

INFORME MÉDICO

DATOS PERSONALES

Nombre : BAZÁN MELGAR JUAN DIEGO

Edad : 30 AÑOS

Puesto : SUPERVISOR

Empresa : OBRASCÓN HUARTE LAIN

Tipo : PRE-OCUPACIONAL

Fecha : 16 septiembre 2024

A continuación le informamos los resultados de su evaluación médica:

Antecedentes Patológicos Importantes

ENFERMEDADES OCULARES

Antecedentes Familiares Importantes

NO CONTRIBUTORIOS

Examen clínico:

Peso : 74.5 Kg.

Talla : 1.76 m.

F.C : 64 min.

P.A : 120/60 mmHg.

Sat O2 : 97 %

IMC : 24.05 Kg/m2

F.R : 19 min.

Estado nutricional :

NORMAL

Medicina :

APTO CON RESTRICCIÓN

Examen oftalmológico :

AMETROPIA LEVE EN OJO DERECHO

Examen odontológico :

1 CARIES DENTAL SIMPLE (PZA. 18) - TRATAMIENTO SUGERIDO: RESTAURACION SIMPLE

Evaluación psicológica :

CUMPLE CON EL PERFIL DEL PUESTO

Audiometría :

NORMAL

Radiografía Tórax :

NORMAL

Electrocardiograma :

NORMAL.

Espirometría :

-NORMAL

EXAMENES DE LABORATORIO :

Grupo y Factor Sanguíneo : O - +

Hemograma : NORMAL

Hemoglobina : 16.4gr %

Hematocrito : 51

Colesterol : 160.00

Triglicéridos : 82.00

Examen de Orina: NORMAL

Glucosa : 80.73 mg/dl

70.00 - 110.00 mg/dl

- HOMBRES: (5500 - 13400) U/L

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

- MUJERES DE 16-39 AÑOS no embarazadas o tomando

anticonceptivos orales : (4400 - 11700) U/L

- MUJERES DE 18-41 AÑOS embarazadas o tomando

anticonceptivos orales: (3800 - 9500) U/L

Colinesterasa Serica : -

Ubícanos en nuestras Sedes:

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

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

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

HALLAZGOS:

En la presente evaluación médica se encontró lo siguiente:

1. AMETROPIA LEVE EN OJO DERECHO CORREGIDA. CONTINUAR USO DE LENTES CORRECTORES. EVALUACION ANUAL POR OFTALMOLOGIA.
2. ODONTOGRAMA : 1 CARIES DENTAL SIMPLE (PZA. 18). TRATAMIENTO SUGERIDO: RESTAURACION SIMPLE.
3. RX DE COLUMNA LUMBAR. LEVE HIPERLORDOSIS LUMBAR Y ESCOLIOSIS DE CONCAVIDAD IZQUIERDA. NO SUBIR DE PESO. PRACTICAR HIGIENE POSTURAL Y REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. EVALUACION ANUAL POR TRAUMATOLOGIA.

RECOMENDACIONES:

Las recomendaciones al respecto son las siguientes:

1. CONTINUAR USO DE LENTES CORRECTORES. EVALUACION ANUAL POR OFTALMOLOGIA.
2. TRATAMIENTO SUGERIDO: RESTAURACION SIMPLE.
3. NO SUBIR DE PESO. PRACTICAR HIGIENE POSTURAL Y REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. EVALUACION ANUAL POR TRAUMATOLOGIA.

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

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

Atentamente,



Dr. José Franco R. Silva Rea^{do}
FISIOTERAPEUTA Y MEDICO AMOC '12
C.M.P. 51088 - R.N.E. 20026 N.Y. 31818

Ubícanos en nuestras Sedes:

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

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

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

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

CERTIFICA que el Sr.(a)							
NOMBRES Y APELLIDOS:		JUAN DIEGO BAZÁN MELGAR					
DNI :	71221181	EDAD :	30 AÑOS	GENERO :	MASCULINO GRUPO SANGUINEO : O+		
EMPRESA :		OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A		CONTRATISTA	CEORZA S.A.C.		
PUESTO AL QUE POSTULA :		SUPERVISOR					
OCUPACION ACTUAL O ULTIMA OCUPACION:		ING. FORESTAL					
N° HISTORIA CLINICA :		94040		TIPO DE EXAMEN :	PRE-OCUPACIONAL		
CONCLUSIONES :							
1. AMETROPIA LEVE EN OJO DERECHO CORREGIDA. 2. ODONTOGRAMA : 1 CARIES DENTAL SIMPLE (PZA. 18). 3. RX DE COLUMNA LUMBAR. LEVE HIPERLORDOSIS LUMBAR Y ESCOLIOSIS DE CONCAVIDAD IZQUIERDA.							
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)							
CON OBSERVACIÓN							
EVALUADO							
RECOMENDACIONES : 1. CONTINUAR USO DE LENTES CORRECTORES. EVALUACION ANUAL POR OFTALMOLOGIA. 2. TRATAMIENTO SUGERIDO: RESTAURACION SIMPLE. 3. NO SUBIR DE PESO. PRACTICAR HIGIENE POSTURAL Y REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. EVALUACION ANUAL POR TRAUMATOLOGIA.				 Dr. José Franco R. Silva Recaño MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDICINA DEL TRABAJO C.O.M.P. 61038 - R.O.M.E. 20020 N° 31818			
Nombre : ..				SELO Y FIRMA DE MEDICO QUE CERTIFICA :			
Fecha : 16/09/2024		Hasta : 16/09/2025					

EMPRESA ☒ OBRASCÓN HUARTE IAIN S.A

CONTRATA ☒ GEORZA S.A.C.

Apellidos y Nombres : BAZÁN MELGAR JUAN DIEGO

PRE OCUPACIONAL ☒

ANUAL ☐

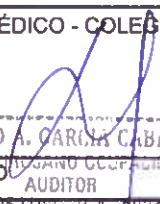
RETIRO ☐

REUBICACIÓN ☐

FECHA DEL EXAMEN : 16/09/2024		MINERALES EXPLOTADOS O PROCESADOS : NO APLICA	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO Cajamarca 03/02/1994		DOMICILIO HABITUAL Av. Manco Capac #1115 LOS BAÑOS DEL INCA-CAJAMARCA- CAJAMARCA	SUPERFICIE ☒ CONCENTRADOR ☐ SUBSUELO ☐
ALTURA DE LA LABOR (MSNM) Debajo 2500 ☒ 2501 a 3000 ☐ 3001 a 3500 ☐		3501 a 4000 ☐ 4001 a 4500 ☐ Mas de 4501 ☐	
EDAD 30 AÑOS	SEXO M ☒ F ☐	DNI / CE / NIE 71221181 TELEFONO	ESTADO CIVIL soltero ☒ casado ☐ conviviente ☐ viudo ☐ divorciado ☐
GRADO DE INSTRUCCIÓN Analfabeto ☐ Prim.Com. ☐ Prim.Inc. ☐		Sec.Com. ☐ Sec.Inc. ☐ Univers ☒ Tecnico ☐	
Ruido ☒ Polvo ☒ Vib Segmentario ☐ Vib Total ☐	Cancerígenos ☐ Mutagénicos ☐ Solventes ☐ Metales ☐	Temperatura ☐ Biológicos ☐ Posturas ☒ Turnos ☐	Carga ☐ Mov.Repet. ☒ PVD ☐ Otros ☐
Puesto al que Postula : SUPERVISOR		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 ☒	
HABITOS TABACO ALCOHOL DROGAS nada ☒ ☒ ☒ poco ☐ ☐ ☐ habitual ☐ ☐ ☐ excesivo ☐ ☐ ☐		NÚMERO DE HIJOS VIVOS MUERTOS 00 00	
TALLA 1.76 mts.		PESO 74.5 Kg.	TEMPERATURA 36.0 °C
FUNCIÓN RESPIRATORIA (Espirometría) FVC 96 l. FEV1 89 l. FEV1/FVC 77.78 %. FEF 25-75% 78 l/s. Conclusión: -ESPIROMETRIA NORMAL		Cintura 85 cm. Cadera 86 cm. ICC 0.99	
CABEZA : NORMAL		CUELLO : CENTRAL, MOVIL	
PERIMETRO CUELLO : 37 cm		NARIZ : CENTRAL, PERMEABLE	
BOCA,AMIGDALAS,FARINGE,LARINGE : HUMECTADA, NO HIPERTROFICAS, NO CONGESTIVAS		DENTADURA Piezas en mal estado : 1 Piezas que faltan : 2	
OJOS	SIN CORREGIR O.D. O.I. 20/20 20/20 20/30 20/20	CORREGIDA O.D. O.I. 00 00 20/20 20/20	ENFERMEADES OCULARES : AMETROPIA LEVE EN OJO DERECHO
Visión de Cerca :		REFLEJOS PUPILARES : CONSERVADO	
Visión de Lejos :			
Visión de Colores : NORMAL			
OÍDOS Audición derecha 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 dB(A) 10 5 5 15 20 0 15		Audición izquierda 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 dB(A) 5 5 15 25 20 10 15	
OTOSCOPIA O.D. : NORMAL O.I. : NORMAL		F.Respiratoria : 19 x min. F.Cardiaca : 64 x min. Sat.O2 : 97 %	
Cardiovascular : RCRR, NO SOPLOS.		PRESIÓN ARTERIAL SISTEMATICA SISTÓLICA 120 mmHg DÍASTÓLICA 60 mmHg	
PULMONES : Normal: ☒ Anormal ☐ Descripción: BPMV EN ACP. NO RALES.			
Miembros Superiores : SIMETRICOS, NO DEFORMIDADES, MOTRICIDAD CONSERVADA.			
Miembros Inferiores : SIMETRICOS, NO DEFORMIDADES, MOTRICIDAD CONSERVADA.			

ANEXO 16
FICHA MEDICA OCUPACIONAL

N° de ORDEN : **94040-TP** **PAG.02**

REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS: CONSERVADOS						MARCHA : NORMAL	
COLUMNA VERTEBRAL: CENTRAL, MOVIL, CURVATURAS CONSERVADAS							
ABDOMEN: RHA(+), B/D, NO DOLOROSO A LA PALPACION					TACTO RECTAL NO SE HIZO ☒ ANORMAL ☐ NORMAL ☐ DESCRIBIR EN OBSERVACIÓN ☐		
ANILLOS INGUINALES CONSERVADOS			HERNIAS NO		VÁRICES NO		
ÓRGANOS GENITALES: DE CARACTER NORMAL					GANGLIOS LINFÁTICOS NO LINFADENOPATIAS		
LENGUAJE, ATENCIÓN , MEMORIA, INTELIGENCIA, ORIENTACIÓN ,AFECTIVIDAD NORMAL							
N° RX 94040 FECHA 14/09/2024 CALIDAD 2 SÍMBOLOS N/A 				VÉRTICES : LIBRES			
				HILOS : 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: 80.73 mg/dl. -CREATININA: 0.89 mg/dl. -VSG: N/A. -EX ORINA: NORMAL. -COCAINA: NEGATIVO. -MARIHUANA: NEGATIVO.
GRUPO SANGUINEO O ☒ A ☐ B ☐ AB ☐ Rh(-) ☐ Rh(+) ☒					Hemoglobina/Hematocrito 16.4 gr. %		
ORINA							
APTO PARA TRABAJAR SI ☒ NO ☐ Revaluación en empresa ☐		NOMBRES Y APELLIDOS DEL MÉDICO - COLEGIATURA  ARTEMIO A. GARCÍA CABRERA MÉDICO EN GERIATRIA OCUPACIONAL FIRMA Y SELLO AUDITOR C.M.P. 952198 - H.A. 4004-20					
OBSERVACIONES :							 Firma del examinado  Huella Digital Índice Derecho. Declaro que toda la información es verdadera
1. AMETROPIA LEVE EN OJO DERECHO CORREGIDA. CONTINUAR USO DE LENTES CORRECTORES. EVALUACION ANUAL POR OFTALMOLOGIA. 2. ODONTOGRAMA : 1 CARIES DENTAL SIMPLE (PZA. 18). TRATAMIENTO SUGERIDO: RESTAURACION SIMPLE. 3. RX DE COLUMNA LUMBAR. LEVE HIPERLORDOSIS LUMBAR Y ESCOLIOSIS DE CONCAVIDAD IZQUIERDA. NO SUBIR DE PESO. PRACTICAR HIGIENE POSTURAL Y REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. EVALUACION ANUAL POR TRAUMATOLOGIA.							
- -							

CERTIFICACIÓN MEDICA PREVIA A TRABAJO DE ALTURA

(encima de los 1,8 metros)

N° Ficha :

94040

1.- FILIACIÓN (a partir del registro médico)

Apellidos y Nombres : BAZÁN MELGAR JUAN DIEGO
DNI / CE / NIE: 71221181
Empresa Contratista : CEORZA S.A.C.
Area Trabajo : OPERATIVA

Primera aptitud (X)

Revalidación ()

Fecha : 14 sep 2024

Edad : 30 AÑOS

Sexo : MASCULINO

Tiempo de Experiencia : ESPORADICAMENTE

Empresa : OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A

2.- ANTECEDENTES (DEL REGISTRO MÉDICO)

Tiene fobia (miedo) a las alturas
Epilepsia/convulsiones u otra enfermedad que condiciona pérdida de conciencia
Alcoholismo o abuso de sustancias (adicción)
Portador de enfermedad psiquiátrica o hallazgo psicológico como rasgos de ansiedad, trastornos impulsivos, compulsivos.
Diabetes mellitus o hipoglicemia no controlada
Migraña no controlada
Comentarios/detalle :

NO SI

☒ ☐

Insuficiencia cardiaca, enfermedad coronaria arritmias, porta marcapaso, prótesis valvular
Asma bronquial - Patrón obstructivo moderado o severo
Hipertensión arterial no controlada

☒ ☐

☒ ☐

Hipoacusia severa

☒ ☐

Alteración de la agudeza visual(de lejos)y/o estereopsia

☒ ☐

Declarado NO APTO para labor de altura en último examen ocupacional

NO SI

☒ ☐

☒ ☐

☒ ☐

☒ ☐

☐ ☒

☒ ☐

3.- ANTECEDENTES (ENTREVISTA CON EL PACIENTE)

Se encuentra resfriado o con algún cuadro respiratorio
Sufre de vértigo o mareos diagnosticados recientemente
Detalle de las medicinas que está tomando :

NO SI

☒ ☐

☒ ☐

Consumió licor en la últimas 24 horas
Frecuencia de cefaleas

NO SI

☒ ☐

☒ ☐

4.- EXAMEN FÍSICO (actual)

FC : 64 x min

FR : 19 x min

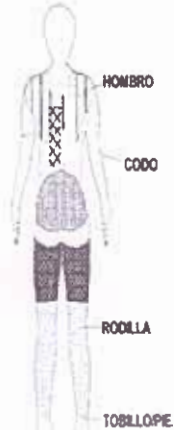
PA: 120/60 mmHg

Sat O2 : 97 %

Talla : 1.76 mts.

Peso : 74.5 Kg.

IMC 24.05



Hallazgos Anormales Hombro:
Cirugias, Accidentes, Congénitos

NO SI

☒ ☐

Limitación en Fuerza y/o movilidad de extremidades

NO SI

☒ ☐

Alteración de la coordinación

NO SI

☒ ☐

Hallazgos Anormales Codo:
Cirugias, Accidentes, Congénitos.

☒ ☐

Alteración del equilibrio

☒ ☐

Presencia de nistagmus

☒ ☐

Hallazgos Anormales Rodilla:
Cirugias, Accidentes, Congénitos.

☒ ☐

Anormalidad en la marcha

☒ ☐

Anormalidad en movimientos oculares

☒ ☐

Hallazgos Anormales Tobillo:
Cirugias, Accidentes, Congénitos.

☒ ☐

Anormalidad en la fuerza de los miembros

☒ ☐

Pupilas CIRLA

☐ ☒

Otros Hallazgos Alteración Musculo- Esqueléticos.

☒ ☐

Lenguaje anormal

☒ ☐

Asimetría facial

☒ ☐

Describir hallazgos anormales en articulaciones específicas (Alteraciones Musculoesqueléticas).

5.- CONCLUSIÓN DE LA PRESENTE EVALUACIÓN

APTO PARA TRABAJAR ENCIMA DE LOS 1.8 METROS :

DEBAJO 2500 m.s.n.

para : SUPERVISOR

RESTRICCIONES :

Apto para trabajar encima de los 1,8 metros
Uso permanente de lentes correctores
Uso permanente de audífonos

NO SI

☐ ☒

☐ ☒

☒ ☐

Otra Restricción :

Nombre y Apellidos del Médico - N° de Colegiatura

-CMP

Observaciones / recomendaciones :

- USO DE LENTES CORRECTORES

ARTEMIO A. GARCIA CAB
MEDICO CIRUJANO OCUPAC
AUDITOR
C.M.P. 352198 R.A. AGUAY

V° B°

Nombre: Bazan Melgar Juan Diego
DNI: 71221181
Sexo: Masculino
Edad: 30 años. (3/02/1994)
Grupo sanguíneo: 0 +
Estado civil: Soltero
Estudios: Universitarios
Domicilio: Av.manco Capac 1115-cajamarca
Empresa: Ceorza S.a.c

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

14/09/2024 - Licencia: A1 (Particular) - Tramite: Sin datos - RESULTADO: REPROBADO

Test de visión y audición

Agudeza visual	Ojo izquierdo	Hasta linea #7 (20/20)	Aprobado
	Ojo derecho	Hasta linea #5 (20/30)	Aprobado
Apreciación de distancia		100% de aciertos	Aprobado
Discriminacion 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: 0.22 Segundos (Muy rápido)	Prueba #2: 0.27 Segundos (Muy rápido)
Prueba #3: 0.22 Segundos (Muy rápido)	Prueba #4: 0.20 Segundos (Muy rápido)
Prueba #5: 0.27 Segundos (Muy rápido)	Prueba #6: 0.21 Segundos (Muy rápido)
Prueba #7: 0.21 Segundos (Muy rápido)	Prueba #8: 0.23 Segundos (Muy rápido)
Prueba #9: 0.21 Segundos (Muy rápido)	Prueba #10: 0.20 Segundos (Muy rápido)
Resultado: APROBADO	Promedio: 0.23 Segundos

Responsable de este exámen: Administrador

Test de palancas

Tiempo de error: 3.30 (Aprobado)
Cantidad de errores: 3 (Aprobado)
Tiempo de exámen: 42.00 (Aprobado)
Resultado: APROBADO

Responsable de este exámen: Administrador

Test de punteado

Cantidad de errores: 8 (Aprobado)
Cantidad de aciertos: 46 (Aprobado)
Tiempo de acierto: 4.93 (Aprobado)
Resultado: APROBADO

Responsable de este exámen: Administrador

ARMEMIO A. GARCIA CAMERERA
Médico Cirujano OCUPACIONAL
A001018
C.M.P. 554190 - N.A. A004-20

FIRMA DEL EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO

1. FILIACION (a partir del registro médico)

Nº Ficha : **94040**

Apellidos y Nombres	BAZÁN MELGAR JUAN DIEGO			Fecha	14/09/2024		
DNI	71221181	Edad	30 AÑOS	Sexo	M ☒	F ☐	
Área de Trabajo	OPERATIVA			Brevete			
Empresa	OBRASCÓN HUARTE LAÍN S.A			Contrata	CEORZA S.A.C.		
Años de Experiencia	6 AÑOS	años	Primera Actitud	☒	Revalidación	☐	

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

	Si	No		Si	No
Todas las enfermedades que produzcan alteración de la consciencia sin importar su causa e independiente de su tratamiento	☐	☒	Personas que consumen sustancias estupefacientes o psicotrópicas en niveles que alteren su capacidad o trabajar como controlar un vehículo.	☐	☒
Alcoholismo crónico y en general todas aquellas enfermedades que produzcan incapacidad de efectuar movimientos voluntarios y/o que limiten la capacidad de trabajo como conducción, manejo o control físico de un vehículo motorizado, subir y bajar escaleras, etc.	☐	☒	Personas que consumen sustancias estupefacientes o psicotrópicas en niveles que no alteren su capacidad de trabajar, pero que se encuentran sin tratamiento o en tratamiento sin prescripción médica.	☐	☒
Todas aquellas enfermedades que se caractericen por movimientos involuntarios y que interfieran seriamente su capacidad de trabajar, independiente de su tratamiento farmacológico.	☐	☒	Personas que como consecuencia de una enfermedad o su tratamiento, sufran uno o varios de los siguientes efectos: alteración del estado de consciencia, alteración del equilibrio, en la percepción, en la habilidad motriz, en la estabilidad emocional y en el juicio.	☐	☒
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	64	FR x min	19	PA mmHg	120/60	Talla (m)	1.76	Peso (kg)	74.5	IMC	24.05	P. de Cuello (cm)	37
P. de cintura (cm)	85	P. Cadera (cm)	86	ICC	0.99	P. Torácico Inspiración (cm)		P. Torácico espiración (cm)					
Limitación en fuerza y/o movilidad de extremidades (Mayor a 5Kg / fuerza cada mano)	Si ☐	No ☒	Presencia de nistagmus	Si ☐	No ☒								
Alteración presente del equilibrio. (Romberg)	☐	☒	Anormalidad en movimientos oculares	☐	☒								
Anormalidad en la marcha con ojos cerrados.	☐	☒	Pupilas no CIRLA	☐	☒								
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 vision de profundidad alterada	☐	☒
Campimetría Anormal (Test de confrontación alterada)	☐	☒	Alguno de los parámetros de la evaluación psicosensoométrica alterada: test de palanca, punteo o Reactimetría Alterado.	☐	☒

5. OTROS DATOS DE RELEVANCIA

Detalle las medicinas que están tomando:

Otros :

6. CONCLUSION DE LA EVALUACION FUNCIONAL

APTO PARA CONDUCCION DE VEHICULOS	NO APTO	OBSERVADO	APTO	APTO CON RESTRICCION
DESDE 14/09/2024 HASTA 14/09/2025	☐	☐	☐	☒

7. COMENTARIOS

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

Observaciones y Recomendaciones: null

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

Declaro que las respuestas son ciertas según mi leal saber y entender. En caso de ser requeridos, los resultados del examen medico 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 71221181

Índice Derecho

AKELIO GARCIA CABRERA
MEDICO GERIATRO OCUPACIONAL
AUDITOR
C.M.P. 052198 - R.A. A004

FICHA DE DETECCIÓN DE S.A.S

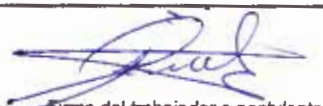
(Síndrome de Apnea de sueño)

94040

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

1.- FILIACIÓN			
Apellidos y Nombres		BAZÁN MELGAR JUAN DIEGO	
Fecha :		14/09/2024	
DNI	71221181	F. Nacimiento :	03/02/1994
Sexo :		Masculino (X) Femenino ()	
Área de trabajo		OPERATIVA	
Tipo Licencia :		A I	
Empresa Contratista		CEORZA S.A.C.	
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 (benzodiazepinas, 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 Su materia >10*** 00

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


Firma del trabajador o postulante
DNI : 71221181


Índice Derecho

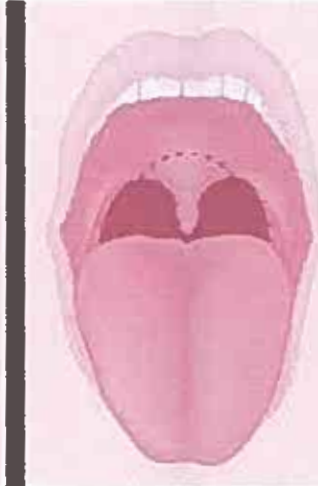
5.- EXÁMEN FÍSICO :

Peso (Kg): 74.5	Talla (mts) : 1.76	IMC (Kg/m2) : 24.05	(> 30 es de alto riesgo)
Circunferencia de cuello : 37 cm.	VARÓN (menor de 43,2 cm, es normal) Normal : SI (X) NO ()	MUJER (menor de 40,6 cm, es normal) Normal : SI () NO ()	
P. Sistólica : 120 mmHg.	P. Diastólica : 60 mmHg.	HTA Nueva : SI () NO (X)	

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



Grado I (X)



Grado II ()



Grado III ()



Grado IV ()

6.- CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN

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

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

Firma del trabajador postulante
RNI : 71221181

Huella dactilar



Nombres y Apellidos: JUAN DIEGO BAZÁN MELGAR

Nº Registro :

94040

Fecha de Nacimiento : 03/02/1994 Sexo : M

Lugar de Nacimiento: Cajamarca

Lugar de Procedencia : Av. Manco Capac #1115 - LOS BAÑOS DEL INCA-CAJAMARCA-CAJAMARCA

Profesion : ING. FORESTAL

Telefono: 965870981

fecha	Empresa	Altitud	Actividad	Área de Trabajo	Ocupación	Tiempo de labor		Peligros/Agentes Ocupacionales	Uso EPP	
						Subsuelo	Superficie		Tipo EPP	
2019-2024	VARIAS EMPRESAS- TRUJILLO	34 MSNM	SERVICIOS ALIMENTARIOS	PRODUCCION	SUPERVISOR	0	6 AÑOS	MOV. Y POSICIONES DISERGONOMICAS, INSOLACIÓN,GOLPES,CAIDAS, RUIDO	CASCO, LENTES, GUANTES,TAPONES AUDITIVOS, RESPIRADOR, OREJERAS,ZAPATOS DE SEGURIDAD	

Fecha: sábado 14 septiembre 2024

Firma del Trabajador

EDMUNDO A. GARCIA CABRERA
MEDICO CIRUJANO OCUFACIONAL
Médico

Médico:

P.A. A004-20

FICHA DE ANTECEDENTES PATOLOGICOS

NOMBRES Y APELLIDOS

BAZÁN MELGAR JUAN DIEGO

N° Ficha :

94040

EDAD

30 AÑOS

Fecha : 14 septiembre 2024

LUGAR DE NACIMIENTO

Cajamarca

SEXO:

MASCULINO

OCUPACION A LA QUE POSTULA

SUPERVISOR

LUGAR DE PROCEDENCIA: Av. Manco Capac #1115

1. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES:

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

Alergias	()	Gastritis Crónica	()	Pleurisia	()
Amigdalitis Crónica	()	Gonorrrea	()	Plunbismo	()
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 Cardíaca	()	Silicosis	()
Diabetes	()	Insuficiencia Coronaria Crónica	()	Sinusitis Crónica	()
Disenteria	()	Insuficiencia Renal Crónica	()	Tos Convulsiva	()
Enfermedades del corazón	()	Litiasis Urinaria	()	Trastorno Nerviosos	()
Enf. Oculares	(X)	Meningitis	()	Traumatismo Encefalocraneano	()
Epilepsia o convulsiones	()	Neuritis a Repetición	()	Tuberculosis	()
Faringitis crónica	()	Otitis Media	()	Tumores_Quistes	()
Fiebre Alta	()	Presión Alta o Baja	()	Úlcera Péptica	()
Fiebre Tifoidea	()	Paludismo o Malaria	()	Varicela	()
Fiebre Reumática	()	Parasitosis Intestinal	()	Várices	()
Forunculosis	()	Parotiditis	()	Varicoceles	()
COVID 19	()	Fecha :	LEVE ()	MODERADO ()	SEVERO ()

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

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

Habitos Nativos

Fumar SI () NO (X)

Numeros de Cigarrillos

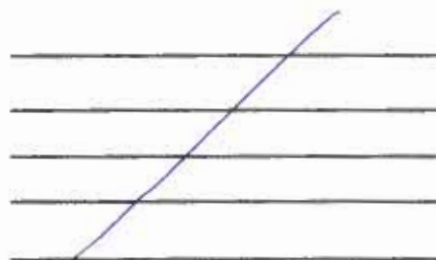
Licor SI () NO (X)

Tipo mas Frecuente

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 : 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 2024/09/14


FIRMA DEL POSTULANTE


ARTEMIO A. GARCIA CABRER.
MEDICO CIRUJANO OCUPACIONAL
AUDITOR
C.M.P. 952198 - R.A. A004-20
MEDICO MEDICINA OCUPACIONAL

Cuestionario Nórdico de Signos y Síntomas Osteomusculares

1. DATOS PERSONALES

Nombre : JUAN DIEGO BAZÁN MELGAR

Edad en años cumplidos : 30 AÑOS

Fecha : 14/09/2024

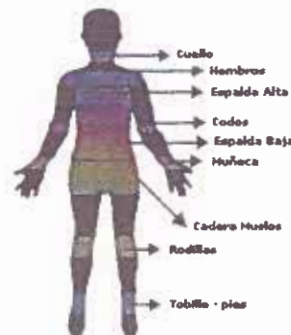
Género : Masculino : ☒ Femenino : ☐

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

Años : Meses :

En promedio cuántas horas a la semana trabaja ? 70 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 ?

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

No ☐ Si ☐

b. Actividades recreativas

No ☐ Si ☐

Cuestionario Nórdico de Signos y Síntomas Osteomusculares

94040

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 CADENA
MEDICO CIRUJANO OCUPACIONAL
AUDITOR
C.M.P. 952198 - R.A. A004-20

Firma y sello del Médico

Firma Postulante

Gracias por su colaboración

I. FILIACION (a partir del registro médico)				Nº Ficha : 94040	
Apellidos y Nombres		BAZÁN MELGAR JUAN DIEGO		Fecha 14/09/2024	
DNI		71221181		Edad	30 AÑOS
Área de Trabajo		OPERATIVA			
Empresa		OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A.		Contrata CEORZA S.A.C.	
II. Síntomas : Si ☐ No ☒ Cuales : null					
III. Tiempo de Experiencia: 6 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 :
Grado :	N ☒	R ☐	M ☐	Extensión	Grado :
Grado :	N ☒	R ☐	M ☐	Abducción	Grado :
Grado :	N ☒	R ☐	M ☐	Aducción	Grado :
Grado :	N ☒	R ☐	M ☐	Rotación Interna	Grado :
Grado :	N ☒	R ☐	M ☐	Rotación Externa	Grado :
b) Brazo					
Grado :	N ☒	R ☐	M ☐	Flexión	Grado :
Grado :	N ☒	R ☐	M ☐	Extensión	Grado :
c) Antebrazo					
Grado :	N ☒	R ☐	M ☐	Pronación	Grado :
Grado :	N ☒	R ☐	M ☐	Supinación	Grado :
d) Muñeca					
Grado :	N ☒	R ☐	M ☐	Flexión	Grado :
Grado :	N ☒	R ☐	M ☐	Extensión	Grado :
Grado :	N ☐	R ☐	M ☐	Desviación Cubital	Grado :
Grado :	N ☒	R ☐	M ☐	Desviación Radial	Grado :
			SI ☐	S. de Phallen	NO ☒
			SI ☐	S. Tinel	NO ☒
3. Tórax					
Grado :	N ☒	R ☐	M ☐	Flexión	Grado :
Grado :	N ☐	R ☐	M ☐	Extensión	Grado :
Grado :	N ☒	R ☐	M ☐	Rotación	Grado :
4. Miembros Inferiores					
a) Caderas					
Grado :	N ☒	R ☐	M ☐	Flexión	Grado :
Grado :	N ☒	R ☐	M ☐	Extensión	Grado :
Grado :	N ☒	R ☐	M ☐	Abducción	Grado :
Grado :	N ☒	R ☐	M ☐	Aducción	Grado :
Grado :	N ☒	R ☐	M ☐	Rotación Interna	Grado :
Grado :	N ☒	R ☐	M ☐	Rotación Externa	Grado :

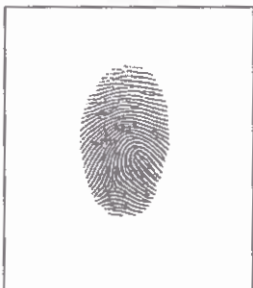
EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELETICA

b) Piema														
Grado :	N	☒	R	☐	M	☐	Flexión	Grado :	N	☒	R	☐	M	☐
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			SI	NO							
Cervical :	☒	☐	☐		Cifosis :	☐	☒							
Dorsal :	☒	☐	☐		Escoliosis:	☐	☒							
Lumbar :	☒	☐	☐		Lordosis :	☐	☒							
					Mixta :	☐	☒							
5.3. Palpación					5.4. Exploración :									
	SI	NO				Signo de Lasague	SI	NO						
Cervical :	☐	☒			Derecho :	☐	☒							
Dorsal :	☐	☒			Izquierdo :	☐	☒							
Lumbar :	☐	☒												
VIII. Diagnóstico : Z00														
IX. Recomendaciones y plan de acción :														
EVALUACION ANUAL														
IX. Tratamiento :														
					SI	☐	NO	☒						
XI. Conclusiones: Asintomatico :														
					SI	☒	NO	☐						
  FIRMA DEL POSTULANTE					 ARLE MIRON GARCIA CABR MEDICO CIRUJANO OCUPACIONAL AUDITOR C.M.P. 952198- R.A. AUSA-LL MEDICO MEDICINA OCUPACIONAL									

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE MUESTRA DE SANGRE

Yo..... Juan Diego Bazán Helgar, de 30 años de edad, identificado con DNI n° 71 22 11 81.....; 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..... GEOR&A; y en pleno uso de mis facultades mentales AUTORIZO se me tome la muestra de sangre para cumplir con los exámenes pertinentes.

Trujillo, 14 de setiembre del 2024



Huella digital

Firma del paciente



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

**Firma y sello del
Consejero**



LABORATORIO CLÍNICO

Fecha : 14 septiembre 2024

Trabajador : BAZÁN MELGAR JUAN DIEGO

N° Ficha : 94040

Empresa Contratista :

GEORZA S.A.C.

Empresa :

OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A

HEMATOLOGÍA

Grupo Sanguíneo : O	Leucocitos : 7 670 mm ³
Factor Rh : POSITIVO	Neutrofilos : 56 %
Hematocrito : 51 %	Abastionados : 00 %
Hemoglobina : 16.4 g/dl	Segmentados : 56 %
Hematies : 5 610 000	Eosinofilos : 02 %
V.S.G : N/A	Basofilos : 00 %
Plaquetas : 234 000 mm ³	Linfocitos : 38 %
	Monocitos : 04 %

BIOQUÍMICA

Glucosa : 80.73 mg/dl	Valores Normales 70 - 110 mg/dl
Creatinina : 0.89 mg/dl	Valores Normales 0.8 - 1.4 mg/dl

SERO - INMUNOLÓGICO

RPR : N/A

VIH : N/A

EXAMEN DE ORINA

Examen Físico :

Color : AMARILLO CLARO	Aspecto : TRANSPARENTE
Densidad : 1.025	PH : 6.0

Examen Químico :

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

Sedimento Unitario :

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

Drogas :

Cocaína : NEGATIVO

Marihuana : NEGATIVO

Observaciones :

ARTEMIO...
MEDICO CIRUJANO
AUG 18
C.M.P. 952198 - R.A. A004-20



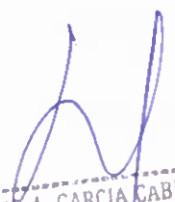
Claudia Cristina Chavez Alvarado
Bióloga
C.B.P. 15230

LABORATORIO CLÍNICO

94040

ANÁLISIS BIOQUÍMICOS

PACIENTE	:	JUAN DIEGO BAZÁN MELGAR
FECHA	:	sábado 14 septiembre 2024
CREATININA	:	0.89 (V.N. 0.8 - 1.4 mg/dl)
COLESTEROL TOTAL	:	160.00 (V.N. < 200 mg/dl)
L.DL. COLESTEROL	:	103.60 (V.N. < 129 mg/dl)
H.D.L. COLESTEROL	:	40.00 (V.N. 40 - 60 mg/dl)
V.L.D.L. COLESTEROL	:	16.40 (V.N. < 30 mg/dl)
TRIGLICÉRIDOS	:	82.00 (V.N. < 150 mg/dl)


ARTEMIO A. GARCIA CABRERA
MEDICO CIRUJANO OCULAR
AUDITOR
C.M.P. 952198 - R.A. A004-20


Claudia Cristina Chavez Alcantara
Biologa
C.B.P. 5230

Nro Orden : **94040**

Apellidos y Nombres : JUAN DIEGO BAZÁN MELGAR

Edad : 30 AÑOS

DNI: 71221181

Fecha : 14 septiembre 2024

BIOQUÍMICA

MUESTRA: SUERO

PERFIL HEPÁTICO

PRUEBA	RESULTADO	RANGO REFERENCIAL	
TGO	20.40	Hasta 31 U/L	
TGP	22.69	Hombres	Hasta 40 U/L
		Mujeres	Hasta 35 U/L
GGT	24.12	Hombres	10 - 50 U/L
		Mujeres	8 - 35 U/L
FOSFATASA ALCALINA	150.06	Hasta 300 U/L	
BILIRRUBINA TOTAL	0.55	0.2 - 1.20 mg/dL	
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.31	0.1 - 1 mg/dL	
BILIRRUBINA DIRECTA	0.24	Hasta 0.25 mg/dL	
PROTEÍNAS TOTALES	7.12	6.6 - 8.3 g/dL	
ALBÚMINA	3.97	3.5 - 5.5 g/dL	
GLOBULINA SÉRICA	3.15	2.3 - 3.5 g/dL	

ARTEMIO A. GARCIA CABALLERA
MEDICO CIRUJANO OCUPACIONAL
AUDITOR
C.M.P. 952198 - R.A. A004-20



Claudia Cristina Chávez Alcantara
Bióloga
C.B.P. 85230

Ubicamos en:

Trujillo Av. Nicolas de Piérola 1108 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

Nro Orden : **94040**

Apellidos y Nombres : JUAN DIEGO BAZÁN MELGAR

Edad : 30 AÑOS

DNI: 71221181

Fecha : 14 septiembre 2024

BIOQUÍMICA

MUESTRA : SUERO

PRUEBA	RESULTADO	VALORES NORMALES
ÁCIDO ÚRICO SÉRICO	4.20	Mujeres : 2.5 - 6.8 mg/dl Hombres : 3.6 - 7.7 mg/dl

Trujillo, sábado 14 septiembre 2024

AKTIBIONA, GARCÍA CABRERA
MEDICINA LABORATORIO OCUPACIONAL
AUDITOR
R.M.P. 952198 - R.A. A004-20



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

Nro Orden : **94040**

Apellidos y Nombres : JUAN DIEGO BAZÁN MELGAR

Edad : 30 AÑOS

DNI: 71221181

Fecha : 14 septiembre 2024

TOXICOLÓGICO

MUESTRA : ORINA

MÉTODO : INMUNOCROMATOGRÁFICO

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

ARTEMIO A. GARCIA CABRERA
MEDICO CIRUJANO OCUPACIONAL
AUDITOR
C.M.P. 952193 - R.A. A004-23



Claudia Crisgina Chavez Alcantara
Bióloga
C.B.P. 15230

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

Yo..... Juan Diego Bazán Helgar, de 20 años de edad,
identificado con DNI n° 71.02.1181; 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 (☒)	SI ()
CONSUMO DE COCAINA	: NO (☒)	SI ()
CONSUMO HOJA DE COCA EN LOS 14 DIAS PREVIOS	: NO (☒)	SI ()
CONSUMO DE ANFETAMINAS	: NO (☒)	SI ()
CONSUMO DE METHANFETAMINAS	: NO (☒)	SI ()
CONSUMO DE BENZODIACEPINAS	: NO (☒)	SI ()

Trujillo, 14 de septiembre del 2024



Huella digital

Firma del paciente

Firma y sello del
Consejero





POLICLINICO
HORIZONTE MEDIC
CUIDAMOS TU SALUD

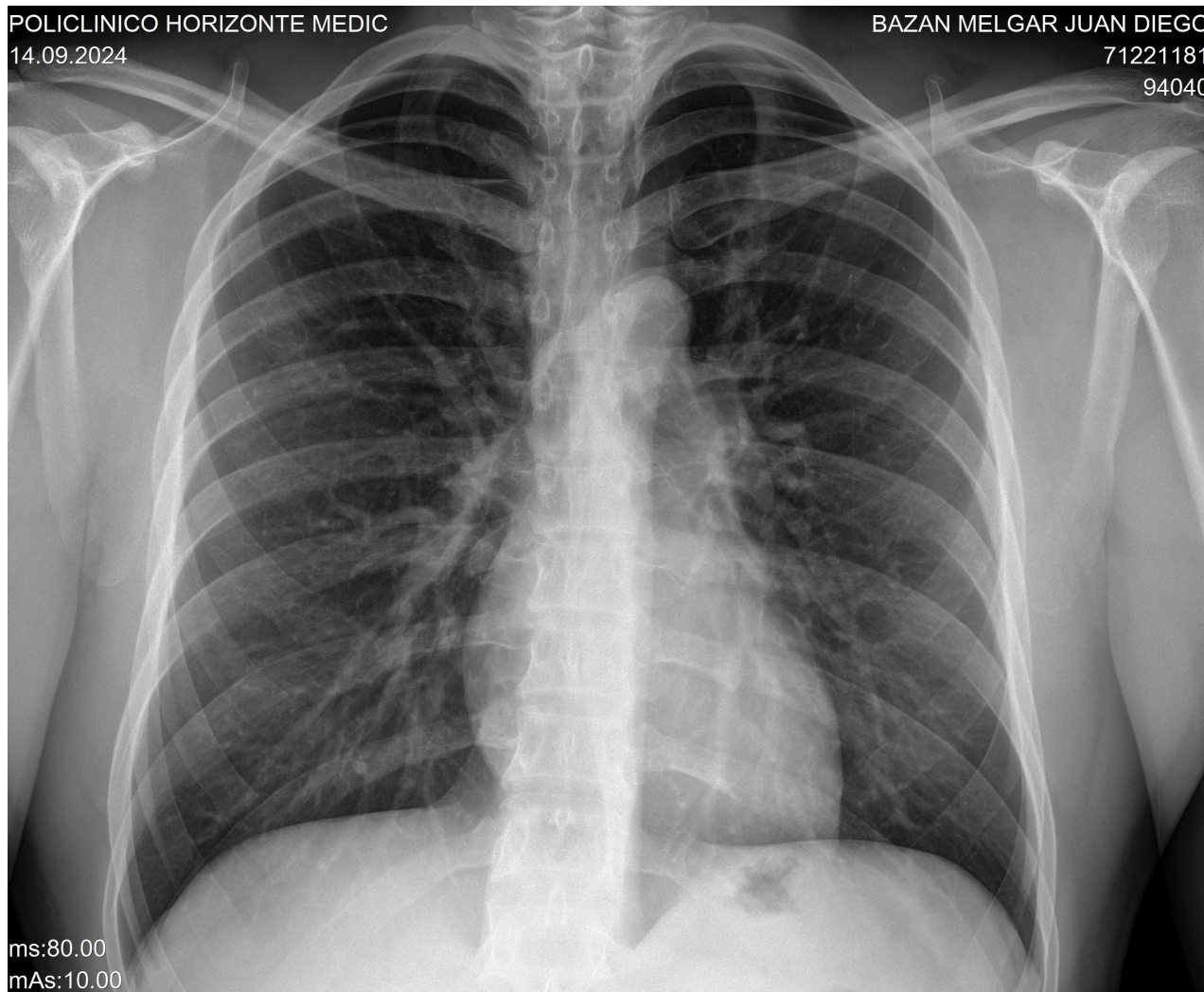
FORMULARIO DE INFORME RADIOGRAFICO CON METODOLOGIA OIT

94040

PLACA N°	HCL			Lector										
NOMBRE	BAZAN MELGAR JUAN DIEGO					Edad	30 AÑOS							
Fecha de Lectura	14 Día	9 Mes	2024 Año	Fecha de Radiografía		14 Día	9 Mes	2024 Año						
I. CALIDAD RADIOGRAFICA	1 Buena	X		Causas	1 sobre exposición		5 Escapulas							
	2 Aceptable				2 Subexposición		6 Artefactos							
	3 Baja Calidad				3 Posición Centrado	X	7 Otros							
	4 Inaceptable				4 Inspiración Insuficiente									
Comentario sobre defectos técnicos														
II. ANORMALIDADES PARENQUIMATOSAS (si NO hay anomalías pase a III. A. Pleurales)														
2.1. Zonas Afectadas (marque todas las zonas afectadas)		2.2. Profusión (opacidades pequeñas) (escala de 12 puntos) (Consulte las radiografías estándar - marque la subcategoría de profusión)			2.3 Forma y Tamaño: (Consulte las radiografías estándar; se requiere dos símbolos; marque un primario y un secundario)		2.4. Opacidades Grandes (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 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 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 I			D I								
			1 2 3 1 2 3			a b c a b c								
De frente	0 D I	0 D I												
IV. SIMBOLOS *								SI NO X						
(Rodee con un círculo la respuesta adecuada; si rodea od, escriba a continuación un COMENTARIO)														
aa	at	ax	bu	ca	cg	cn	co	cp	cv	di	ef	em	es	od
fr	hi	ho	id	ih	kl	me	pa	pb	pi	px	ra	rp	tb	
COMENTARIOS: 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
14.09.2024

BAZAN MELGAR JUAN DIEGO
71221181
94040



ms:80.00
mAs:10.00

NOMBRE: BAZAN MELGAR JUAN DIEGO

FECHA: 14-09-2024.

RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBAR

INFORME:

El estudio radiográfico representado en incidencia frontal y lateral muestra:

- Eje frontal lumbar muestra concavidad izquierda 10 ° grados. No se observan signos de rotación vertebral.
- Eje lateral muestra incremento de lordosis, 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 MUESTRA LEVE HIPERLORDOSIS LUMBAR.

-ESCOLIOSIS DE CONCAVIDAD IZQUIERDA



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

POLICLINICO HORIZONTE MEDIC
14.09.2024

BAZAN MELGAR JUAN DIEGO
71221181
94040



ms:100.00
mAs:32.00

POLICLINICO HORIZONTE MEDIC
14.09.2024

BAZAN MELGAR JUAN DIEGO
71221181
94040



ms:160.00
mAs:64.00

INFORME DE ELECTROCARDIOGRAMA

N° Ficha :

94040

Fecha informe : 14 septiembre 2024

Empresa : GEORZA S.A.C.		
Apellidos y Nombres : JUAN DIEGO BAZÁN MELGAR		DNI : 71221181
Procedencia : Cajamarca	Edad : 30 AÑOS	Sexo : Masculino
Antecedentes Cardiológicos :		
Presión Arterial : 120/60 mmHg		

Ritmo : SINUSAL

Frecuencia : 52 x min

Eje : +75°

Onda P : 80 ms

Segmento PR : 160ms

Onda QRS : 80ms

Segmento ST : ISOELETRICO

Onda T : NORMAL

Segmento QT : 380ms

Observaciones : NORMAL.

CONCLUSION : DENTRO DE PARAMETROS NORMALES

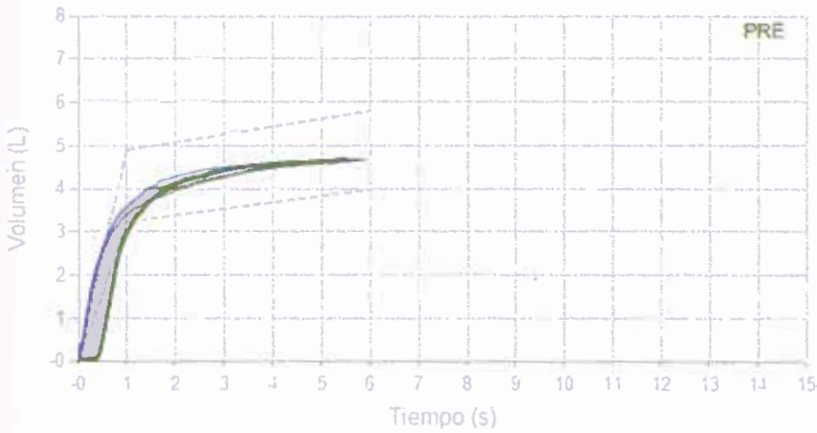
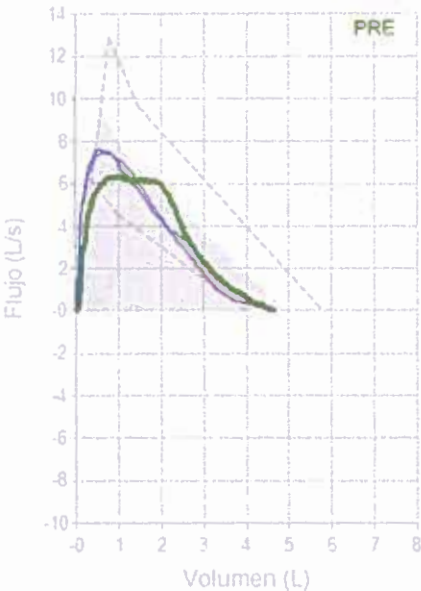
RECOMENDACIONES: - EVALUACION ANUAL.


Dr. IVÁN A. CUÑA REYES
C.M.P. 15574 R.N.E. 44885
CARDIOLOGÍA

Firma y Sello del Evaluador

Datos del paciente

ID del paciente	71221181	Edad	30
Apellido	BAZAN MELGAR	Sexo	M
Nombre	JUAN DIEGO	Altura	176 cm
Fecha de	3/02/1994	Peso	75 kg
Grupo étnico	Otros	BMI	24.21
Fumar	No fumador	Paquete	00
Worklist			



Grado de control de calidad PRE: A

Ensayos aceptables: 3

Interpretación

Espirometría normal



Fecha de ensayo 14/09/2024 12:47

Parámetros		LLN	Pred	PRE	%Pred	Z-Score	PRE#1	PRE#2	PRE#3
FVC	L	3.98	4.89	4.68	96	-0.37	4.68	4.67	4.66
FEV1	L	3.24	4.07	3.64	89	-0.87	3.64	3.60	3.41
FEV1/FVC	%	73.65	83.68	77.78	93	-1.01	77.80	77.10	73.20
FEV6	L	3.98	4.89	4.68	96	-0.37	4.68	4.67	4.66
FEV1/FEV6	%	73.65	83.68	77.80	93	-1.00	77.80	77.10	73.20
PEF	L/s	6.08	9.50	7.69	81	-0.87	6.38	7.69	7.56
FEF2575	L/s	2.61	4.23	3.31	78	-0.88	3.31	3.08	2.47
FET	s	-	6.00	5.50	92	-	5.50	5.95	5.82
ELA	Years	-	30.61	48.00	157	-	48.00	49.00	56.00
FEV1/VC	%	-	-	-	-	-	-	-	-

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

Conclusión / Informe médico

Rojas Abanto Kevin
LIC. EN ENFERMERIA
CEP 115374

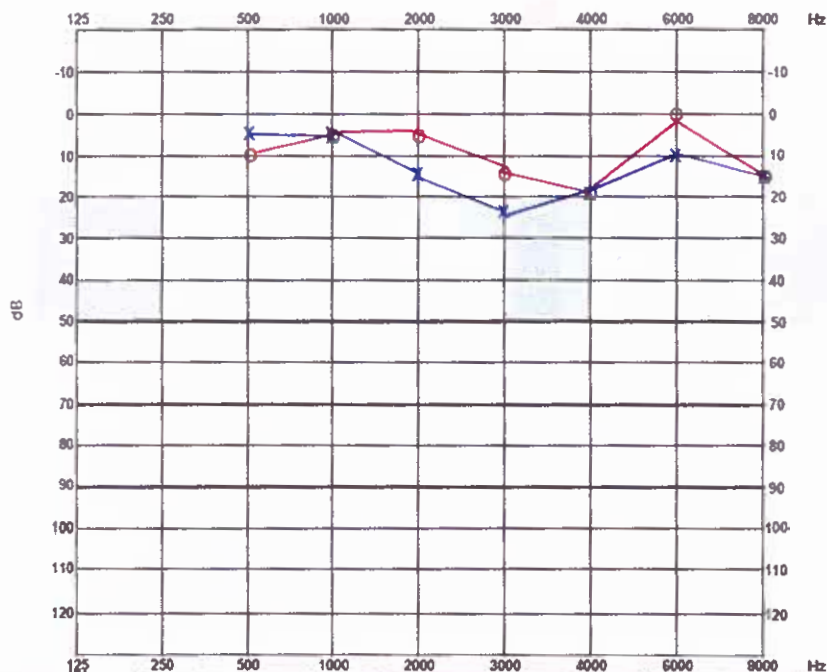
ARCE/ALONSO GARCIA CABRE
MEXICO CIRUJANO OCUPACIONAL
AUTENTICO
C.M.P. 352153 • R.A. A904-L

Firma:

Instrumento usado
Spirobank II s/n Y20384

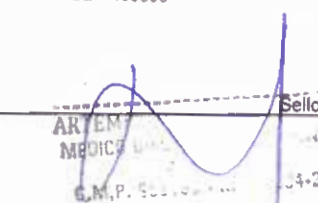
FICHA AUDIOLOGICA

Historia Clínica				Ficha Audiológica	94040	Audiómetro	Marca BELL INVENTIS
Fecha del Examen	14/09/2024 dd / mm / aa	EXAMEN	Pre - Ocupacional (X)	Periódica ()	Modelo BELL PLUS		
			Retiro()	Anual ()	Calibración 01/03/2024		
Apellidos y Nombres	BAZÁN MELGAR JUAN DIEGO						
Edad	30 AÑOS	Sexo	M	Ocupación	SUPERVISOR	Años de Trabajo	0
Empresa Contratista	CEORZA S.A.C.			Empresa	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A	Tiempo de exposición	8 H/D
Uso de Protectores Auditivos	Tapones (X) Orejeras ()		Apreciación del Ruido	Ruido muy Intenso () Ruido moderado (X) Ruido no molesto ()			
ANTECEDENTES relacionados			SI	NO			
Consumo de Tabaco				X	Disminución de la audición		
Servicio Militar				X	Dolor de oídos		
Hobbies con exposición a ruido				X	Zumbido		
Exposición laboral a químicos				X	Mareos		
Infección al Oído				X	Infección al oído		
Uso de Ototoxicos				X	Otros		
OTOSCOPIA:							



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

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

Conclusiones:	NORMAL	
Nombre del profesional que realiza la audiometría	SHIRLEY GUTIERREZ ARTEAGA	 Shirley Gutierrez Arteaga LIC. EN ENFERMERIA CEP: 109500
Nombre del Medico	 Dra. VANESSA SILVA GAMARRA MEDICO OTORRINOLARINGOLOGO C.M.P. 73667 R.N.E. 43047	 Shirley Gutierrez Arteaga Sello y Firma

FICHA ODONTOLÓGICA DE IDENTIFICACIÓN DE PERSONAL

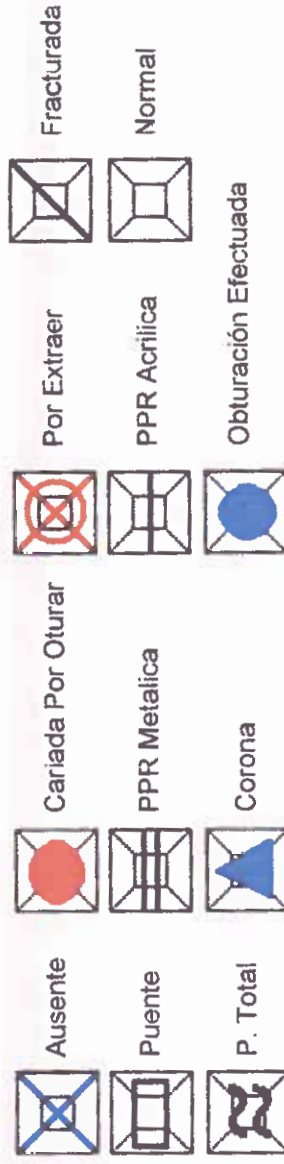
Jr. Leoncio Prado N° 786 - Huamachuco
Teléfono : 044-348070 / RPM #969603777
Guillermo Prescott N°127 Urb. Sto. Domingo - Trujillo
Email: admision@horizontemedic.com / web: www.horizontemedic.com

N° Ficha : **94040**

Nombres : JUAN DIEGO BAZÁN MELGAR
Empresa: OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A

Sexo : MASCULINO Edad : 30 años
Contratista : CEORZA S.A.C.

LEYENDA



Piezas en mal estado: 1

Ausentes : 2

Por Extraer : 0

Obtuciones Efectuadas : 14

P.P.R. Metalicas : 0

Puentes : 0

P. Totales : 0

Cariadas por Oturar : 1

P.P.R. Acrilicas : 0

Coronas : 0

Normales : 15

Fracturadas : 0

Observaciones :

1 CARIES DENTAL SIMPLE (PZA. 18) - TRATAMIENTO SUGERIDO: RESTAURACION SIMPLE

Lugar y Fecha : Trujillo - sábado 14 septiembre




INFORME PSICOLÓGICO

Cod. Entrevista : 34816

N° de Ficha : **94040**

I.- DATOS DE FILIACIÓN

Nombre completo	JUAN DIEGO BAZÁN MELGAR	Fecha de Nacimiento	03 de febrero 1994
Edad	30 AÑOS	Lugar de Nacimiento	Cajamarca
Dirección	Av. Manco Capac #1115	Estado Civil	SOLTERO
Grado de Instrucción	UNIVERSITARIO	Ocupación	ING. FORESTAL
Cargo a Desempeñar	SUPERVISOR		
Empresa	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A	Fecha de Entrevista	sábado 14 septiembre 2024

II.- RESULTADOS

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

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

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

EL EXAMINADO PRESENTA MECANISMOS DE DEFENSAS LABILES PARA HACER FRENTE A SITUACIONES COMPLEJAS, POSEE RECURSOS PERSONALES, REFLEJA REGULAR GESTIÓN DE EMOCIONES, ASIMISMO EVIDENCIA REGULAR PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO E INSEGURIDAD PERSONAL. NO OBSTANTE, SUELE INTERACTUAR DE MANERA ADECUADA CON SUS PARES. NO PRESENTA FOBIAS ADICIONALES, EVIDENCIADO ASÍ, LA CAPACIDAD PARA ADAPTARSE A DIFERENTES SITUACIONES DE SU CONTEXTO LABORAL. FINALMENTE, MANIFIESTA QUE SUS PRINCIPALES FORTALEZAS SON; SER PUNTUAL, RESPONSABLE Y RESPETUOSO. ADEMÁS, MENCIONA QUE DESEA MEJORAR SU CAPACIDAD PARA GESTIONAR SUS EMOCIONES.

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

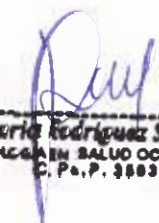
- ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO, Y PERSONA.
- POSEE UN ADECUADO MANEJO DE FACULTADES MENTALES.
- NO SE EVIDENCIA DAÑO ORGÁNICO.

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

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

e.- Recomendaciones

ORIENTACION Y CONSEJERIA PSICOLOGICA
ASISTIR A TALLERES DE RELAJACION
EVALUACION PSICOLOGICA ANUAL/ PERIODICA



Ana Maria Rodriguez Salvatierra
PSICÓLOGA EN SALUD OCUPACIONAL
C. Pa.P. 38837

III.- APTO PARA EL CARGO

SI



NO



INFORME PSICOLÓGICO - SOMNOLENCIA Y FATIGA

N° de Ficha : **94040**

I.- DATOS DE AFILIACIÓN

Nombre completo	JUAN DIEGO BAZÁN MELGAR
Empresa	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A
Cargo	SUPERVISOR
Edad	30 AÑOS
Grado de Instrucción	UNIVERSITARIO
Fecha de Entrevista	sábado 14 septiembre 2024

II.- RESULTADOS

INTELIGENCIA		RESULTADO
1	Escala Sintomática de Estrés	-
2	Somnolencia	NO PROBABILIDAD
3	Test de Intensidad de Fatiga	ADECUADA

III.- ANÁLISIS FODA

Fortalezas / Oportunidades: -

Fortalezas / Oportunidades: -

IV.- OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL EVALUADO EVIDENCIA UN NIVEL SUPERIOR EN SUS HABILIDADES COGNITIVAS; POSEE ALTA 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

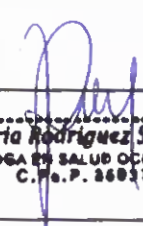


Ana María Rodríguez Salvatierra
PSICÓLOGA EN SALUD OCUPACIONAL
C.Ps.P. 25937

INFORME PSICOLÓGICO - TRABAJO EN ALTURA

Nro Orden : **94040**

Apellidos y Nombres : JUAN DIEGO BAZÁN MELGAR
Empresa : OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A
Contrata : CEORZA S.A.C.
Cargo : SUPERVISOR
Edad : 30 AÑOS
Grado de Instrucción : UNIVERSITARIO

CRITERIOS PSICOLÓGICOS						
Aspecto Intelectual		I	NPI	NP	NPS	S
1	Razonamiento					X
2	Memoria					X
3	Atención y Concentración					X
4	Coordinación viso-motora					X
5	Orientación Espacial					X
Aspectos Personalidad						
1	Estabilidad emocional	Inestable	Estable			
			X			
2	Nivel de ansiedad y Tendencias	Caso	No Caso			
			X			
3	Consumo de Alcohol	Caso	No Caso			
			X			
4	Fobia a la altura	Nada	Ligeramente	Moderadamente	Marcadamente	Miedo Extremo
			X			
ANÁLISIS Y RESULTADOS: EL EVALUADO RESPONDE DE FORMA CLARA Y SENCILLA DEMOSTRANDO CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA, LOGRA ADAPTARSE A LAS EXIGENCIAS Y DEMANDAS AMBIENTALES VALORANDO SU CAPACIDAD Y DISPOSICIÓN HACIA EL TRABAJO. FRENTE A SITUACIONES DE EMERGENCIA ANTEPONE LA RAZÓN A LA EMOCIÓN. SIGUE INSTRUCCIONES SIMPLES Y COMPLEJAS Y SE UBICA CON FACILIDAD EN EL LUGAR DE TRABAJO. PRESENTA DESTREZA VISUAL Y AUDITIVA AL REALIZAR LAS TAREAS ENCOMENDADAS. POR OTRO LADO; PRESENTA LIGERA PROBABILIDAD DE MIEDO Y EVITACIÓN A LAS ALTURAS HASTA DE 15 METROS PARA REALIZAR TRABAJOS A DESNIVEL. ASIMISMO, REFIERE QUE CUENTA CON EXPERIENCIA ESPORÁDICA EN TRABAJOS EN ALTURA. FINALMENTE; PRESENTA PREDISPOSICIÓN PARA TRABAJAR CON TODOS SUS IMPLEMENTOS DE SEGURIDAD SI LO SOLICITAN.						
RECOMENDACIONES: SUPERVISAR TAREAS BAJO PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y AUTOCUIDADO PERSONAL. TALLERES DE RELAJACIÓN.				 Ana Maria Rodriguez Salvatierra PSICOLOGA EN SALUD OCUPACIONAL C. Ps. P. 26937		
CONCLUSIONES		APTO	NO APTO			
		X				

Ficha Oftalmológica

Nro Orden : **94040-H**

Nombres : JUAN DIEGO BAZÁN MELGAR

Edad: 30 años

Fecha : lunes 16 septiembre 2024

Examen: PRE-OCUPACIONAL

Empresa: OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A

Contrata: CEORZA S.A.C.

SIN CORREGIR

O.D

O.I

Visión de Cerca :

20/20

20/20

Visión de Lejos :

20/30

20/20

Visión de Colores :

NORMAL

Visión Binocular :

20/20

Reflejos Pupilares :

CONSERVADO

Enfermedades Oculares :

AMETROPIA LEVE EN OJO DERECHO

CORREGIDA

O.D

O.I

00

00

20/20

20/20

[Signature]
N. Martell
LICENCIADA EN ENFERMERIA
C.R.P. 69392

[Signature]
ARTEMIO A. GARCIA CABRERA
MEDICO CIRUJANO OCUPACIONAL
AUDITOR
C.M.P. 352198 - R.A. A004-20

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZAR EL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Yo **JUAN DIEGO BAZÁN MELGAR**

identificado con documento de identidad N°: **71221181** Con ocupacion laboral de:

SUPERVISOR

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

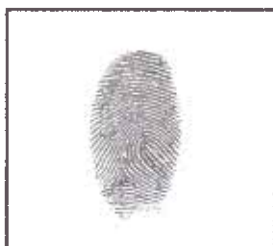
GEORZA S.A.C.

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

- 14 septiembre 2024

Hora: 11.26 AM



Huella



Firma

REPUBLICA DEL PERU
MINISTERIO DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES
DIRECCION GENERAL DE TRANSPORTE TERRESTRE
LICENCIA DE CONDUCIR

MT C

Apellidos
BAZAN MELGAR

Nombre
JUAN DIEGO

Nro de Licencia
L71221181

Clase
A

Categoría
Uno

Fecha de Expedición
20/10/2017

Fecha de Renovación
20/10/2027

MT C

Firma del Titular

Serv. Nro. Preinscrito
1 71221181

Fecha de Nacimiento
03/02/1994

Domicilio
**AV. MANCO CAPAC 1115 LOS BAÑOS DEL INCA
CAJAMARCA CAJAMARCA**

Restricciones
SIN RESTRICCIONES

Grupo y Factor Sanguíneo
O+

Donación de Órganos
NO

AUTORIDAD COMPETENTE

C07260282