

INFORME MÉDICO

DATOS PERSONALES

Nombre : MENACHO ZEGARRA JORGE LUIS

Edad : 48 AÑOS

Puesto : CHOFER DE CAMIONETA

Empresa : OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A

Tipo : PRE-OCUPACIONAL

Fecha : 26 febrero 2025

A continuación le informamos los resultados de su evaluación médica:

Antecedentes Patológicos Importantes

ENFERMEDADES OCULARES

Antecedentes Familiares Importantes

NO CONTRIBUTORIOS

Examen clínico:

Peso : 75.9 Kg.

Talla : 1.70 m.

F.C : 62 min.

P.A : 130/60 mmHg.

Sat O2 : 98 %

IMC : 26.26 Kg/m2

F.R : 19 min.

Estado nutricional :

SOBREPESO

Medicina :

APTO

Examen oftalmológico :

-PRESBICIA

Examen odontológico :

1 CARIES DENTAL SIMPLE (PZA. 25) - TRATAMIENTO SUGERIDO: RESTAURACION

Evaluación psicológica :

CUMPLE CON EL PERFIL DEL PUESTO

Audiometría :

NORMAL

Radiografía Tórax :

NORMAL

Electrocardiograma :

DENTRO DE PARAMETROS NORMALES

Espirometría :

-NORMAL

EXAMENES DE LABORATORIO :

Grupo y Factor Sanguíneo : O - +

Hemograma : NORMAL

Hemoglobina : 14.8gr %

Hematocrito : 46

Colesterol : 160.00

Triglicéridos : 150.00

Examen de Orina: NORMAL

Glucosa : 97.00 mg/dl

70.00 - 110.00 mg/dl

- HOMBRES: (5500 - 13400) U/L

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

- MUJERES DE 16-39 AÑOS no embarazadas o tomando

anticonceptivos orales : (4400 - 11700) U/L

- MUJERES DE 18-41 AÑOS embarazadas o tomando

anticonceptivos orales: (3800 - 9500) U/L

Colinesterasa Serica : -

HALLAZGOS:

En la presente evaluación médica se encontró lo siguiente:

1. SOBREPESO, DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS.
2. PRESBICIA NO CORREGIDA. SE SUGIERE USO DE LENTES CORRECTORES. EVALUACION ANUAL POR OFTALMOLOGIA.
3. PTERIGIÓN BILATERAL GRADO I. SE SUGIERE USO DE LENTES CON PROTECCION UV. EVALUACION ANUAL POR OFTALMOLOGIA.
4. ODONTOGRAMA : 1 CARIES DENTAL SIMPLE (PZA. 25) - TRATAMIENTO SUGERIDO: RESTAURACION SIMPLE.

RECOMENDACIONES:

Las recomendaciones al respecto son las siguientes:

1. DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS.
2. SE SUGIERE USO DE LENTES CORRECTORES. EVALUACION ANUAL POR OFTALMOLOGIA.
3. SE SUGIERE USO DE LENTES CON PROTECCION UV. EVALUACION ANUAL POR OFTALMOLOGIA.
4. TRATAMIENTO SUGERIDO: RESTAURACION SIMPLE.

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

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

Atentamente,



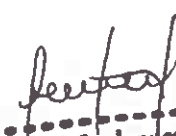
Dra. Schneider J. Soplopuyo Marce
MEDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 74582 RUM 00681

EVALUADOR

101574-TP

Sede : Trujillo-Pierola

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

CERTIFICA que el Sr.(a)					
NOMBRES Y APELLIDOS:		JORGE LUIS MENACHO ZEGARRA			
DNI :	40097127	EDAD :	48 AÑOS	GENERO :	MASCULINO GRUPO SANGUINEO : O+
EMPRESA :	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A			CONTRATISTA :	N/A
PUESTO AL QUE POSTULA :		CHOFER DE CAMIONETA			
OCUPACION ACTUAL O ULTIMA OCUPACION:		DOCENTE			
Nº HISTORIA CLINICA :		101574		TIPO DE EXAMEN :	PRE-OCUPACIONAL
CONCLUSIONES :					
1. SOBREPESO. 2. PRESBICIA NO CORREGIDA. 3. PTERIGIÓN BILATERAL GRADO I. 4. ODONTOGRAMA : 1 CARIES DENTAL SIMPLE (PZA. 25) -					
APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)		X		RESTRICCIONES :	
APTO CON RESTRICCION (para el puesto en el que trabaja)				NINGUNO.	
NO APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)					
CON OBSERVACIÓN					
EVALUADO					
RECOMENDACIONES :				 Dra. Schneider J. Soplopucó Marce MÉDICO OCUPACIONAL C.N.P. 74582 RNM 00881	
1. DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS. 2. SE SUGIERE USO DE LENTES CORRECTORES. EVALUACION ANUAL POR OFTALMOLOGIA. 3. SE SUGIERE USO DE LENTES CON PROTECCION UV. EVALUACION ANUAL POR OFTALMOLOGIA. 4. TRATAMIENTO SUGERIDO: RESTAURACION SIMPLE.					
Fecha : 26/02/2025 Hasta : 26/02/2026				Nombre : SOPLOPUCO MARCE SHNEIDER SELLO Y FIRMA DE MEDICO QUE CERTIFICA :	

EMPRESA ☒ OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A

CONTRATA ☒ N/A

Apellidos y Nombres : MENACHO ZEGARRA JORGE LUIS

PRE OCUPACIONAL ☒

ANUAL ☐

RETIRO ☐

REUBICACIÓN ☐

FECHA DEL EXAMEN : 26/02/2025		MINERALES EXPLOTADOS O PROCESADOS : NO APLICA	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO ANCASH 03/12/1976		DOMICILIO HABITUAL CASERIO HUANROC S/N-MACATE-SANTA- ANCASH	
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 48 AÑOS	SEXO M ☒ F ☐	DNI / CE / NIE 40097127 TELEFONO 968838599	ESTADO CIVIL soltero ☒ conviviente ☐ casado ☐ viudo ☐ divorciado ☐
GRADO DE INSTRUCCIÓN Analfabeto ☐ Sec.Com. ☐ Univers ☒ Prim.Com. ☐ Sec.Inc. ☐ Tecnico ☐ Prim.Inc. ☐			
Ruido ☒ Polvo ☒ Vib Segmentario ☒ Vib Total ☒	Cancer/genos ☐ Mutagenicos ☐ Solventes ☐ Metales ☐	Temperatura ☒ Biologicos ☐ Posturas ☒ Turnos ☐	Carga ☒ Mov.Repet. ☒ PVD ☐ Otros ☐
Puesto al que Postula : CHOFER DE CAMIONETA		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)		APENDICECTOMIA (1996), NIEGA DB, TBC, HTA, CONVULSIONES, ASMA, ALERGIAS, ACCIDENTES	
ANTECEDENTES FAMILIARES		INMUNIZACIONES	
NO CONTRIBUTIVOS		TETANO ☐ HEPATITIS - B ☐ FIEBRE AMARILLA ☐	
		NÚMERO DE HIJOS VIVOS MUERTOS 00 00	
HABITOS TABACO ALCOHOL DROGAS nada ☒ ☒ ☒ poco ☐ ☐ ☐ habitual ☐ ☐ ☐ excesivo ☐ ☐ ☐		TALLA PESO FUNCIÓN RESPIRATORIA (Espirometria) 1.70 mts. 75.9 Kg. FVC 121.96 l. FEV1 112.48 l. FEV1/FVC 74.41 % FEF 25-75% 80.98 l/s. Conclusión: -ESPIROMETRIA NORMAL.	
		TEMPERATURA 36.4 °C Cintura 82 cm. Cadera 86 cm. ICC 0.95	
CABEZA : NORMAL		CUELLO : CENTRAL, MOVIL	
PERIMETRO CUELLO : 42 cm		NARIZ : CENTRAL, PERMEABLE	
BOCA, AMIGDALAS, FARINGE, LARINGE :		DENTADURA Piezas en mal estado : 1	
HUMECTADA, NO HIPERTROFICAS, NO CONGESTIVAS		Piezas que faltan : 4	
OJOS	SIN CORREGIR O.D. O.I. 20/25 20/30 20/20 20/20	CORREGIDA O.D. O.I. 00 00 00 00	ENFERMEDADES OCULARES : -PRESBICIA -PTERIGIÓN BILATERAL GRADO I.
Visión de Cerca :			
Visión de Lejos :			
Visión de Colores :	NORMAL		REFLEJOS PUPILARES : CONSERVADO
OÍDOS Audición derecha 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 dB(A) 10 20 20 15 25 15 25		Audición izquierda 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 dB(A) 15 15 25 15 10 25 10	
OTOSCOPIA O.D. : NORMAL O.I. : NORMAL		F.Respiratoria : 19 x min. F.Cardiaca : 62 x min. Sat.O2 : 98 %	
Cardiovascular : RCRR, NO SOPLOS.		PRESIÓN ARTERIAL SISTEMATICA SISTÓLICA 130 mmHg DIASTÓLICA 60 mmHg	
PULMONES : Normal: ☒ Anormal ☐			
Descripción: BPMV EN ACP. NO RALES.			
Miembros Superiores : SIMÉTRICOS, NO DEFORMIDADES, MOTRICIDAD CONSERVADA.			
Miembros Inferiores : SIMÉTRICOS, NO DEFORMIDADES, MOTRICIDAD CONSERVADA.			

ANEXO 16
FICHA MEDICA OCUPACIONAL

SEDE : Trujillo-Pierola

S

REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS: CONSERVADOS				MARCHA : NORMAL				
COLUMNA VERTEBRAL: CENTRAL, MOVIL, CURVATURAS CONSERVADAS								
ABDOMEN: RHA(+), B/D, NO DOLOROSO A LA PALPACION, CICATRIZ DE 6 CM EN CID.				TACTO RECTAL NO SE HIZO ☒ ANORMAL ☐ NORMAL ☐ DESCRIBIR EN OBSERVACIÓN ☐				
ANILLOS INGUINALES CONSERVADOS		HERNIAS NO		VÁRICES NO				
ÓRGANOS GENITALES: DE CARACTER NORMAL				GANGLIOS LINFÁTICOS NO LINFADENOPATIAS				
LENGUAJE, ATENCIÓN , MEMORIA, INTELIGENCIA, ORIENTACIÓN ,AFECTIVIDAD NORMAL								
 N° RX 101574 FECHA 26/02/2025 CALIDAD 2 SÍMBOLOS N/A				VÉRTICES : LIBRES				
				HILIOS : NORMALES				
				SENOS : LIBRES		MEDIASTINOS : NORMALES		
				CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS : NORMAL		SILUETA CARDIOVASCULAR : NORMAL		
☒	☐	☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐	☐	REACCIONES SEROLOGICAS LUES	
0/0	1/0	1/1 1/2	2/1 2/2 2/3	3/2 3/3 3/+	A,B,C	St	a -Lues	
CERO	1/0	UNO	DOS	TRES	CUATRO		NEGATIVO ☐ POSITIVO ☐	
Sin neumoconiosis	IMAGEN RADIOGRAFICA de EXPOSICIÓN A POLVO	CON NEUMOCONIOSIS					OTROS EXÁMENES -HEMOGRAMA: NORMAL -GLUCOSA: 97.00 mg/dl -CREATININA: N/A mg/dl -VSG: N/A. -EX ORINA: NORMAL. -COCAINA: NEGATIVO. -MARIHUANA: NEGATIVO	
GRUPO SANGUINEO O ☒ A ☐ B ☐ AB ☐ Rh(-) ☐ Rh(+) ☒					Hemoglobina/Hematocrito 14.8 gr. %			Perfil lipidico: Colesterol total 160.00 mg/dl L.D.L: 90.00 H.D.L: 40.00 V.L.D.L: 30.00 Trigliceridos: 150.00
ORINA								
APTO PARA TRABAJAR SI ☒ NO ☐ Revaluación en empresa ☐		NOMBRES Y APELLIDOS DEL MÉDICO / COLEGIATURA ARTEMIO A. GARCIA CABRERA MÉDICO CIRUJANO OCUPACIONAL AUDITOR C.M.P 052198 P. A. A004-20 FIRMA Y SELLO						
OBSERVACIONES : <u>1. SOBREPESO. DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS.</u> <u>2. PRESBICIA NO CORREGIDA. SE SUGIERE USO DE LENTES CORRECTORES. EVALUACION ANUAL POR OFTALMOLOGIA.</u> <u>3. PTERIGIÓN BILATERAL GRADO I. SE SUGIERE USO DE LENTES CON PROTECCION UV. EVALUACION ANUAL POR OFTALMOLOGIA.</u> <u>4. ODONTOGRAMA : 1 CARIES DENTAL SIMPLE (PZA. 25) - TRATAMIENTO SUGERIDO: RESTAURACION SIMPLE.</u>								
						 Firma del examinado		
						 Huella Digital Índice Derecho. Declaro que toda la información es verdadera		

Nombre: Menacho Zegarra Jorge Luis
 DNI: 40097127
 Sexo: Masculino
 Edad: 48 años. (3/12/1976)
 Grupo sanguíneo: 0 +
 Estado civil: Soltero
 Estudios: Universitarios
 Domicilio: Caserio Huanroc S/n- Ancash
 Empresa: Obrascón Huarte Lain S. A.

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

26/02/2025 - Licencia: A2 - B (Profesional) - Tramite: Sin datos - RESULTADO: APROBADO

Test de visión y audición

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

Resultado: APROBADO

Responsable de este exámen: Administrador

Test de reactimetría simple

Prueba #1: 0.21 Segundos (Muy rápido)	Prueba #2: 0.27 Segundos (Muy rápido)
Prueba #3: 0.27 Segundos (Muy rápido)	Prueba #4: 0.23 Segundos (Muy rápido)
Prueba #5: 0.43 Segundos (Medio lento)	Prueba #6: 0.26 Segundos (Muy rápido)
Prueba #7: 0.28 Segundos (Muy rápido)	Prueba #8: 0.29 Segundos (Muy rápido)
Prueba #9: 0.29 Segundos (Muy rápido)	Prueba #10: 0.36 Segundos (Rápido)

Resultado: APROBADO Promedio: 0.29 Segundos

Responsable de este exámen: Administrador

Test de palancas

Tiempo de error: 2.61 (Aprobado)
 Cantidad de errores: 3 (Aprobado)
 Tiempo de exámen: 48.00 (Aprobado)

Resultado: APROBADO

Responsable de este exámen: Administrador

Test de punteado

Cantidad de errores: 10 (Aprobado)
 Cantidad de aciertos: 49 (Aprobado)
 Tiempo de acierto: 5.07 (Aprobado)

Resultado: APROBADO

Responsable de este exámen: Administrador

ARTEMIO A. GARCIA CARRERA
 MÉDICO CIRUJANO DENTACIONAL
 AUDIÓLOGO
 C.M.P. 052192 - R.A. A 04-20

FIRMA DEL EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO

1. FILIACION (a partir del registro médico)

Nº Ficha : **101574**

Apellidos y Nombres	MENACHO ZEGARRA JORGE LUIS			Fecha	26/02/2025		
DNI	40097127	Edad	48 AÑOS	Sexo	M ☒	F ☐	
Área de Trabajo	SERVICIOS GENERALES			Brevete			
Empresa	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A			Contrata	N/A		
Años de Experiencia	10 AÑOS	años		Primera Actitud	☒	Revalidación	☐

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

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

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

FC x min	62	FR x min	19	PA mmHg	130/60	Talla (m)	1.70	Peso (kg)	75.9	IMC	26.26	P. de Cuello (cm)	42
P. de cintura (cm)	82	P. Cadera (cm)	86	ICC	0.95	P. Torácico Inspiración (cm)		P. Torácico espiración (cm)					

	Si	No		Si	No
Limitación en fuerza y/o movilidad de extremidades (Mayor a 5Kg / fuerza cada mano)	☐	☒	Presencia de nistagmus	☐	☒
Alteración presente del equilibrio. (Romberg)	☐	☒	Anormalidad en movimientos oculares	☐	☒
Anormalidad en la marcha con ojos cerrados.	☐	☒	Pupilas no CILRA	☐	☒
Alteración de la coordinación (dedo índice nariz)	☐	☒	Anormalidad del lenguaje	☐	☒
Asimetría Facial	☐	☒	Movimientos involuntarios	☐	☒

Detalle información:

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

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

5. OTROS DATOS DE RELEVANCIA

Detalle las medicinas que están tomando:

Otros :

6. CONCLUSION DE LA EVALUACION FUNCIONAL

APTO PARA CONDUCCION DE VEHICULOS		NO APTO	OBSERVADO	APTO	APTO CON RESTRICCION
DESDE	26/02/2025	HASTA	26/02/2026	☒	☐

7. COMENTARIOS

Nombre y Apellidos del Médico - N° de Colegiatura : ...

Observaciones y Recomendaciones: - CORREGIR AGUDEZA VISUAL PARA LECTURA DE CERCA.
- SOBREPESO. DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS.

ARTEMIO A. GARCIA CABRERA
MÉDICO CIRUJANO OCUPACIONAL
AUDITOR
C.M.P 95219R - P. 6 A004-20

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

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

Firma del trabajador o postulante

DNI 40097127

Indice Derecho



HORIZONTE MEDIC
CUIDAMOS SU SALUD

- Sede Huancayo: Av. Huancavelica N°2225 - Distrito El Tambo Telf. 064-659554
- Sede Huamachuco: Jr. Leoncio Prado N°786 Cel.990094744-969603777 Telf. 044-348070
- Sede Trujillo: Av. Nicolas de Piérola N°1106 Urb. San Fernando Cel. 964385075
Cl. Guillermo Prescott N°127 Urb. Sto. Domingo Telf. 044-767608
Web : www.horizontemedic.com

Pag. 01

S

Sede : Trujillo-Pierola

FICHA DE DETECCIÓN DE S.A.S
(Síndrome de Apnea de sueño)

101574

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

1.- FILIACIÓN			
Apellidos y Nombres		MENACHO ZEGARRA JORGE LUIS	
Fecha :		26/02/2025	
DNI	40097127	F. Nacimiento :	03/12/1976
Sexo :		Masculino (X) Femenino ()	
Área de trabajo		SERVICIOS GENERALES	
Tipo Licencia :		A II B	
Empresa Contratista		N/A	
Empresa		OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A	
Trabaja de noche		Si () No (X)	
# días trabajo :		-	
# días descanso :		-	
Años en que trabaja en dicho horario de trabajo		- AÑOS	
2.- ANTECEDENTES PERSONALES			
Ápnea del sueño		Si () No (X)	
Último control		NO APLICA	
HTA: SI () NO (X)		Medicación : (riesgo > 2)	
Polisomnografía (PSG) realizada alguna vez :		Si () No (X)	
Fecha de última PSG		NO APLICA	
Antecedente de Choque de vehículo		En mina: SI () NO (X)	
Fuera de mina: SI () No (X)		(si es no, pase a sección 3)	
Detalle lo siguiente de los antecedentes de (los) choques (incidentes o accidentes) :			
		SI	NO
Criterio 1: Se "cabeceó" y por ello le ocurrió un accidente (incidente) con un vehículo (alguna vez)			X
Criterio 2 (2 o más es positivo)			
Accidente ocurrido entre las últimas 5 horas de un turno nocturno o entre las 14 y 17 horas (tarde)			X
AUSENCIA DE evidencia de maniobra evasiva del chofer para evitar la colisión			X
Colisión frontal del vehículo contra otro, cayó a un precipicio, río o chocó contra un poste, puente, edificio u otra estructura estática sin motivo aparente.			X
Vehículo que invadió el otro carril o se desvió sin causa aparente			X
El conductor no recuerda claramente lo ocurrido 10 segundos antes del impacto			X
El conductor tomó alguna medicación o recientemente terminó un tratamiento con medicinas que causan somnolencia (benzodicepinas, antihistamínicos, relajantes musculares o antidepresivos, etc)			X
El conductor se encontraba en horas extra (excediendo sus horas habituales de trabajo) o realizando días adicionales de trabajo (sobretiempo)			X
Clasificación del (los) "choques" o accidentes vehiculares del postulante (marque solo una categoría)		SI	NO
Accidente confirmado por Somnolencia (Criterio 1 positivo)			X
Accidente con alta sospecha de somnolencia (Criterio 2 positivo)			X
Accidente con escasa evidencia / sospecha por somnolencia (solo 1 ítem de Criterio 2)			X
No se dispone de datos suficientes para clasificar el (los) incidentes			X
Accidente no debido a somnolencia (información suficiente que descarta somnolencia)			X
3.- ENTREVISTA AL PACIENTE :			
		SI	NO
En los últimos años, su pareja o esposa le ha comentado que ronca al dormir		X	
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que hace ruidos al respirar mientras duerme			X
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que deja de respirar cuando duerme (pausa respiratoria)			X
Comparado con sus compañeros, usted siente que tiene más sueño o cansancio que ellos mientras trabaja			X
4.- PUNTUACION DE LA ESCALA DE EPWORTH (ESS) (Nunca=0, Poca=1, Moderada=2, Alta=3)		Total de Puntos Sumatoria > 10***	
		01	

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

Firma del trabajador o postulante
DNI : 40097127

Indice Dactilar

5.- EXÁMEN FÍSICO :

Peso (Kg): 75.9	Talla (mts) : 1.70	IMC (Kg/m2) : 26.26	(> 30 es de alto riesgo)
Circunferencia de cuello : 42 cm.	VARÓN (menor de 43,2 cm, es normal) Normal : SI (X) NO ()	MUJER (menor de 40,6 cm, es normal) Normal : SI () NO ()	S
P. Sistólica : 130 mmHg.	P. Diastólica : 60 mmHg.	HTA Nueva : SI () NO (X)	

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



Grado I ()



Grado II (X)



Grado III ()



Grado IV ()

6.- CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN

* Ampliación: Oximetría, Polisomnografía, Seguimiento de tratamiento Y/O Interconsulta

RIESGO ALTO: (criterio A o B positivo)

Criterio A: Excesiva somnolencia determinada por ESS mayor de 15 o cabeceo presenciado durante la evaluación (espera) antecedente de accidente por somnolencia o con alta sospecha por somnolencia. (Último año)

Criterio B: Antecedentes de SAS sin control reciente o sin cumplimiento de tratamiento (con CPAP o cirugía)

Acción requerida: en RIESGO ALTO, el paciente requiere pruebas ampliatorias (oximetría, PSG o certificación de cumplimiento de tratamiento de apnea del sueño)

RIESGO MEDIO: (Criterio C, D o E positivo)

Criterio C: Historia de higiene de sueño sugiere SAS (presencia de ronquidos, pausas respiratorias, Epworth > 10)

Criterio D: Cumple con 2 o más de los siguientes:

IMC mayor o igual a 30

Hipertensión Arterial (nueva, no controlada con una sola medicación)

Circunferencia del cuello anormal

Puntuación de Epworth mayor de 10 y menor de 16

Antecedente de trastorno del sueño (diagnosticado) sin seguimiento

Índice de apnea-hipopnea (AHI) mayor de 5 y menor de 30

Criterio E: Evaluación de vía aérea superior patológico (Mallampati III o IV)

Acción requerida: en RIESGO MEDIO, el paciente TIENE 3 MESES de aptitud TEMPORAL. Requiere pruebas ampliatorias (oximetría, PSG o certificación de cumplimiento de tratamiento de apnea del sueño) antes de emitir aptitud por 12 meses.

RIESGO BAJO:

Apto con bajo riesgo de Apnea del sueño (ningún criterio positivo)

Nombre y Apellidos del Médico - N° de Colegiatura

.. - CMP

Observaciones /recomendaciones:

ARTEMIO A. GARCÍA CABRERA
MEDICO ESPECIALISTA EN OTO-RINOLARINGOLOGIA
Firma y Sello Médico
C.M.P. 052198743 04-20

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

Firma del trabajador o postulante
DNI : 40097127

Índice Derecho

HISTORIA OCUPACIONAL

Sede : Trujillo-Pierola

Nombres y Apellidos: JORGE LUIS MENACHO ZEGARRA

N° Registro : 101574

Sexo : M

Fecha de Nacimiento : 03/12/1976

Lugar de Nacimiento : ANCASH

Lugar de Procedencia : CASERIO HUANROC S/N-MACATE-SANTA-ANCASH

Profesion : DOCENTE

Telefono : 968838599

fecha	Empresa	Altitud	Actividad	Área de Trabajo	Ocupación	Tiempo de labor		Peligros/Agentes Ocupacionales	Uso EPP Tipo EPP
						Subsuelo	Superficie		
2015-2021	DISTRITO DE MACATE-MACATE	2712 MSNM	EDUCACION	PEDAGOGICA	DOCENTE	0	5 AÑOS	MOV. Y POSICIONES DISERGONOMICAS,GOLPES, CAIDAS	NINGUNO
2022	ACCIONA SAN MARTIN-HUARAZ	3052 MSNM	CONSTRUCCION	OPERACIONES MINA	CHOFER DE CAMIONETA	0	1 AÑO	MOV. Y POSICIONES DISERGONOMICAS, CHOQUES, VOLCADOS, VIBRACIONESBAJAS,CAIDA DE ROCAS, BAJAS TEMPERATURAS,RUIDO, POLVO	CASCO, LENTES, GUANTES,TAPONES AUDITIVOS, RESPIRADOR, OREJERAS,ZAPATOS DE SEGURIDAD
2023-2025	OBRASCON HUARTE LAIN SA-CASMA	210 MSNM	CONSTRUCCION	OPERACIONES	CHOFER DE CAMIONETA	0	1 AÑO 3 MESES	MOV. Y POSICIONES DISERGONOMICAS, CHOQUES, VOLCADOS, VIBRACIONESBAJAS,CAIDA DE ROCAS, BAJAS TEMPERATURAS,RUIDO, POLVO	CASCO, LENTES, GUANTES,TAPONES AUDITIVOS, RESPIRADOR, OREJERAS,ZAPATOS DE SEGURIDAD

Fecha : miércoles 26 febrero 2025



Firma del Trabajador

Médico: . . .

Firma y Sello

ARTEMIO A. GARCIA CABRERA
MEDICO CIRUJANO OCUPACIONAL
C.M.P. 042198 - R.A. A804-20

FICHA DE ANTECEDENTES PATOLOGICOS

NOMBRES Y APELLIDOS MENACHO ZEGARRA JORGE LUIS **N° Ficha :** **101574**
EDAD 48 AÑOS **Sede :** Trujillo-Pierola
LUGAR DE NACIMIENTO ANCASH **Fecha :** 26 febrero 2025
SEXO: MASCULINO
OCUPACION A LA QUE POSTULA CHOFER DE CAMIONETA **LUGAR DE PROCEDENCIA:** CASERIO HUANROC S/N

1. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES:

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

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

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

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

Habitos Nosivos

Fumar SI () NO ()

Licor SI () NO (X)

Drogas SI () NO (X)

Numero de Cigarrillos

Tipo mas Frecuente

Frecuencia

Tipo Probado o que Usa

Frecuencia

Antecedentes Quirúrgicos

S

Fecha	Hospital (Nombre - Lugar) Operación	Operación	Días Hospitalización	Complicaciones
1996	HOSPITAL DE CHIMBOTE-CHIMBOTE	APENDICECTOMIA	10	NINGUNA

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 : 00
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 2025/02/26



FIRMA DEL POSTULANTE



ARTEMIO GARCIA CABRERA
MEDICO CIRUJANO OCUPACIONAL
AUDITO
C.M.P 052196-PA A004-20

MEDICO MEDICINA OCUPACIONAL

Cuestionario Nórdico de Signos y Síntomas Osteomusculares

1. DATOS PERSONALES

Nombre : JORGE LUIS MENACHO ZEGARRA

Edad en años cumplidos : 48 AÑOS

Fecha : 26/02/2025

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 ? 60 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 discomfort) 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 discomfort 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 discomfort) ?

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

Cuestionario Nórdico de Signos y Síntomas Osteomusculares

101574

Sede : Trujillo-Pierola

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 ?

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

No ☐ Si ☐

b. Actividades recreativas

No ☐ Si ☐

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 ☐

ARTEMIO A. GARCIA CABRERA
MÉDICO CIRUJANO ORTOPÉDICO
AUDITOR
C.M.P. 052191 P.A. 4004-20

Firma y sello del Médico

[Firma]
Firma Postulante

Gracias por su colaboración

EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELETICA

S

Sede : Trujillo-Pierola

b) Pierna

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

Flexión
Extensión

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

c) Rodilla

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

Flexión
Extensión
Rotación Interna
Rotación Externa

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

d) Tobillo

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

Flexión
Extensión

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

Fuerza Muscular (Grado)

1

2

3

4

5

X

5. Columna Vertebral

5.1. Desviación de eje:

Normal Derecha Concavidad Izquierda

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

5.2. Desviación de Columna :

SI NO

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

5.3. Palpación

DOLOR

SI NO

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

5.4. Exploración :

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

ARTEMIO A. GARCIA ABRERA
MÉDICO CIRUJANO OCUPACIONAL
AUDITOR
C.M.P 052198 - P.A. 004-20

MEDICO MEDICINA OCUPACIONAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE MUESTRA DE SANGRE

Yo..... **JORGE LUIS MENACHO ZEGARRA**....., de **48** años de edad, identificado con DNI n° **40097127**; 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 **OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A** ; y en pleno uso de mis facultades mentales **AUTORIZO** se me tome la muestra de sangre para cumplir con los exámenes pertinentes.

26 de Febrero de 2025



Huella



Firma del Paciente




Cristina Cruzado Chavez Alcantara
BIÓLOGA
C.B.P. 15230

Firma y sello del Consejero

101574-TP

Trujillo-Pierola

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha : 26 febrero 2025

Trabajador : MENACHO ZEGARRA JORGE LUIS

N° Ficha : 101574

Empresa Contratista :

N/A

Empresa :

OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A

HEMATOLOGÍA

Grupo Sanguíneo : O	Leucocitos : 7 660 mm ³
Factor Rh : POSITIVO	Neutrofilos : 60 %
Hematocrito : 46 %	Abastionados : 00 %
Hemoglobina : 14.8 g/dl	Segmentados : 60 %
Hematíes : 5 060 000	Eosinofilos : 01 %
V.S.G : N/A	Basofilos : 00 %
Plaquetas : 242 000 mm ³	Linfocitos : 37 %
	Monocitos : 02 %

BIOQUÍMICA

Glucosa : 97.00 mg/dl	Valores Normales 70 - 110 mg/dl
Creatinina : N/A mg/dl	Valores Normales 0.8 - 1.4 mg/dl

SERO - INMUNOLÓGICO

RPR : N/A

VIH : N/A

EXAMEN DE ORINA

Examen Fisico :

Color : AMARILLO CLARO	Aspecto : TRANSPARENTE
Densidad : 1.025	PH : 5.0

Examen Químico :

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



Claudia Cruzado Chavez Alcantara
BIÓLOGA
C.B.P. 15230

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 :

ARTEMIO A. GARCIA S. ABRERA
MÉDICO CIRUJANO GENERAL
A.U.P.
C.B.P. 05219 - N.A. 404-20

LABORATORIO CLÍNICO

101574

Trujillo-Pierola

ANÁLISIS BIOQUÍMICOS

PACIENTE	:	<u>JORGE LUIS MENACHO ZEGARRA</u>
FECHA	:	<u>miércoles 26 febrero 2025</u>
CREATININA	:	- (V.N. 0.8 - 1.4 mg/dl)
COLESTEROL TOTAL	:	160.00 (V.N. < 200 mg/dl)
L.DL. COLESTEROL	:	90.00 (V.N. < 129 mg/dl)
H.D.L. COLESTEROL	:	40.00 (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)



Cruzado
Claudia Cruzado Chavez Alcántara
BIÓLOGA
C.B.P. 15230

V° B°

ARTEMIO A. GARCIA CABRERA
MÉDICO CIRUJANO GENERAL
C.M.P. 052 1004-20

Nro Orden : **101574**

Apellidos y Nombres : JORGE LUIS MENACHO ZEGARRA

Edad : 48 AÑOS

DNI: 40097127

Fecha : 26 febrero 2025

BIOQUÍMICA

MUESTRA : SUERO

PRUEBA	RESULTADO	VALORES NORMALES
ÁCIDO ÚRICO SÉRICO	4.40	Mujeres : 2.5 - 6.8 mg/dl Hombres : 3.6 - 7.7 mg/dl

Trujillo, miércoles 26 febrero 2025



Claudia Cristina Chaves Alcántara
BIÓLOGA
C.B.P. 15230

Artemio A. García Abrera
ARTEMIO A. GARCÍA ABRERA
MÉDICO CIRUJANO OCUPACIONAL
C.M.P. 052 98 - F.A. 4004-20

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

Yo..... **JORGE LUIS MENACHO ZEGARRA** de **48** años de edad, identificado con DNI n° **40097127**; habiendo recibido consejería e información acerca de la prueba para el panel de 5 drogas en orina; y en pleno uso de mis facultades mentales AUTORIZO se me tome la muestra para el dosaje de dichas sustancias, así mismo me comprometo a regresar para recibir la consejería Post - Test y mis resultados.

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

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

26 de Febrero del 2025



Huella



Firma del Paciente

ARTEMIO A. GARCIA CABRERA
MÉDICO CIRUJANO OCUPACIONAL
AUXILIAR
C.M.P. 0521 - P.A. 2004-20

Firma y sello del Consejero



FORMULARIO DE INFORME RADIOGRAFICO CON METODOLOGIA OIT

PLACA Nº	101574		HCL	101574		Lector		RAMOS BRAVO HECTOR											
NOMBRE	MENACHO ZEGARRA JORGE LUIS							Edad		48 AÑOS									
Fecha de Lectura	26	2	2025	Fecha de Radiografía				26	2	2025									
	Día	Mes	Año					Día	Mes	Año									
I. CALIDAD RADIOGRAFICA	1 Buena	X		Causas	1 sobre exposición			5	Escapulas										
	2 Aceptable				2 Subexposición			6	Artefactos										
	3 Baja Calidad				3 Posición Centrado	X		7	Otros										
	4 Inaceptable				4 Inspiración Insuficiente														
Comentario sobre defectos técnicos																			
II. ANORMALIDADES PARENQUIMATOSAS (si NO hay anormalidades 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 estandar - 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				O						
Superior				1/0	1/1.	1/2.	p	q	p	s			A						
Medio				2/1.	2/2.	2/3.	q	t	q	t			B						
Inferior				3/2.	3/3.	3/+	r	u	r	u			C						
III. ANORMALIDADES PLEURALES (si NO hay anormalidades 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 circulo la respuesta adecuada; si rodea od, escriba a continuacion un COMENTARIO)																			
aa	at	ax	bu	ca	cg	cn	co	cp	cv	di	ef	em	es	od					
fr	hi	ho	id	ih	ki	me	pa	pb	pi	px	ra	rp	tb						
COMENTARIOS: TORAX RADIOGRAFICAMENTE NORMAL																			
Firma y Sello de Médico																			
Dr. Héctor Ramos Bravo Médico Radiólogo C.M.P 65162 R.N.E 40339																			

POLICLINICO HORIZONTE MEDIC
26.02.2025

MENACHO ZEGARRA JORGE LUIS
40097127
101574



ms:80.00
mAs:10.00

NOMBRE: MENACHO ZEGARRA JORGE LUIS

EDAD: 48 AÑOS

HCL: 101574

FECHA: 26-02-2025.

RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBAR.

INFORME:

El estudio radiográfico representado en incidencia frontal y lateral muestra:

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

CONCLUSIÓN:

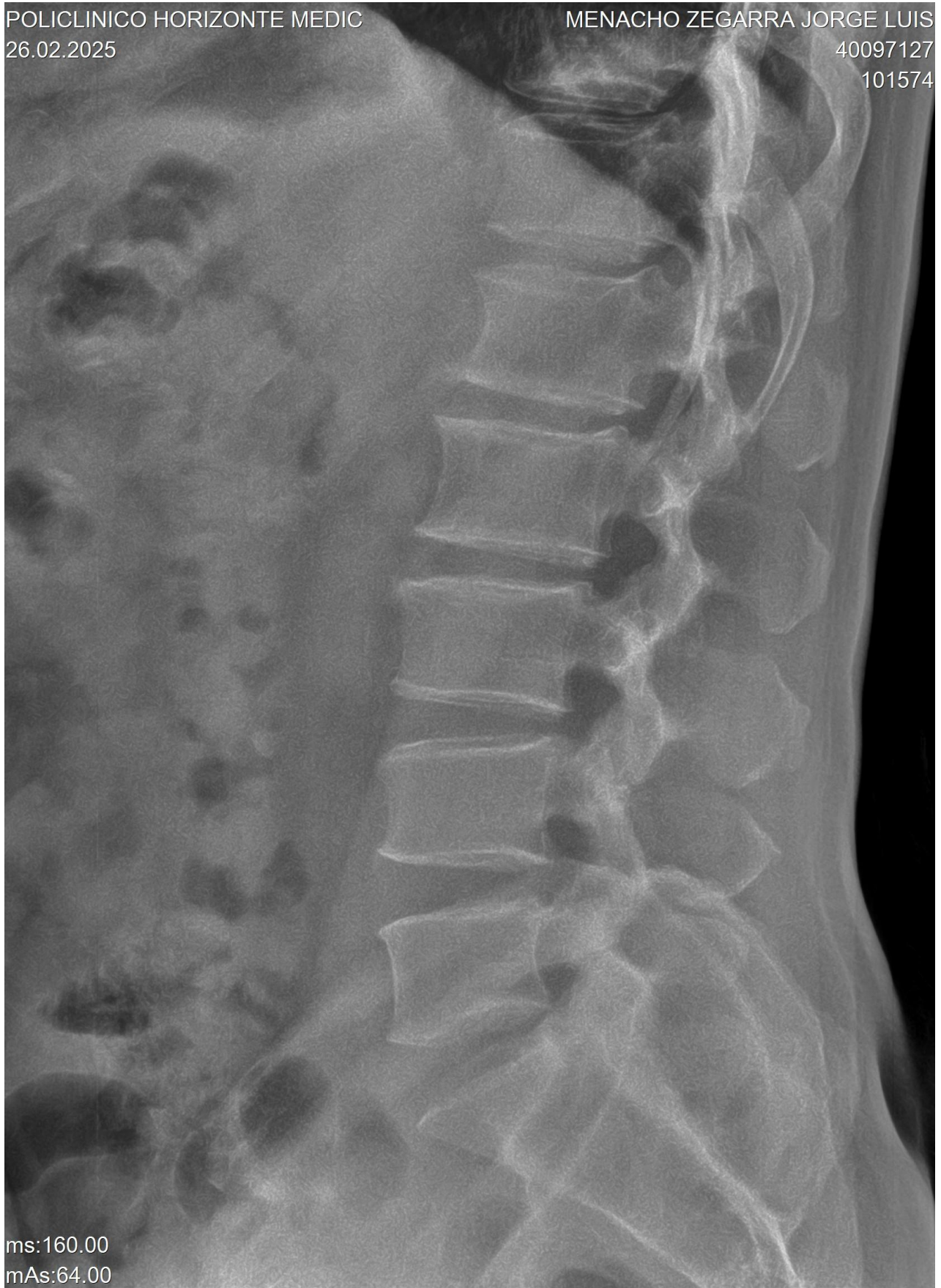
-RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBAR DENTRO DE PARÁMETROS CONSERVADOS.



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

POLICLINICO HORIZONTE MEDIC
26.02.2025

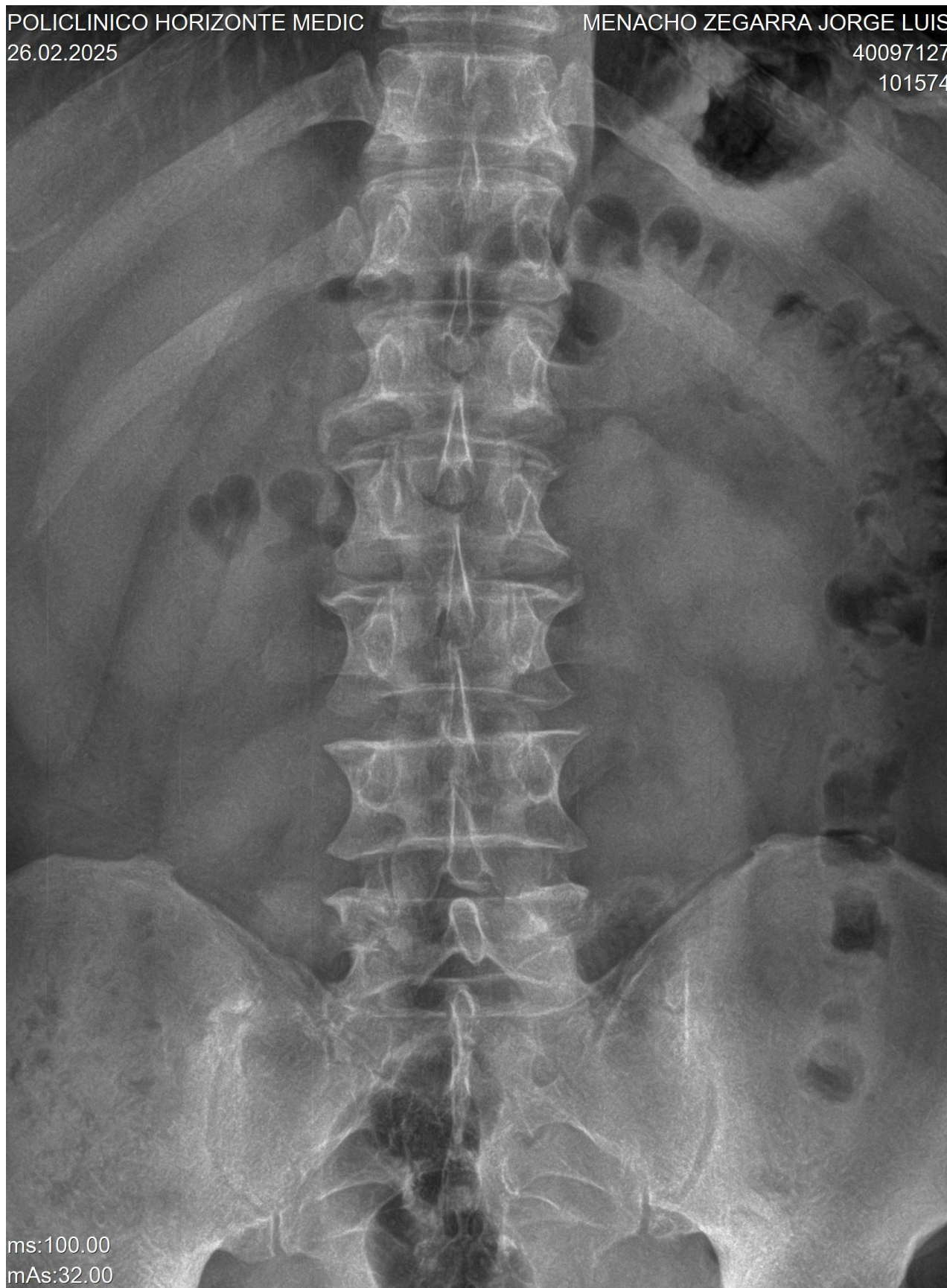
MENACHO ZEGARRA JORGE LUIS
40097127
101574



ms:160.00
mAs:64.00

POLICLINICO HORIZONTE MEDIC
26.02.2025

MENACHO ZEGARRA JORGE LUIS
40097127
101574



ms:100.00
mAs:32.00

Sede : Trujillo-Pierola

INFORME DE ELECTROCARDIOGRAMA

Nº Ficha :

101574

Fecha informe : 26 febrero 2025

Empresa : OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A		
Apellidos y Nombres : JORGE LUIS MENACHO ZEGARRA		DNI : 40097127
Procedencia : ANCASH	Edad : 48 AÑOS	Sexo : Masculino
Antecedentes Cardiológicos :		
Presión Arterial : 130/60 mmHg		

Ritmo : SINUSAL

Frecuencia : 60 x min

Eje : +75°

Onda P : 80 ms

Segmento PR : 200ms

Onda QRS : 100ms

Segmento ST : ISOELETRICO

Onda T : NORMAL

Segmento QT : 400ms

Observaciones :

CONCLUSION : DENTRO DE PARAMETROS NORMALES

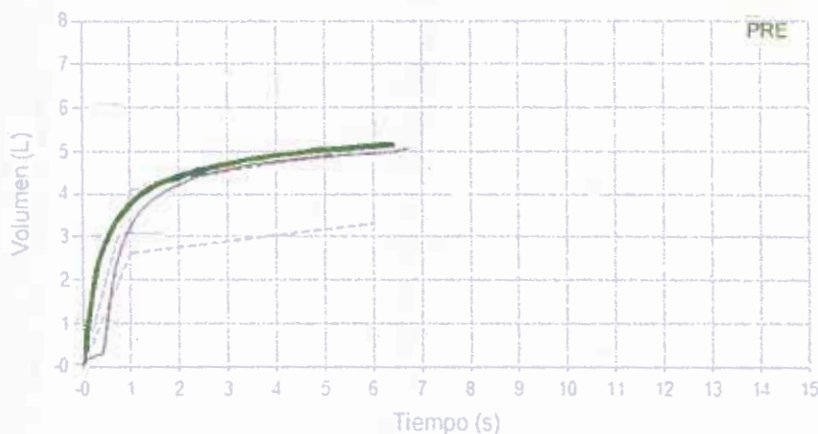
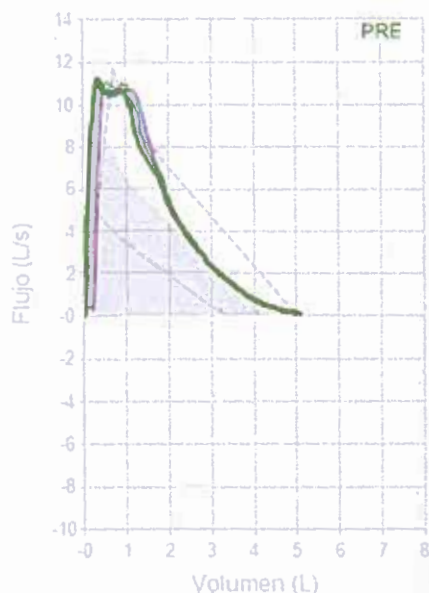
RECOMENDACIONES: - EVALUACION ANUAL.


Dr. IRVIN ACUÑA REYES
CMP. 85074 RNE. 44885
CARDIOLOGÍA

Firma y Sello del Evaluador

Resultados prueba de función pulmonar

ID del paciente 40097127
 Apellido MENACHO
 Nombre JORGE LUIS
 Fecha de nacimiento 03/12/1976 (48 años)
 Grupo étnico Otros
 Fumar No fumador
 Worklist
 Sexo M
 Altura 170 cm
 Peso 76 kg
 BMI 26.3
 Paquete 00



Grado de control de calidad PRE: FVC A, FEV1 A

Ensayos aceptables: 3

Interpretación

Espirometría normal



Fecha de ensayo 26/02/2025 07:50

Parámetros		LLN	Pred	PRE	%Pred	Z-Score	PRE#1	PRE#2	PRE#3
FVC	L	3.31	4.17	5.08	121.96	1.74	5.08	5.03	4.95
FEV1	L	2.62	3.36	3.78	112.48	0.97	3.72	3.78	3.76
FEV1/FVC	%	70.81	80.79	74.41	92.10	-1.08	73.20	75.10	76.00
FEV6	L	3.31	4.17	5.03	120.76	1.65	5.03	4.98	4.89
FEV1/FEV6	%	70.81	80.79	74.00	91.60	-1.15	74.00	75.90	76.90
PEF	L/s	4.89	8.31	11.36	136.75	1.47	11.22	11.21	11.15
FEF2575	L/s	1.77	3.24	2.62	80.98	-0.63	2.62	2.87	2.95
FET	s	-	6.00	6.37	106.17	-	6.37	6.44	6.67
ELA	Years	-	48	48	100.00	-	48	48	48
FEV1/VC	%	-	-	-	-	-	-	-	-

BTPS 1.073 - Temperatura: 29 °C (84 °F) - Predicho. GLI - Posición. No especifica

Conclusión / Informe médico

Rojas Abanto Rojas
 LIC. EN ENFERMERIA
 C.E.P. 11537

ARTEMIO A. GARCIA ABRERA
 MEDICO CIRUJANO GENERAL
 AUDITOR
 C.M.P. 852198 - R.A. 1004-20

Doctor Signature

[Signature]



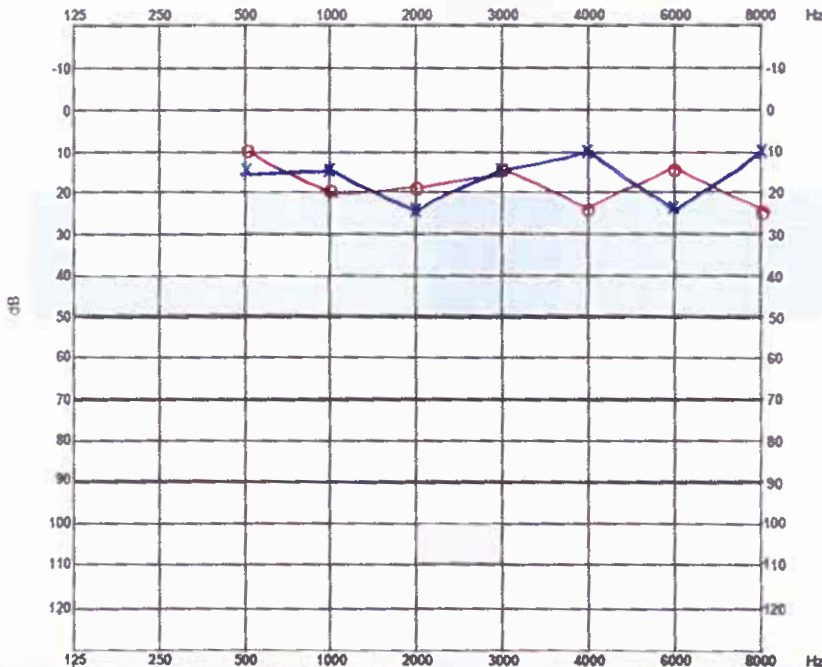
Instrumento usado

Spirobank II s/n Y20384

Last calibration check: 26/02/2025 07:15

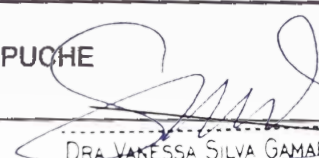
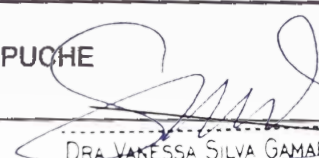
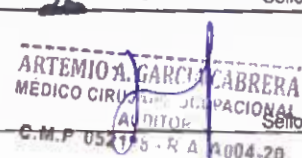
FICHA AUDIOLOGICA

Historia Clínica				Ficha Audiológica	101574	Audiómetro	Marca	BELL INVENTIS
Fecha del Examen	26/02/2025 dd / mm / aa	EXAMEN	Pre - Ocupacional (X)	Periódica ()	Modelo		BELL PLUS	
			Retiro()	Anual ()	Calibración		01/03/2024	
Apellidos y Nombres		MENACHO ZEGARRA JORGE LUIS						
Edad	48 AÑOS	Sexo	M	Ocupación	CHOFER DE CAMIONETA	Años de Trabajo	11	
Empresa Contratista	N/A			Empresa	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A	Tiempo de exposición	8 H/D	
Uso de Protectores Auditivos	Tapones () Orejeras ()		Apreciación del Ruido	Ruido muy Intenso () Ruido moderado (X) Ruido no molesto ()				
ANTECEDENTES relacionados			SI	NO				
Consumo de Tabaco				X	Disminución de la audición		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.	

LOGOaudiometría		
	DERECHA	IZQUIERDA
Umbral de discriminación		
% de discriminación		
Umbral de Confort MCL		
Umbral de discomfort UCL		

Conclusiones:	NORMAL	
Nombre del profesional que realiza la audiometría	JEMIMA ESTHER GOMEZ PUPUCHE	 JEMIMA ESTHER GOMEZ PUPUCHE LIC. EN FARMACIA C.E.P. 103498 Sello y Firma
Nombre del Medico	 DRA. VANESSA SILVA GAMARRA MEDICO OTORRINOLARINGOLOGO C.M.P. 73667 R.N.E. 43047	 ARTEMIO A. GARCIA CABRERA MEDICO CIRUJANO OTOLOGO C.M.P. 05215 - R.A. 4004-20 Sello y Firma

Handwritten signature and fingerprint

FICHA ODONTOGRAFICA DE IDENTIFICACIÓN DE PERSONAL

S

Sede Huancayo: Av. Huancavelica N°2225 - Distrito El Tambo Telf. 044-608034
Sede Huamachuco: Jr. Leoncio Prado N°786 Cel. 990094744-969603777 Telf. 044-348070
Sede Trujillo: Av. Nicolas de Piérola N°1106 Urb. San Fernando Cel. 964385075
Cl. Guillermo Prescott N°127 Urb. Sto. Dominguito Telf. 044-767608
Web : www.horizontemedic.com

N° Ficha : **101574**

Sede : Trujillo-Pierola

Sexo : MASCULINO

Edad : 48 años

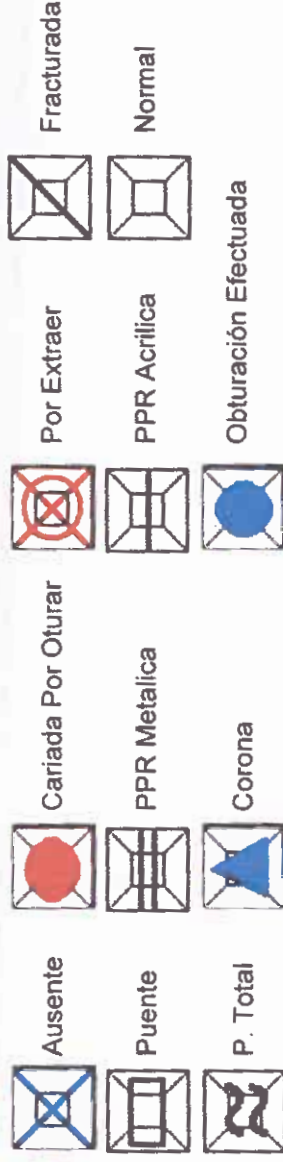
Fecha : miércoles 26 febrero 2025

Nombres : JORGE LUIS MENACHO ZEGARRA

Empresa: OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A

Contratista : N/A

LEYENDA



Piezas en mal estado: 1 Ausentes : 4 Por Extraer : 0 Obturaciones Efectuadas : 9
P.P.R. Metalicas : 0 Puentes : 0 P. Totales : 0 Cariadas por Oturar : 1
P.P.R. Acrilicas : 4 Coronas : 0 Normales : 14 Fracturadas : 0

Observaciones :

1 CARIES DENTAL SIMPLE (PZA. 25) - TRATAMIENTO SUGERIDO. RESTAURACION SIMPLE.

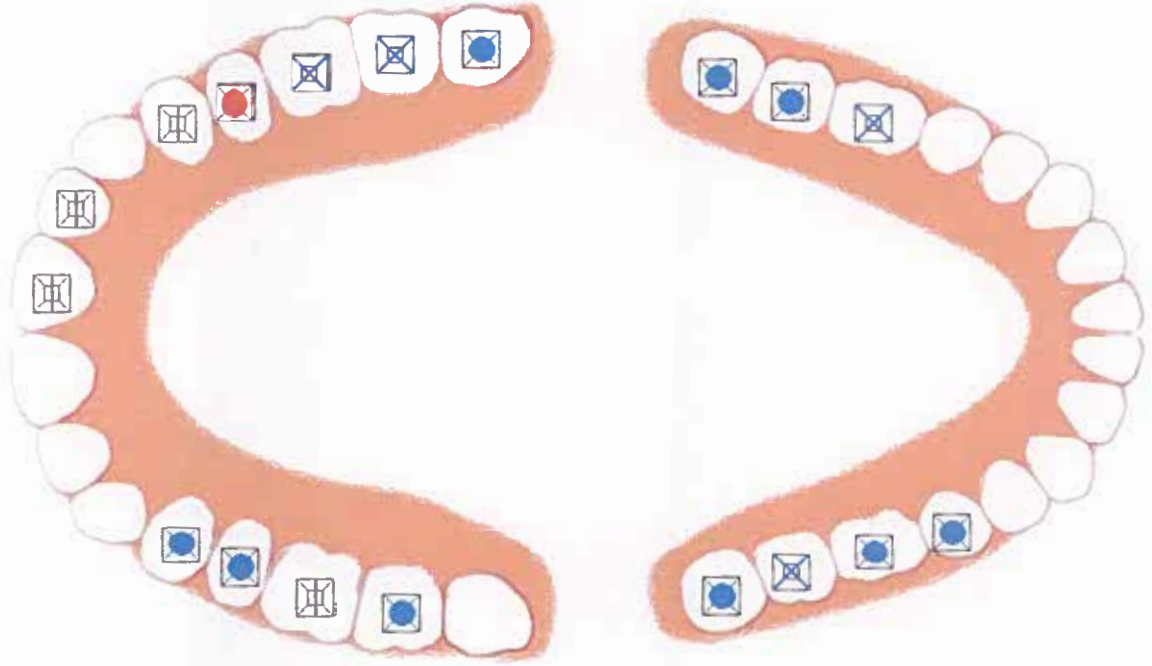
Lugar y Fecha :

Trujillo - miércoles 26 febrero 2025





C.D. CARLOS N. ALVAREZ PAEZ
Cirujano Dentista
COP N° 48469



Sede : Trujillo-Pierola

Cod. Entrevista : 39518

N° de Ficha : **101574**

INFORME PSICOLÓGICO

I.- DATOS DE FILIACIÓN

Nombre completo	JORGE LUIS MENACHO ZEGARRA	Fecha de Nacimiento	03 de diciembre
Edad	48 AÑOS	Lugar de Nacimiento	ANCASH
Dirección	CASERIO HUANROC S/N	Estado Civil	SOLTERO
Grado de Instrucción	UNIVERSITARIO	Ocupación	DOCENTE
Cargo a Desempeñar	CHOFER DE CAMIONETA		
Empresa	OBRASCÓN HUARTE LAÍN S A	Fecha de Entrevista	miércoles 26 febrero 2025

II.- RESULTADOS

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

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

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

EN EL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN, EL EXAMINADO DENOTA MECANISMOS DE DEFENSAS PARA LIDIAR CON SITUACIONES COMPLEJAS QUE PERCIBA EN EL MEDIO EN EL QUE SE DESENVUELVA, PRESENTA CARACTERÍSTICAS DE TENSIÓN Y PREOCUPACIÓN EN RELACIÓN A SITUACIONES PRESENTES. POSEE REGULAR GESTIÓN DE EMOCIONES Y DE PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO. PROYECTA REGULAR CONTACTO SOCIAL CON NECESIDAD DE APOYO DE SU MEDIO. NO PRESENTA FOBIAS ADICIONALES, EVIDENCIANDO ASÍ LA CAPACIDAD PARA ADAPTARSE A DIFERENTES SITUACIONES DE SU CONTEXTO LABORAL. FINALMENTE, MANIFIESTA QUE SUS PRINCIPALES FORTALEZAS SON SER ORGANIZADO, HOGAREÑO Y DEDICADO. ASÍ MISMO, MENCIONA QUE DESEA FORTALECER SU CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN.

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

CAPACITAR Y SUPERVISAR EN ACTIVIDADES PARA EL TRABAJO
ORIENTACION Y CONSEJERIA PSICOLOGICA
ASISTIR A TALLERES DE RELAJACION
EVALUACION PSICOLOGICA ANUAL/PERIODICA


Dr. María Rodríguez Salvatierra
PSICOLOGA EN SALUD OCUPACIONAL
C.P.S. P. 35937

III.- APTO PARA EL CARGO

SI



NO



INFORME PSICOLÓGICO - SOMNOLENCIA Y FATIGA

N° de Ficha : **101574**

I.- DATOS DE AFILIACIÓN

Nombre completo	JORGE LUIS MENACHO ZEGARRA
Empresa	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A
Cargo	CHOFER DE CAMIONETA
Edad	48 AÑOS
Grado de Instrucción	UNIVERSITARIO
Fecha de Entrevista	miércoles 26 febrero 2025

II.- RESULTADOS

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

III.- ANÁLISIS FODA

Fortalezas / Oportunidades: --

Fortalezas / Oportunidades: --

IV.- OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Recomendaciones

ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA PSICOLÓGICA

CONCLUSIONES

APTO


Ana María Rodríguez Salvatierra
PSICOLOGA EN SALUD OCUPACIONAL
C. P. 35937

Ficha Oftalmológica

Nro Orden : **101574-H**

Sede : Trujillo-Pierola

Nombres : JORGE LUIS MENACHO ZEGARRA

Edad: 48 años

Fecha : miércoles 26 febrero 2025

Examen: PRE-OCUPACIONAL

Empresa: OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A

Contrata: N/A

SIN CORREGIR

O.D

O.I

Visión de Cerca :

20/25

20/30

Visión de Lejos :

20/20

20/20

Visión de Colores :

NORMAL

Visión Binocular :

20/20

Reflejos Pupilares :

CONSERVADO

Enfermedades Oculares :

-PRESBICIA

-PTERIGIÓN BILATERAL GRADO I.

CORREGIDA

O.D

O.I

00

00

00

00

ARTEMIO A. GARCIA CABRERA
MÉDICO CIRUJANO OCULAR
AUDIÓLOGO
C.M.P. 052490-1-1-1014-20

Mariella Encomenderos Pêre.
LIC. EN ENFERMERÍA
CEP 6937

DECLARACIÓN JURADA DE INFORMACIÓN DE APTITUD MÉDICO
OCUPACIONAL

Yo, Jorge Luis Menaecho Zegorra

de 48 años de edad, identificado(a) con DNI N°: 40097127

postulante al cargo de conductor, para la empresa

OBRASCON HUARTE LAIN S.A., declaro haber sido informado sobre la APTITUD y

RECOMENDACIONES de mi examen médico psicoocupacional Realizado en el

Policlínico Horizonte Medic de la ciudad de Trujillo.

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

Trujillo, 26 de febrero 2025.

Jorge Luis Menaecho Zegorra

FIRMA

DNI: 40097127



Huella Digital

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZAR
EL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL**

Yo **JORGE LUIS MENACHO ZEGARRA**

identificado con documento de identidad N°: **40097127** Con ocupacion laboral de:

CHOFER DE CAMIONETA

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

OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A

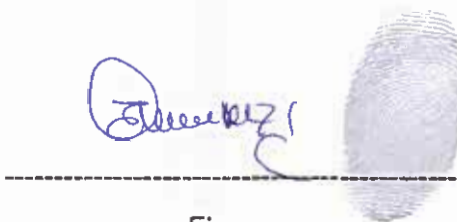
De acuerdo a los peligros y riesgos identificados en mi puesto de trabajo. En ese sentido en forma consiente y voluntaria doy mi consentimiento, para que se me realice el examen médico ocupacional de acuerdo a la Resolución ministerial N° 312-2011/MINSA . Y doy fe que la información brindada a HORIZONTE 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: 26 febrero 2025

Hora: 9.30 AM



Huella



Firma

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

Apellido:
MENACHO ZEGARRA

Nombre:
JORGE LUIS

Nº de licencia:
E40087127

Clase:
A

Fecha de Expedición:
04/10/2011

Categoría:
Dos b profesional

Fecha de Vigencia:
03/01/2028

FIRMA DEL TITULAR



Sexo:
5

Nº de Pasaporte:
40087127

Fecha de Nacimiento:
03/12/1976

Domicilio:
CASERIO HUANROC SIN MACATE SANTA ANCASH

Restricciones:
SIN RESTRICCIONES

Grupo y Factor Sangre:
O+

Donación de Órganos:
NO

Comunidad:
CB

AUTORIZACION COMPETENTE

