

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

No ☐ Si ☐

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

No ☐ Si ☐

4. PROBLEMAS CON LOS HOMBROS

¿Cómo responder el cuestionario?

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



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

No ☒ Si ☐

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

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

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

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

No ☐ Si ☐

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

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

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

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

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

No ☐ Si ☐

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

No ☐ Si ☐

b. Actividades recreativas

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

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

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

No ☐ Si ☐

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

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

5. PROBLEMAS CON EL CUELLO

¿Cómo responder el cuestionario?

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



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

No ☒ Si ☐

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

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

No ☐ Si ☐

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

No ☐ Si ☐

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

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

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

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

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

No ☐ Si ☐

b. Actividades recreativas

No ☐ Si ☐

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

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

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

No ☐ Si ☐

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

No ☐ Si ☐

Dra. Gamboa Castro M. Lilbeth
MEDICO CIRUJANO
CMB 80444

Firma y sello del Médico

Firma Postulante

Gracias por su colaboración

I. FILIACION (a partir del registro médico)

Nº Ficha : **87217**

Apellidos y Nombres	TORIBIO ALAYO IVAN OCTAVIO			Fecha	15/05/2024		
DNI	41863401	Edad	41 AÑOS	Sexo	M ☒	F ☐	
Área de Trabajo	OPERACIONES						
Empresa	MINERA BARRICK PERU S.A.			Contrata	GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES S.A.		

II. Síntomas : Si ☐ No ☒ Cuales : NINGUNO

III. Tiempo de Experiencia: 11 AÑOS

IV. Uso de Faja Lumbar: Si ☐ No ☒

V. Adecuada Técnica de Levantamiento de Carga : Si ☐ No ☒

VI. Capacitación en Levantamiento de Carga : Si ☐ No ☒

VII. Examen Físico

1. Cabeza y Cuello

Movimiento :

Grado:

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

2. Miembros Superiores

a) Hombro

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

b) Brazo

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

c) Antebrazo

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

d) Muñeca

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

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

3. Tórax

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

4. Miembros Inferiores

a) Caderas

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

EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELETICA

b) Pierna

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

Flexión

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Extensión

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

c) Rodilla

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Flexión

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

Extensión

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

Rotación Interna

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

Rotación Externa

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

d) Tobillo

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Flexión

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

Extensión

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Fuerza Muscular (Grado)

1

2

3

4

5

X

5. Columna Vertebral

5.1. Desviación de eje:

5.2. Desviación de Columna :

Normal Derecha Concavidad Izquierda

Cervical : ☒ ☐ ☐
 Dorsal : ☒ ☐ ☐
 Lumbar : ☒ ☐ ☐

SI NO

Cifosis : ☐ ☒
 Escoliosis : ☐ ☒
 Lordosis : ☐ ☒
 Mixta : ☐ ☒

5.3. Palpación

DOLOR

5.4. Exploración :

SI NO

Cervical : ☐ ☒
 Dorsal : ☐ ☒
 Lumbar : ☐ ☒

Signo de Lasague SI NO

Derecho : ☐ ☒
 Izquierdo : ☐ ☒

VIII. Diagnóstico : Z00

IX. Recomendaciones y plan de acción :

-EVALUACION ANUAL.

IX. Tratamiento :

SI ☐NO ☒

XI. Conclusiones: Asintomatico :

SI ☒NO ☐

FIRMA DEL POSTULANTE

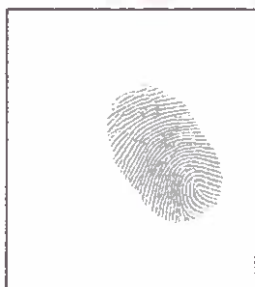
Dra. Gamboa Castro M. Lilibeth
 MEDICO CIRUJANO
 CMP 89464

MEDICO MEDICINA OCUPACIONAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE MUESTRA DE SANGRE

Yo.....MAN OCEANO TORRES ARAO....., de 41 años de edad,
identificado con DNI n° 71663401.....; habiendo recibido consejería e información acerca de
los exámenes en sangre que se me va a realizar según solicitud del protocolo médico de la
empresa Gestión de Servicios Ambulatorios SAC.....; y en pleno uso de
mis facultades mentales **AUTORIZO** se me tome la muestra de sangre para cumplir con los exámenes
pertinentes.

Trujillo, 15 de MAYO del 2024



Huella digital

Firma del paciente



Claudia Cristina Chavez-Vda.
Bióloga
C.A.B. 15230

**Firma y sello del
Consejero**



LABORATORIO CLÍNICO

Fecha : 15 mayo 2024

Trabajador : TORIBIO ALAYO IVAN OCTAVIO
Empresa Contratista :
GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES S.A.C

N° Ficha : 87217
Empresa :
MINERA BARRICK PERU S.A.

HEMATOLOGÍA

Grupo Sanguíneo : O	Leucocitos : 7 840 mm ³
Factor Rh : POSITIVO	Neutrofilos : 60 %
Hematocrito : 52 %	Abastondados : 00 %
Hemoglobina : 16.8 g/dl	Segmentados : 60 %
Hematíes : 5 720 000	Eosinofilos : 00 %
V.S.G : 7 mm/HORA	Basofilos : 00 %
Plaquetas : 249 000 mm ³	Linfocitos : 37 %
	Monocitos : 03 %

BIOQUÍMICA

Glucosa : 105.00 mg/dl Valores Normales 70 - 110 mg/dl
Creatinina : 0.90 mg/dl Valores Normales 0.8 - 1.4 mg/dl

SERO - INMUNOLÓGICO

RPR : NO REACTIVO

VIH : N/A

EXAMEN DE ORINA

Examen Físico :

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

Examen Químico :

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

Sedimento Unitario :

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

Drogas :

Cocaína : NEGATIVO

Marihuana : NEGATIVO

Observaciones :



Claudia Cristina Lopez
Biologa
C.B.P. 5230

Dra. Gamboa Castro M. Lilbeth
MEDICO CIRUJANO
CMP 89464

LABORATORIO CLÍNICO

87217

ANÁLISIS BIOQUÍMICOS

PACIENTE : IVAN OCTAVIO TORIBIO ALAYO

FECHA : miércoles 15 mayo 2024

CREATININA : 0.90 (V.N. 0.8 - 1.4 mg/dl)

COLESTEROL TOTAL : 151.00 (V.N. < 200 mg/dl)

L.DL. COLESTEROL : 83.25 (V.N. < 129 mg/dl)

H.D.L. COLESTEROL : 37.75 (V.N. 40 - 60 mg/dl)

V.L.D.L. COLESTEROL : 30.00 (V.N. < 30 mg/dl)

TRIGLICÉRIDOS : 150.00 (V.N. < 150 mg/dl)



Claudia Cristina Chávez Alcaida
Bióloga
C.B.P. 15290

V° B°

Dra. Gamboa Castro, Lilbeth
MÉDICO CIRUJANO
CMP 89464

Ubicamos en:

Trujillo: Av. Nicolas de Piérola 1106 Urb. San Fernando - Telf. 044-767608 Cel. 964385075 / Guillermo Prescott N°127 Urb. Sto. Dominguito Telf. 044-666120
Huamachuco: Jr. Leoncio Prado N°786 - Telf. 044-348070 E-mail: admision@horizontemedic.com
Junin - Huancayo: Av. Huancavelica N° 2225 - Telf.: 064-659554 E-mail: admision.huancayo@horizontemedic.com
990094744 - 969603777 / E-MAIL: admision.trujillo@horizontemedic.com - agarcia@horizontemedic.com

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA PRUEBA DE DOSAJE DE MARIHUANA Y COCAÍNA

Yo JUAN OCTAVIO TORIBIO SUYO
de 41 años de edad, con documento de identidad N° 41863401 trabajador () o postulante (X), de la
empresa GESTIÓN DE SERVICIOS AMBIENTALES SAC., autorizo al POLICLINICO HORIZONTE MEDIC, para
que se me realice el examen toxicológico de drogas en orina y/o saliva, según los protocolos establecidos y que los
resultados se entreguen directamente a la empresa.

Además, declaro que la información que brindaré a continuación es verdadera:

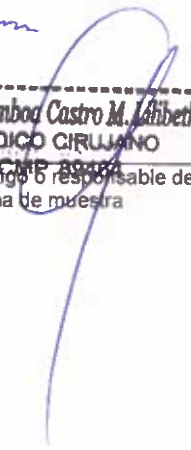
- ¿Sufre alguna enfermedad? SI () NO (✓) ¿Cuál? _____
- ¿Consume regularmente algún medicamento? SI () NO (✓) ¿Cuál? _____
- ¿Chaccha o mastica hoja de coca? SI () NO (✓) Especifique la fecha: _____
- ¿En las últimas 48 horas, se realizó algún tratamiento quirúrgico o dental? SI () NO (✓) Especifique cuál: _____
Especifique cuándo: _____
Especifique dónde: _____

TRUJILLO, 15 de MAYO del 2024

HORA, 8:00 am


Firma del paciente


Huella


Dra. Gamboa Castro M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
Firma del testigo o responsable de la toma de muestra



PLACA Nº	HCL			Lector														
NOMBRE	Ivan Octavio Toribio Alayo						Edad	41 años										
Fecha de Lectura	15	05	2024	Fecha de Radiografía			15	05	2024									
	Día	Mes	Año				Día	Mes	Año									
I. CALIDAD RADIOGRAFICA	1 Buena			Causas	1 sobre exposición		5	Escapulas										
	2 Aceptable				2 Subexposición		6	Artefactos										
	3 Baja Calidad				3 Posición Centrado	X	7	Otros										
	4 Inaceptable				4 Inspiración Insuficiente													
Comentario sobre defectos técnicos																		
II. ANORMALIDADES PARENQUIMATOSAS (si NO hay anomalías pase a III. A. Pleurales)																		
2.1. Zonas Afectadas (marque todas las zonas afectadas)			2.2. Profusión (opacidades pequeñas) (escala de 12 puntos) (Consulte las radiografías estándar - marque la subcategoría de profusión)			2.3 Forma y Tamaño: (Consulte las radiografías estándar; se requiere dos símbolos; marque un primario y un secundario)			2.4. Opacidades Grandes (Marque 0 si no hay ninguna o marque A, B o C.)									
	Der.	Izq.	0/-	0/0	0/1	Primaria		Secundaria		C								
Superior			1/0	1/1	1/2	p	q	p	s	A								
Medio			2/1	2/2	2/3	q	t	q	t	B								
Inferior			3/2	3/3	3/4	r	u	r	u	C								
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 de tórax			a	De 3 a 5 mm							
						2	Entre 1/4 y 1/2 de la pared lateral de tórax			b	De 5 a 10 mm							
						3	> 1/2 de la pared lateral de tórax			c	Mayor a 10 mm							
Pared torácica de perfil	0	D	I	0	D	I	0	D	0	I	D	I						
	1	2	3	1	2	3	a	b	c	a	b	c						
De Frente	0	D	I	0	D	I												
Diafragma	0	D	I	0	D	I												
Otro (s) Sitio (s)	0	D	I	0	D	I												
Obliteración del Ángulo Costofrénico							0	D	I									
3.2. Engrosamiento Difuso de la Pleura (0 = Ninguna, D = Hemitórax derecho; I = Hemitórax izquierdo)																		
Pared Torácica			Calcificación			Extensión			Ancho									
De perfil	0	D	I	0	D	I	0	D	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	dl	ef	em	es	od				
fr	hi	ho	id	ih	kl	me	pa	pb	pi	px	ra	rp	tb					
COMENTARIOS: Tórax sin alteraciones																		
Firma y Sello de Médico																		

Dr. Denis Alexie Vargas López
MEDICO RADIOLOGO
CMP 39178 RNE 17520

INFORME DE ELECTROCARDIOGRAMA

N° Ficha :

87217

Fecha informe : 15/05/2024

Nombre	IVAN OCTAVIO TORIBIO ALAYO
Edad	41 AÑOS
Empresa Contratista	GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES S.A.C.
Empresa	MINERA BARRICK PERU S.A.

RITMO	SINUSAL
F.C.	65 x min
P.R.	0.20
Q.R.S.	0.12
Q.T.C.	0.40
EJE	+30°

HALLAZGO NORMAL.
CONCLUSION

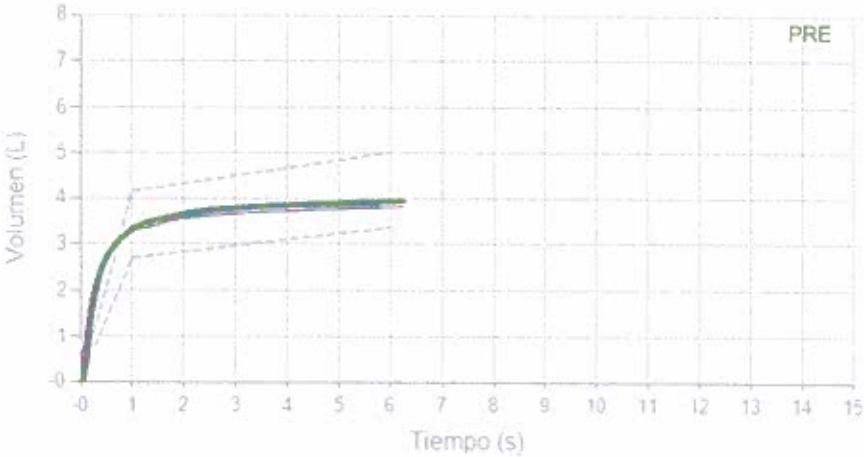
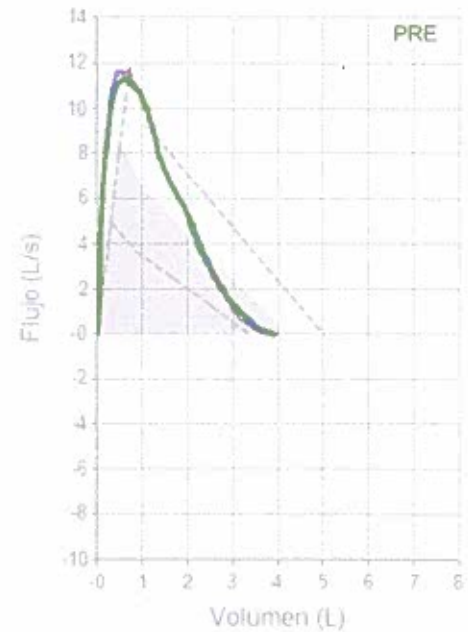
RECOMENDACIONES - EVALUACION ANUAL.

[Signature]
Dra. Gambia Castro, Lilbeth
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 88464

Resultados prueba de función pulmonar

Datos del paciente

ID del paciente	41863401	Edad	41
Apellido	TORIBIO ALAYO	Sexo	M
Nombre	IVAN OCTAVIO	Altura	168 cm
Fecha de	15/12/1982	Peso	94 kg
Grupo étnico	Otros	BMI	33.3
Fumar	No fumador	Paquete	00
Worklist			



Grado de control de calidad PRE: A

Ensayos aceptables: 3

Interpretación

Espirometría normal

Fecha de ensayo 15/05/2024 08:45

Parámetros		LLN	Pred	PRE	%Pred	Z-Score	PRE#1	PRE#2	PRE#3
FVC	L	3.37	4.19	3.94	94	-0.50	3.94	3.86	3.82
FEV1	L	2.71	3.44	3.34	97	-0.22	3.34	3.34	3.25
FEV1/FVC	%	72.38	82.09	84.77	103	0.51	84.80	86.50	85.10
FEV6	L	3.37	4.19	3.92	94	-0.54	3.92	3.86	3.80
FEV1/FEV6	%	72.38	82.09	85.20	104	0.59	85.20	86.50	85.50
PEF	L/s	4.95	8.36	11.67	140	1.59	11.36	11.63	11.67
FEF2575	L/s	2.01	3.48	3.91	112	0.41	3.91	4.31	4.15
FET	s	-	6.00	6.27	104	-	6.27	5.77	6.24
ELA	Years	-	41.42	46.00	111	-	46.00	46.00	49.00
FEV1/VC	%	-	-	-	-	-	-	-	-

BTPS 1.087 26 °C (78 °F) - Predicho GLI

Conclusión / Informe médico

Firma:

Kelly B. Bonifaz
ENFERMERA
CEP 71597

Dra. Gamboa Castro M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
RMP 89464

Instrumento usado
Spirobank II s/n Y20384

87217



Jr. Leoncio Prado N° 786 - Huamachuco

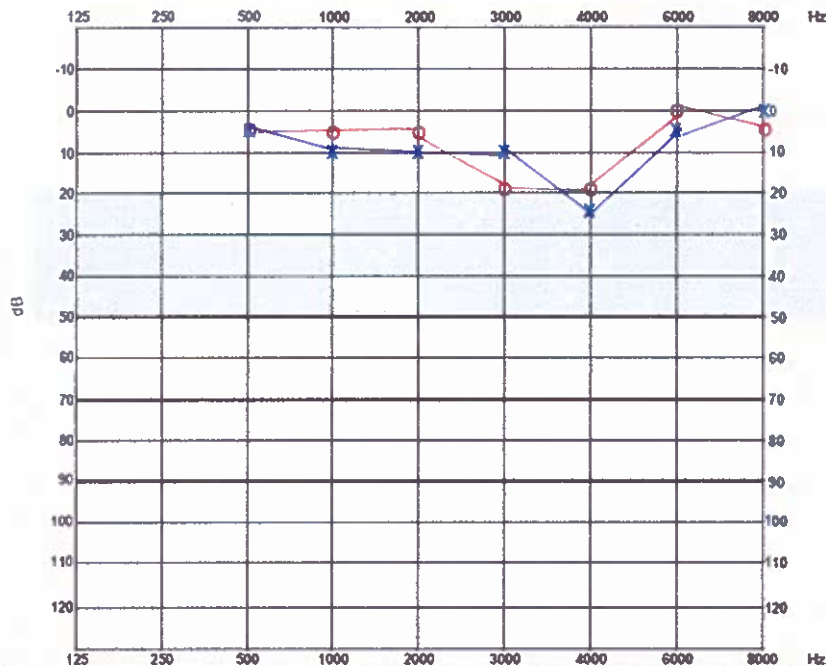
Telefono : 044-348070 / 990094744

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

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

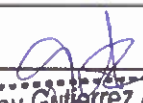
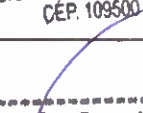
FICHA AUDIOLOGICA

Historia Clínica			Ficha Audiológica	87217	Audiómetro	Marca BELL INVENTIS	
Fecha del Examen	15/05/2024 dd / mm / aa	EXAMEN	Pre - Ocupacional (X)	Periódica ()		Modelo BELL PLUS	
			Retiro()	Anual ()		Calibración 01/03/2024	
Apellidos y Nombres		TORIBIO ALAYO IVAN OCTAVIO					
Edad	41 AÑOS	Sexo	M	Ocupación	JEFE DE SUCURSAL	Años de Trabajo	7
Empresa Contratista	GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES S.A.C.		Empresa	MINERA BARRICK PERU S.A.		Tiempo de exposición	8
Uso de Protectores Auditivos	Tapones () Orejeras ()		Apreciación del Ruido	Ruido muy intenso () Ruido moderado () Ruido no molesto (X)			
ANTECEDENTES relacionados			SI	NO			
Consumo de Tabaco				X	Disminución de la audición		X
Servicio Militar				X	Dolor de oídos		X
Hobbies con exposición a ruido			X		Zumbido		X
Exposición laboral a químicos				X	Mareos		X
Infección al Oído				X	Infección al oído		X
Uso de Ototoxicos				X	Otros		X
OTOSCOPIA:							



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

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

Conclusiones:	NORMAL	
Nombre del profesional que realiza la audiometría	SHIRLEY GUTIERREZ ARTEAGA	 Shirley Gutierrez Arteaga LIC. EN ENFERMERIA CEP. 109500 Sello y Firma
Nombre del Medico		 Dra. Gamboa Castro M. Lilbeth MEDICO CIRUJANO CMP 89464 Sello y Firma



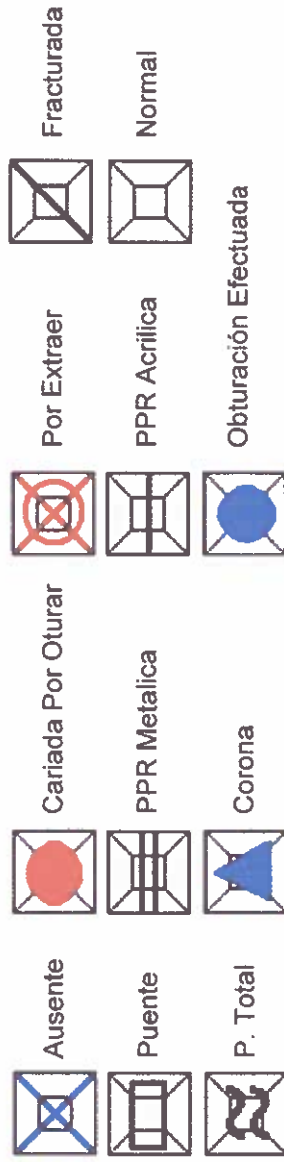
FICHA ODONTOLÓGICA DE IDENTIFICACIÓN DE PERSONAL

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

N° Ficha : **87217**

Nombres : IVAN OCTAVIO TORIBIO ALAYO Sexo : MASCULINO Edad : 41 años
Empresa: MINERA BARRICK PERU S.A. Contratista : GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES S.A.C.

LEYENDA



Piezas en mal estado: 0 Ausentes : 4 Por Extraer : 0 Obturaciones Efectuadas : 3
P.P.R. Metalicas : 0 Puentes : 0 P. Totales : 0 Cariadas por Oturar : 0
P.P.R. Acrilicas : 0 Coronas : 0 Normales : 25 Fracturadas : 0

Observaciones : NINGUNA

Lugar y Fecha : HUAMACHUCO - miércoles 15 mayo 2024

Dra. Carolina Castro M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
CMP R0464

V° B°

INFORME PSICOLÓGICO

Cod. Entrevista : 31733

N° de Ficha : **87217**

I.- DATOS DE FILIACIÓN

Nombre completo	IVAN OCTAVIO TORIBIO ALAYO	Fecha de Nacimiento	15 de diciembre
Edad	41 AÑOS	Lugar de Nacimiento	LIMA
Dirección	CALLE SAN FRANCISCO 312 URB. SAN	Estado Civil	CASADO
Grado de Instrucción	UNIVERSITARIO	Ocupación	ING. AGROINDUSTRIAL
Cargo a Desempeñar	JEFE DE SUCURSAL		
Empresa	MINERA BARRICK PERU S.A.	Fecha de Entrevista	miércoles 15 mayo 2024

II.- RESULTADOS

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

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

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

EL EXAMINADO DURANTE EL DESARROLLO DE SU EVALUACIÓN, PRESENTA MECANISMOS DE DEFENSAS APROPIADOS PARA AJUSTARSE A SITUACIONES ADVERSAS QUE DEMANDE EN SU ENTORNO, PERCIBE AL MEDIO EN EL QUE SE DESENVUELVE DE FORMA HOSTIL DEL CUAL DEBE PROTEGERSE. EVIDENCIA UN REGULAR CONTROL DE IMPULSOS; SIN EMBARGO, SUELE ACTUAR CON OBJETIVIDAD HACIENDO USO DE SUS RECURSOS PERSONALES, DENOTA CORRECTA PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO. POR OTRO LADO, PROYECTA ÉNFASIS EN LAS CRITICAS SOCIALES. ADEMÁS, CREA VÍNCULOS INTERPERSONALES ADECUADOS CON SUS PARES, BASADOS EN LA COMUNICACIÓN, FINALMENTE, MUESTRA PREDISPOSICIÓN PARA EL TRABAJO, RESPETA Y ASUME LAS NORMAS ESTABLECIDAS POR SU ENTORNO.

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

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

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

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

e.- Recomendaciones

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

III.- APTO PARA EL CARGO

SI



NO




Fiorella C. Asmat Meregildo
PSICÓLOGA
C.Ps.P. 27670

Ficha Oftalmológica

Nro Orden : **87217-H**

Nombres : IVAN OCTAVIO TORIBIO ALAYO

Edad: 41 años Fecha : miércoles 15 mayo 2024

Examen: PRE-OCUPACIONAL

Empresa: MINERA BARRICK PERU S.A.

Contrata: GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES S.A.C.

	<u>SIN CORREGIR</u>		<u>CORREGIDA</u>	
	<u>O.D</u>	<u>O.I</u>	<u>O.D</u>	<u>O.I</u>
Visión de Cerca :	20/50	20/40	20/20	20/20
Visión de Lejos :	20/70	20/70	20/20	20/20
Visión de Colores :	NORMAL			
Visión Binocular :	20/20			
Reflejos Pupilares :	CONSERVADO			
Enfermedades Oculares :	AMETROPIA MODERADA BILATERAL PRESBICIA			

Juliana Santiago Guzmán
TBC. ENFERMERIA
IP 125742

Dra. Gamboa Castro M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
CMP 19464

Nombre: Toribio Alayo Ivan Octavio

DNI: 41863401

Sexo: Masculino

Edad: 41 años. (15/12/1982)

Grupo sanguíneo: O+

Estado civil: Casado

Estudios: Universitarios

Domicilio: Calle Otawua 282

Empresa: Gestion De Servicios Ambientales S. A. C.

Usa lente óptico: Si

Usa lente de contacto: No

Usa audifono: No

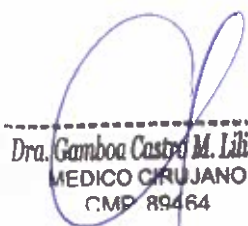
15/05/2024 - Licencia: N/A (General) - Tramite: Sin datos - RESULTADO: APROBADO

Test de visión y audición

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

Resultado: APROBADO

Responsable de este exámen: Administrador


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

FIRMA DEL EVALUADOR


FIRMA DEL EVALUADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZAR EL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Yo

IVAN OCTAVIO TORIBIO ALAYO

identificado con documento de identidad N°: **41863401** Con ocupacion laboral de:

JEFE DE SUCURSAL

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

GESTION DE SERVICIOS AMBIENTALES S.A.C.

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

Fecha: null

- 15 mayo 2024

Hora: 8.58 AM



Huella



Firma

