

INFORME MÉDICO

DATOS PERSONALES

Nombre : NORABUENA ALEGRE GIANFRANCO JACOB

Edad : 34 AÑOS

Puesto : TÉCNICO MECÁNICO

Empresa : OBRASCÓN HUARTE LAIN

Tipo : PRE-OCUPACIONAL

Fecha : 27 abril 2023

A continuación le informamos los resultados de su evaluación médica:

Antecedentes Patológicos Importantes

-Enf.Oculares

Antecedentes Familiares Importantes

NO CONTRIBUTORIOS

Examen clínico:

Peso : 93 Kg.

Talla : 1.71 m.

F.C : 70 min.

P.A : 124/79 mmHg.

Sat O2 : 96 %

IMC : 31.8 Kg/m2

F.R : 20 min.

Estado nutricional :

OBESIDAD I

Medicina :

APTO CON RESTRICCIÓN

Examen oftalmológico :

null

Examen odontológico :

NO PASO EXAMEN ODONTOLOGICO

Evaluación psicológica :

CUMPLE CON EL PERFIL DEL PUESTO

Audiometría :

NORMAL

Radiografía Tórax :

NORMAL

Electrocardiograma :

null

Espirometría :

N/A

EXAMENES DE LABORATORIO :

Hemograma : NORMAL

Hemoglobina : 14.5gr %

Hematocrito : 45

Colesterol : 200.00

Triglicéridos : 240.00

Examen de Orina: NORMAL

Glucosa : 78.24 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 : -

Ubicanos en nuestras Sedes:

Huamachuco : Jr. Leoncio Prado N°788 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. HIPERTRIGLICERIDEMIA. DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS. TOMA DE ATORVASTATINA 20MG C/24H Y FENOFIBRATO 160MG C/24H POR 30 DIAS. CONTROL DE PERFIL LIPIDICO EN 02 MESES.
2. OBESIDAD I. NO HACER TRABAJOS SOBRE 1.8 M.S.N. PISO. DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS.
3. PTERIGIÓN OJO DERECHO GRADO I. EVALUACION POR OFTALMOLOGIA.
4. RX LUMBAR AP/L: SIGNOS DE LEVE ESCOLIOSIS LUMBAR. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS C/2H POR 10MIN. EVALUACION ANUAL POR FISIATRA.

RECOMENDACIONES:

Las recomendaciones al respecto son las siguientes:

1. DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS. TOMA DE ATORVASTATINA 20MG C/24H Y FENOFIBRATO 160MG C/24H POR 30 DIAS. CONTROL DE PERFIL LIPIDICO EN 02 MESES.
2. NO HACER TRABAJOS SOBRE 1.8 M.S.N. PISO. DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS.
3. EVALUACION POR OFTALMOLOGIA.
4. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS C/2H POR 10MIN. EVALUACION ANUAL POR FISIATRA.

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 Reaño
MEDICINA OCUPACIONAL Y MED. AMBI. EP
C.O.P. 51086 - R.N.E. 20026 - N.A. 51818

EVALUADOR

Ubicanos 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: 989603777 Claro: 940181167 Email: gerencia@horizontemedic.com

75923-TP

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

CERTIFICA que el Sr.(a)

NOMBRES Y APELLIDOS:		GIANFRANCO JACOB NORABUENA ALEGRE			
DNI :	45598518	EDAD :	34 AÑOS	GENERO :	MASCULINO GRUPO SANGUINEO O+
EMPRESA :	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A			CONTRATISTA	CONTRATISTAS GENERALES SAN ISIDRO LABRADOR
PUESTO AL QUE POSTULA :		TÉCNICO MECÁNICO			
OCUPACION ACTUAL O ULTIMA OCUPACION:		MECANICO			
Nº HISTORIA CLINICA :		75923	TIPO DE EXAMEN :		PRE-OCUPACIONAL

CONCLUSIONES :

1. HIPERTRIGLICERIDEMIA.
2. OBESIDAD I.
3. PTERIGIÓN OJO DERECHO GRADO I.
4. RX LUMBAR AP/L: SIGNOS DE LEVE ESCOLIOSIS LUMBAR.

APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)		RESTRICCIONES : - NO HACER TRABAJO SOBRE 1.8 M.S.N.PISO
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. DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS. TOMA DE ATORVASTATINA 20MG C/24H Y FENOFIBRATO 160MG C/24H POR 30 DIAS. CONTROL DE PERFIL LIPIDICO EN 02 MESES.
2. NO HACER TRABAJOS SOBRE 1.8 M.S.N. PISO. DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS.
3. EVALUACION POR OFTALMOLOGIA.
4. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS C/2H POR 10MIN. EVALUACION ANUAL POR FISIATRA.



Dr. José Franco B. Silva Rec^{to}
MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDICINA AMBIENTE
C.O.M.P. 51098 - RUC: 200120 0001 01818

Nombre :

Fecha : 27/04/2023

SELLO Y FIRMA DE MEDICO QUE CERTIFICA :

EMPRESA ☒ OBRASCÓN HUARTE IAIN S.A.
CONTRATA ☒ CONTRATISTAS GENERALES SAN ISIDRO LABRADOR S.R.L.
Apellidos y Nombres : NORABUENA ALEGRE GIANFRANCO JACOB

PRE OCUPACIONAL ☒
ANUAL ☐
RETIRO ☐
REUBICACIÓN ☐

FECHA DEL EXAMEN : 27/04/2023		MINERALES EXPLOTADOS O PROCESADOS : NO APLICA	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO CHIMBOTE 08/05/1988		DOMICILIO HABITUAL URB. LAS BRISAS MZ. E LT. 7-NUEVO CHIMBOTE -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 34 AÑOS	SEXO M ☒ F ☐	DNI / CE / NIE 45598518 TELEFONO	ESTADO CIVIL soltero ☒ conviviente ☐ casado ☐ viudo ☐ casado ☐ divorciado ☐
GRADO DE INSTRUCCIÓN Analfabeto ☐ Sec.Com. ☐ Univers ☐ Prim.Com. ☐ Sec.Inc. ☐ Tecnico ☒ Prim.Inc. ☐			
Ruido ☐	Cancerigenos ☐	Temperatura ☒	Carga ☐
Poivo ☒	Mutagenicos ☐	Biologicos ☐	Mov.Repet. ☒
Vib Segmentario ☐	Solventes ☐	Posturas ☒	PVD ☐
Vib Total ☐	Metales ☐	Turnos ☐	Otros ☒
Puesto al que Postula : TÉCNICO MECANICO 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)			
MEGA DB, TBC, HTA, CONVULSIONES, ASMA, ALERGIAS, ACCIDENTES			
ANTECEDENTES FAMILIARES		INMUNIZACIONES	
NO CONTRIBUTORIOS		TETANO ☐ HEPATITIS - B ☐ FIEBRE AMARILLA ☐	
		NÚMERO DE HIJOS VIVOS MUERTOS 02 00	
HABITOS TABACO ALCOHOL DROGAS nada ☒ ☐ ☒ poco ☐ ☒ ☐ habitual ☐ ☐ ☐ excesivo ☐ ☐ ☐		TALLA 1.71 mts. PESO 93 Kg. IMC 31.8	FUNCIÓN RESPIRATORIA (Espirometría) FVC N/A I. FEV1 N/A I. FEV1/FVC N/A % FEF 25-75% N/A I/s. Conclusión: NO SE REALIZO ESPIROMETRIA
TEMPERATURA 36.6 °C Cintura 106 cm. Cadera 113 cm. ICC 0.94			
CABEZA : NORMAL		CUELLO : CENTRAL, MOVIL	
PERIMETRO CUELLO : 40 cm		NARIZ : CENTRAL, PERMEABLE	
BOCA,AMIGDALAS,FARINGE,LARINGE : HUMECTADA, NO HIPERTROFICAS, NO CONGESTIVAS		DENTADURA Piezas en mal estado : 0 Piezas que faltan : 0	
OJOS	SIN CORREGIR	CORREGIDA	ENFERMEDADES OCULARES :
	O.D O.I	O.D O.I	
Visión de Cerca :	20/20 20/20	00 00	
Visión de Lejos :	20/20 20/20	00 00	PTERIGIÓN OJO DERECHO.
Visión de Colores :	NORMAL		REFLEJOS PUPILARES : CONSERVADO
OÍDOS	Audición derecha 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000		Audición izquierda 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000
Hz	500 1000 2000 3000 4000 6000 8000	Hz	500 1000 2000 3000 4000 6000 8000
dB(A)	5 5 25 25 20 25 10	dB(A)	10 10 25 25 25 25 15
OTOSCOPIA	O.D : NORMAL O.I : NORMAL	F.Respiratoria : 20 x min. F.Cardiaca : 70 x min. SaL02 : 96 %	PRESIÓN ARTERIAL SISTEMATICA SISTÓLICA 124 mmHg. DIASTÓLICA 79 mmHg.
Cardiovascular : RCRR, NO SOPLOS.			
PULMONES : Normal: ☒ Anormal ☐			
Descripción: BPMV EN ACP. NO RALES.			
Miembros Superiores : SIMÉTRICOS, NO DEFORMIDADES, MOTRICIDAD CONSERVADA.			
Miembros Inferiores : SIMÉTRICOS, NO DEFORMIDADES, MOTRICIDAD CONSERVADA.			

ANEXO 16
FICHA MEDICA OCUPACIONAL

N° de ORDEN : **75923-TP** PAG.02

J

REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS: CONSERVADOS										MARCHA : NORMAL																			
COLUMNA VERTEBRAL: CENTRAL, MOVIL, CURVATURAS CONSERVADAS																													
ABDOMEN:										TACTO RECTAL																			
RHA(+), B/D, NO DOLOROSO A LA PALPACION										NO SE HIZO ☒ ANORMAL ☐																			
										NORMAL ☐ DESCRIBIR EN OBSERVACIÓN ☐																			
ANILLOS INGUINALES CONSERVADOS					HERNIAS NO					VÁRICES NO																			
ÓRGANOS GENITALES: DE CARACTER NORMAL										GANGLIOS LINFÁTICOS NO LINFADENOPATIAS																			
LENGUAJE, ATENCIÓN, MEMORIA, INTELIGENCIA, ORIENTACIÓN, AFECTIVIDAD NORMAL																													
										VÉRTICES : LIBRES																			
										HILOS : NORMALES																			
										SENOS : LIBRES										MEDIASTINOS : NORMALES									
										CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS : NORMAL										SILUETA CARDIOVASCULAR : NORMAL									
N° RX	75923																												
FECHA	27/04/2023																												
CALIDAD	2																												
SÍMBOLOS	N/A																												
☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	REACCIONES SEROLOGICAS LUES												
0/0	1/0	1/1	1/2	2/1	2/2	2/3	3/2	3/3	3/+	A,B,C	St	a -Lues																	
CERO	1/0	UNO		DOS			TRES			CUATRO		NEGATIVO ☐																	
Sin neumoconiosis										IMAGEN RADIOGRAFICA de EXPOSICION A POLVO										CON NEUMOCONIOSIS									
																				OTROS EXÁMENES									
																				-HEMOGRAMA: NORMAL -GLUCOSA: 78.24 mg/dl. -CREATININA: N/A mg/dl. -VSG: N/A. -EX ORINA: NORMAL -COCAINA: N/A. -MARIHUANA: N/A.									
GRUPO SANGUINEO										Hemoglobina/Hematocrito																			
O ☒ A ☐ B ☐ AB ☐ Rh(-) ☐ Rh(+) ☒										14.5 gr. %																			
ORINA																													
APTO PARA TRABAJAR					NOMBRES Y APELLIDOS DEL MÉDICO - COLEGIATURA																								
SI ☒ NO ☐ Reevaluación en empresa ☐					 Dra. Gamboa Castro M. Lilbeth MEDICO CIRUJANO CMP. 88454																								
FIRMA Y SELLO																													
OBSERVACIONES :																													
1. HIPERTRIGLICERIDEMIA, DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS. TOMA DE ATORVASTATINA 20MG C/24H Y FENOFIBRATO 160MG C/24H POR 30 DIAS. CONTROL DE PERFIL LIPIDICO EN 02 MESES. 2. OBESIDAD I. NO HACER TRABAJOS SOBRE 1.8 M.S.N. PISO. DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS. 3. PTERIGIÓN OJO DERECHO GRADO I. EVALUACION POR OFTALMOLOGIA. 4. RX LUMBAR AP/L: SIGNOS DE LEVE ESCOLIOSIS LUMBAR. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS C/2H POR 10MIN. EVALUACIÓN ANUAL POR FISIATRA.																													
															 Firma del examinado														
															 Huella Digital Índice Derecho. Declaro que toda la información es verdadera														

Nombre: Norabuena Alegre Gianfranco Jacob

DNI: 45598518

Sexo: Masculino

Edad: 34 años. (8/05/1988)

Grupo sanguíneo: 0 +

Estado civil: Casado

Estudios: Terciarios

Domicilio: Urb. Las Brisas Mz. e Lt. 7

Empresa: Contratistas Generales San Isidro Labrador S.r.l

Usa lente óptico: No

Usa lente de contacto: No

Usa audifono: No

27/04/2023 - Licencia: A3 - C (Profesional) - Tramite: Sin datos - RESULTADO: APROBADO

Test de visión y audición

Agudeza visual	Ojo izquierdo	Hasta línea #7 (20/20)	Aprobado
	Ojo derecho	Hasta línea #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 perimetría	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: 0.35 Segundos (Rápido)	Prueba #2: 0.39 Segundos (Medio lento)
Prueba #3: 0.36 Segundos (Rápido)	Prueba #4: 0.35 Segundos (Rápido)
Prueba #5: 0.56 Segundos (Muy Lento)	Prueba #6: 0.32 Segundos (Muy rápido)
Prueba #7: 0.34 Segundos (Rápido)	Prueba #8: 0.40 Segundos (Medio lento)
Prueba #9: 0.52 Segundos (Muy Lento)	Prueba #10: 0.35 Segundos (Rápido)
Resultado: APROBADO	Promedio: 0.39 Segundos

Responsable de este exámen: Administrador

Test de palancas

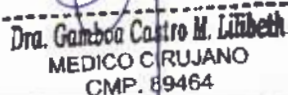
Tiempo de error: 0.93 (Aprobado)
Cantidad de errores: 1 (Aprobado)
Tiempo de exámen: 33.00 (Aprobado)
Resultado: APROBADO

Responsable de este exámen: Administrador

Test de punteado

Cantidad de errores: 10 (Aprobado)
Cantidad de aciertos: 49 (Aprobado)
Tiempo de acierto: 10.85 (Aprobado)
Resultado: APROBADO

Responsable de este exámen: Administrador


Dra. Gamba Castro M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
CMP. 89464

FIRMA DEL EVALUADOR



FIRMA DEL EVALUADO



1. FILIACION (a partir del registro médico)

Nº Ficha : **75923**

Apellidos y Nombres	NORABUENA, ALEGRE GIANFRANCO JACOB			Fecha	27/04/2023	
DNI	45598518	Edad	34 AÑOS	Sexo	M ☒	F ☐
Área de Trabajo	MANTENIMIENTO		Brevete			
Empresa	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A		Contrata	CONTRATISTAS GENERALES SAN ISIDRO		
Años de Experiencia	16	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 de 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.	☐	☒
Pérdida 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	70	FR x min	20	PA mmHg	124/79	Talla (m)	1.71	Peso (kg)	93	IMC	31.8	P. de Cuello (cm)	40
P. de cintura (cm)	106	P. Cadera (cm)	113	ICC	0.94	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 CILLA	☐	☒								
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 psicosenométrica 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 27/04/2023 HASTA 27/04/2024			☒	

7. COMENTARIOS

Nombre y Apellidos del Médico - N° de Colegiatura :

Observaciones y Recomendaciones: **-OBESIDAD I NO HACER TRABAJO 1.8 M.S.N PISO.DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS**

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 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 45598518

Índice Derecho

Dra. Gambon Castro M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 84464

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

75923

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

1.- FILIACIÓN

Apellidos y Nombres	NORABUENA ALEGRE GIANFRANCO JACOB		Fecha :	27/04/2023
DNI	45598518	F. Nacimiento :	08/05/1988	
Sexo :	Masculino (X) Femenino ()			
Área de trabajo	MANTENIMIENTO		Tipo Licencia :	A-III-C
Empresa Contratista	CONTRATISTAS GENERALES SAN ISIDRO	Empresa	OBRASCÓN HUARTE LAÍN 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

Apnea 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 (benzodiacepinas, 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 (marca 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.

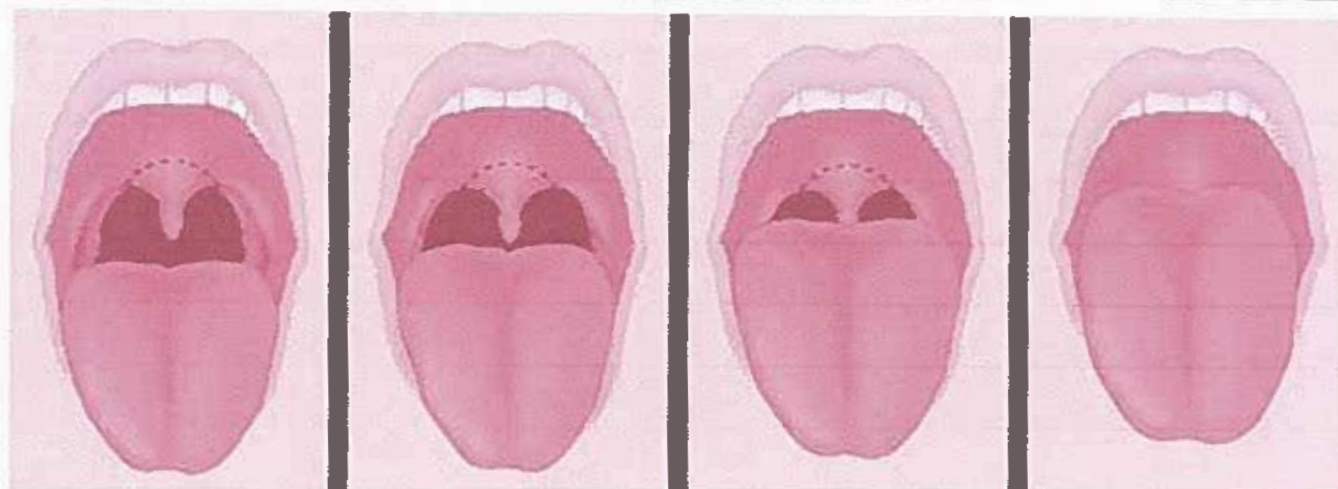
Firma del trabajador o postulante
DNI : 45598518

Indice Derecho

5.- EXÁMEN FÍSICO :

Peso (Kg): 93	Talla (mts) : 1.71	IMC (Kg/m2) : 31.8	(> 30 es de alto riesgo)
Circunferencia de cuello : 40 cm.	VARON (menor de 43,2 cm, es normal) Normal : SI (X) NO ()	MUJER (menor de 40,6 cm, es normal) Normal : SI () NO ()	J
P. Sistólica : 124 mmHg.	P. Diastólica : 79 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

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:

[Signature]
Dra. Gabriela Castro M. Libeth
MEDICINA GENERAL
CMP. 89464

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

[Signature]
Firma del trabajador o postulante
DNI: 45598518

Índice Derecho



HISTORIA OCUPACIONAL

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

Nombres y Apellidos: GIANFRANCO JACOB NORABUENA ALEGRE

N° Registro :

75923

Fecha de Nacimiento : 08/05/1988 Sexo : M

Lugar de Nacimiento : CHIMBOTE

Lugar de Procedencia : URB. LAS BRISAS MZ. E LT. 7-NUEVO CHIMBOITE -SANTA-ANCASH

Profesion : MECANICO

Telefono : 993706911

fecha	Empresa	Altitud	Actividad	Área de Trabajo	Ocupación	Tiempo de labor		Peligros/Agentes Ocupacionales	Uso EPP Tipo EPP
						Subsuelo	Superficie		
2009-2015	CONSTRUCTORA CHAN CHAN S.A.C.- TRUJILLO	34 MSNM	CONSTRUCCION	MANTENIMIENTO	TECNICO MECANICO	0	6 AÑOS	RUIDOS, POLVO, VIBRACIONES, CAIDAS, GOLPES, INSOLACION	CASCO, LENTES, GUANTES,ZAPATOS DE SEGURIDAD, RESPIRADORES, OREJERAS, TAMPONES AUDITIVOS
2015	CONTRATISTAS GENERALES SAN ISIDRO LABRADOR S.R.L. - SANCHEZ CARRION	3189 MSNM	ALQUILER DE MAQUINARIA PESADA	MANTENIMIENTO	RESPONSABLE DE EQUIPO	0	8 AÑOS	RUIDOS, POLVO, VIBRACIONES, CAIDAS, GOLPES, ALTAS TEMPERATURAS	CASCO, LENTES, GUANTES,ZAPATOS DE SEGURIDAD, RESPIRADORES, OREJERAS, TAMPONES AUDITIVOS

Fecha : jueves 27 abril 2023



Firma del Trabajador


Médico: Dra. Gabriela Castro H. Sello
MECANICO C. RUJILLO
CNP. 8946A

FICHA DE ANTECEDENTES PATOLOGICOS

NOMBRES Y APELLIDOS NORABUENA ALEGRE GIANFRANCO JACOB N° Ficha : **75923**
 EDAD 34 AÑOS Fecha : 27 abril 2023
 LUGAR DE NACIMIENTO CHIMBOTE
 SEXO: MASCULINO
 OCUPACION A LA QUE POSTULA TÉCNICO MECÁNICO LUGAR DE PROCEDENCIA: URB. LAS BRISAS MZ. E LT. 7

1. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES:

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

Alergias	()	Gastritis Crónica	()	Pleuresia	()
Amigdalitis Crónica	()	Gonorrea	()	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 Nocivos

Fumar SI () NO (X) Numeros de Cigarrillos _____
 Licor SI (X) NO () Tipo mas Frecuente _____, CERVEZA
 Frecuencia _____1 VEZ X MES
 Drogas SI () NO (X) Tipo Probado o que Usa _____
 Frecuencia _____

Antecedentes Quirúrgicos

Fecha	Hospital (Nombre - Lugar)	Operación	Días Hospitalización	Complicaciones

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

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

En caso de Varones

Número de hijos vivos : 02
Número de hijos fallecidos : 00
Número de abortos en sus parejas : 00
Precisar Causas : - NINGUNA

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

FECHA 2023/04/27


FIRMA DEL POSTULANTE
Dra. Gamboa Castro M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
CMP. 89464

MEDICO MEDICINA OCUPACIONAL

Cuestionario Nórdico de Signos y Síntomas Osteomusculares

1. DATOS PERSONALES

Nombre : GIANFRANCO JACOB NORABUENA ALEGRE

Edad en años cumplidos : 34 AÑOS

Fecha : 27/04/2023

Género : Masculino : ☒ Femenino : ☐

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

Años : 16 Meses : 0

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 ?

No ☐ Si ☐

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

No ☐ Si ☐

b. Actividades recreativas

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 esta 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 esta área, ignorando cualquier problema que usted pueda haber tenido en partes adyacentes a ésta. Por favor responda poniendo una x en el respectivo recuadro para cada pregunta.



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

No ☒ Si ☐

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

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

No ☐ Si ☐

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

No ☐ Si ☐

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

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

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

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

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

No ☐ Si ☐

b. Actividades recreativas

No ☐ Si ☐

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

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

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

No ☐ Si ☐

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

No ☐ Si ☐

Dra. Gamba Castro M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
CMP. 89164

Firma y sello del Médico

Firma Postulante

Gracias por su colaboración

I. FILIACIÓN (a partir del registro médico)

Nº Ficha : **75923**

Apellidos y Nombres	NORABUENA ALEGRE GIANFRANCO JACOB		Fecha	27/04/2023	
DNI	45598518	Edad	34 AÑOS	Sexo	M ☒ F ☐
Área de Trabajo	MANTENIMIENTO				
Empresa	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A	Contrata	CONTRATISTAS GENERALES SAN ISIDRO LABORATORIOS S.R.L.		

II. Síntomas : Si ☐ No ☒ Cuales : NINGUNO

III. Tiempo de Experiencia: 16 AÑOS

IV. Uso de Faja Lumbar: Si ☐ No ☒

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

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

VII. Examen Físico

1. Cabeza y Cuello

Movimiento :

Grado:

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

2. Miembros Superiores

a) Hombro

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

b) Brazo

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

c) Antebrazo

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

d) Muñeca

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

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

3. Tórax

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

4. Miembros Inferiores

a) Caderas

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

EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELETICA

b) Pierna														
Grado :	N	☐	R	☐	M	☐	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 : - LEVE ESCOLIOSIS LUMBAR														
IX. Recomendaciones y plan de acción :														
- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS C/2H POR 10MIN. EVALUACION ANUAL POR TRAUMATOLOGIA.														
IX. Tratamiento :														
	SI	☐			NO	☒								
XI. Conclusiones: Asintomatico :														
	SI	☒			NO	☐								
  FIRMA DEL POSTULANTE  Dra. Gamboa Castro M. Lilibeth MEDICO CIRUJANO C.M.P. 89464 MEDICO MEDICINA OCUPACIONAL														

LABORATORIO CLINICO

Fecha : 27 abril 2023

Trabajador : NORABUENA ALEGRE GIANFRANCO JACOB

N° Ficha : 75923

Empresa Contratista : CONTRATISTAS GENERALES SAN ISIDRO
LABRADOR S.R.L

Empresa : OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A

HEMATOLOGIA

Grupo Sanguíneo : O	Leucocitos : 8 540 mm ³
Factor Rh : POSITIVO	Neutrofilos : 62 %
Hematocrito : 45 %	Abastondados : 00 %
Hemoglobina : 14.5 g/dl	Segmentados : 62 %
Hematies : 4 950 000	Eosinofilos : 01 %
V.S.G : N/A	Basofilos : 00 %
Plaquetas : 230 000 mm ³	Linfocitos : 35 %
	Monocitos : 02 %

BIOQUIMICA

Glucosa : 78.24 mg/dl	Valores Normales 70 - 110 mg/dl
Creatinina : N/A mg/dl	Valores Normales 0.8 - 1.4 mg/dl

SERO - INMUNOLOGICO

RPR : N/A

VIH : N/A

EXAMEN DE ORINA

Examen Fisico :

Color : AMARILLO CLARO	Aspecto : TRANSPARENTE
Densidad : 1.020	PH : 6.0

Examen Químico :

Nitritos : NEGATIVO	Urobilinogeno : NEGATIVO
Proteinas : NEGATIVO	Bilirrubina : NEGATIVO
Cetonas : NEGATIVO	Glucosa : NEGATIVO
Leucocitos : NEGATIVO	Sangre : NEGATIVO

Sedimento Unitario :

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

Drogas :

Cocaína : N/A

Marihuana : N/A

Observaciones :

Dra. Gamboa Castro M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
CMP. 89464

Cecilia Cristina Chavez Alcantara
Biologa
C.B.P. 15230

LABORATORIO CLÍNICO

75923

ANALISIS BIOQUÍMICOS

PACIENTE : GIANERANCO JACOB NORABUENA ALEGRE
FECHA : jueves 27 abril 2023

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

COLESTEROL TOTAL : 200.00 (V.N. < 200 mg/dl)

L.DL. COLESTEROL : 102.00 (V.N. < 129 mg/dl)

H.D.L. COLESTEROL : 50.00 (V.N. 40 - 60 mg/dl)

V.L.D.L. COLESTEROL : 48.00 (V.N. < 30 mg/dl)

TRIGLICERIDOS : 240.00 (V.N. < 150 mg/dl)



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

V° B°

Dra. Gamboa Castro M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
CMP. 89464

Nro Orden : **75923**

Apellidos y Nombres : GIANFRANCO JACOB NORABUENA ALEGRE

Edad : 34 AÑOS

DNI: 45598518

Fecha : 27 abril 2023

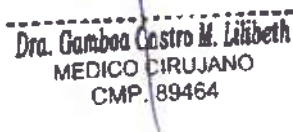
BIOQUIMICA

MUESTRA SUERO (en ayunas)

PRUEBA	RESULTADO	VALORES NORMALES
ACIDO URICO SERICO	5.40	Mujeres : 2.5 - 6.8 mg/dl Hombres : 3.6 - 7.7 mg/dl

Trujillo, jueves 27 abril 2023


Claudia Gamba Castro Alcántara
Bióloga
C.B.P. 15230


Dra. Gamba Castro M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
CMP. 89464



NOMBRE : GIANFRANCO JACOB NORABUENA ALEGRE
EDAD : 34 años
DNI : 45598518
FECHA : 27/04/2023

TOXICOLOGIA

PRUEBA	RESULTADOS	UNIDADES
DROGAS PANEL 5D		
COCAINA	NEGATIVO	S/U
MARIHUANA	NEGATIVO	S/U
ANFETAMINA EN ORINA	NEGATIVO	S/U
METHANFETAMINA	NEGATIVO	S/U
BENZODIACEPINA	NEGATIVO	S/U



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

Dra. Gamba Castro M. Lilbeth
MEDICO CIRUJANO
OMP 89464

UBÍCANOS EN NUESTRAS SEDES:

HUAMACHUCO: Jr. Leoncio Prado N° 786 Telf. 044-348070 admission@horizontemedic.com

TRUJILLO: Calle Guillermo Prescott N° 127 – Urb. Santo Dominguito 044-666120

990 094 744 – 969 603 777 / admisión.trujillo@horizontemedic.com

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

Yo, GIANFRANCO NORBENIA ALEGRE, de 35 años de edad, identificado con DNI n° 4.8590518;
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.

Trujillo, 27 de ABRIL del 2023



Huella digital

Firma del paciente


Dra. Gamboa Castro M. Lilibeth
MEDICO ORUJANO
GMP. 69464

Firma y sello del
Consejero

ANTECEDENTES:

CONSUME MARIHUANA	: NO (☒) SI ()
CONSUMO DE COCAINA	: NO (☒) SI ()
CONSUMIO 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 ()



HORIZONTE MEDIC
CUIDAMOS SU SALUD

POLICLINICO

FORMULARIO DE INFORME RADIOGRAFICO CON METODOLOGIA OIT

75923

J

PLACA N°:	75923	HCL:	75923	LECTOR:	..
NOMBRE:	GIANFRANCO JACOB NORABUENA ALEGRE			EDAD:	34 AÑOS.
FECHA DE LECTURA:	27 / 04 / 2023			FECHA DE Radiografía:	27 / 04 / 2023
	Día - Mes - Año				Día - Mes - Año

I. CALIDAD RADIOGRAFICA	1 BUENA	CAUSAS	1 SOBRE EXPOSICIÓN	5 ESCAPULAS
	2 ACEPTABLE		2 SUBEXPOSICIÓN	6 ARTEFACTOS
	3 BAJA CALIDAD		3 POSICIÓN CENTRADO	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) (consulte las radiografías estándar - marque la subcategoría de profusión)			2.3. FORMA Y TAMAÑO (consulte las radiografías estándar; se requieren dos símbolos; marque un primario				2.4. OPACIDADES GRANDES (marque 0 si no hay ninguna o marque A, B o C)				
	DER.	IZQ.	0/-	00	0/1	PRIMARIA		SECUNDARIA					
SUPERIOR			1/0	1/1	1/2	p	q	p	s				
MEDIO			2/1	2/2	2/3	q	t	q	t				
INFERIOR			3/2	3/3	3/+	r	u	r	u				

III. ANORMALIDADES PLEURALES (si NO hay anomalías pase a símbolos*)

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: 3mm)	
				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		O	D	I	O	D	I
De Frente		X	D	I	X	D	I
Diafragma		X	D	I	X	D	I
Otro (S) Sitio (S)		X	D	I	X	D	I
Obliteración del Ángulo Costofrénico		X	D	I			

3.2. Engrosamiento Difuso de la Pleura (0= Ninguna, D= Hemitórax derecho; I= Hemitórax izquierdo)

Pared Torácica		Calcificación		Extensión		Ancho	
De perfil		O	D	I	O	D	I
De frente		X	D	I	X	D	I

IV. SIMBOLOS *

(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	pl	px	ra	rp	th	

COMENTARIOS :

EVALUACION ANUAL NORMAL

Firma y Sello de Médico

Dr. Gamboa Costas, Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 89464

EXAMEN : RADIOGRAFIA DE TORAX P.A

N° Ficha : **75923**

NOMBRES : GIANFRANCO JACOB
APELLIDOS : NORABUENA ALEGRE
FECHA : jueves 27 abril 2023
EDAD : 34 AÑOS

INFORME

**LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN LA INCIDENCIA
POSTERO-ANTERIOR MUESTRA**

VÉRTICES :	LIBRES
HILIOS :	NORMALES
SENOS COSTOFRENICOS :	LIBRES
CAMPOS PULMONARES:	NORMALES
MEDIASTINOS :	NORMALES
SILUETA CARDIOVASCULAR :	NORMAL
OSTEOMUSCULAR :	NORMAL
CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS :	NORMAL
OBSERVACIONES :	EVALUACION ANUAL

Dra. Gamboa Castro M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
CMP. 80464

INFORME DE RADIOLOGIA

PACIENTE: NORABUENA ALEGRE GIANFRANCO

EDAD: AÑOS

EXAMEN: RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA AP-L

FECHA: 27.04.2023

HALLAZGOS:

Cuerpos vertebrales muestran morfología normal.

Sacro no muestra lesiones evidentes.

Espacios intervertebrales conservados.

Densidad ósea adecuada.

Lordosis lumbar normal.

Canal raquídeo con amplitud normal.

Leve escoliosis lumbar.

CONCLUSIONES:

SIGNOS DE ESCOLIOSIS LUMBAR LEVE.



DR DENIS ALEXIE VARGAS LOPEZ
MEDICO RADIOLOGO
CMP 39176- RNE 17520

INFORME DE ELECTROCARDIOGRAMA

N° Ficha :

75915

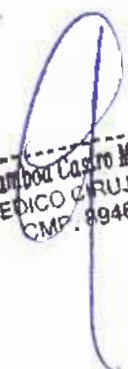
Fecha informe : 27/04/2023

Nombre	PEDRO HERNAN CABALLERO MILLA
Edad	25 AÑOS
Empresa Contratista	TRANSPORTES LINEA S.A.
Empresa	MINERA AURIFERA RETAMAS S.A.

RITMO	SINUSAL
F.C.	58 x min
P.R.	0.20
Q.R.S.	0.08
Q.T.C.	N/E
EJE	0°

HALLAZGO	<u>BRADICARDIA SINUSAL FISIOLÓGICA</u>
CONCLUSION	

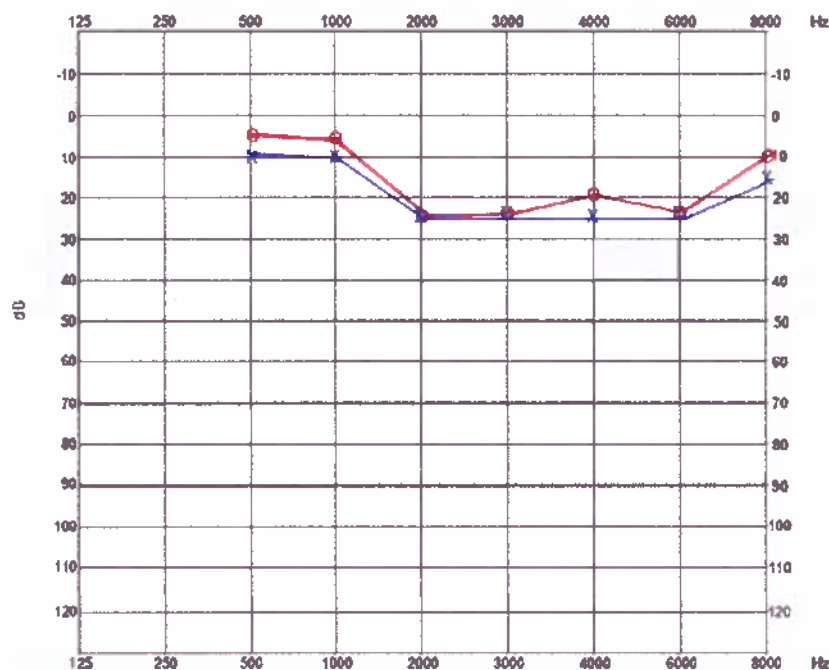
RECOMENDACIONES	- EVALUACION ANUAL
-----------------	--------------------


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

FICHA AUDIOLOGICA

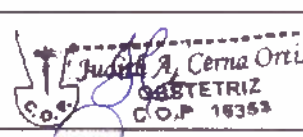
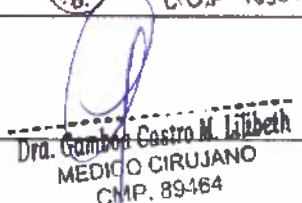
Historia Clínica			Ficha Audiológica	75923	Audiómetro	Marca AMPLIVOX	
Fecha del Examen	27/04/2023 dd / mm / aa	EXAMEN	Pre - Ocupacional (X)	Periódica ()		Modelo AMPLIVOX 270	
			Retiro()	Anual ()		Calibración 01/11/2022	
Apellidos y Nombres			NORABUENA ALEGRE GIANFRANCO JACOB				
Edad	34 AÑOS	Sexo	M	Ocupación	TÉCNICO MECÁNICO	Años de Trabajo	14
Empresa Contratista	CONTRATISTAS GENERALES SAN ISIDRO LABRADOR S.R.L.		Empresa	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A		Tiempo de exposición	5
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		
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 audiometria	JUDITH ARMIDA CERNA ORTIZ	 Judith A. Cerna Ortiz ODONTÓLOGA C.O.P. 16353 Sello y Firma
Nombre del Medico		 Dra. Gumbon Castro M. Lilbeth MEDICO CIRUJANO CMP. 89464 Sello y Firma




INFORME PSICOLÓGICO

Cod. Entrevista : 21928

N° de Ficha : **75923**

I.- DATOS DE FILIACIÓN

Nombre completo	GIANFRANCO JACOB NORABUENA ALEGRE	Fecha de Nacimiento	08 de mayo 1988
Edad	34 AÑOS	Lugar de Nacimiento	CHIMBOTE
Dirección	URB. LAS BRISAS MZ. E LT. 7	Estado Civil	SOLTERO
Grado de Instrucción	TECNICO	Ocupación	MECANICO
Cargo a Desempeñar	TÉCNICO MECÁNICO		
Empresa	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A	Fecha de Entrevista	jueves 27 abril 2023

II.- RESULTADOS

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

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

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

EN EL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN, EL EXAMINADO PRESENTA ADECUADOS MECANISMOS DE DEFENSAS PARA LIDIAR CON LAS DEMANDAS DE SU ENTORNO, POSEE RECURSOS PERSONALES PARA ACTUAR OBJETIVAMENTE, REFLEJA ADECUADO CONTROL DE IMPULSOS, CREA VÍNCULOS INTERPERSONALES ADECUADOS BASADOS EN LA COMUNICACIÓN ASERTIVA; MUESTRA CARACTERÍSTICAS DE TENSIÓN EN RELACIÓN A SU PRESENTE. ASIMISMO, 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 SOCIABLE, AMABLE Y RESPONSABLE. ADEMÁS MENCIONA QUE DESEA MEJORAR SU CAPACIDAD DE GESTIONAR ADECUADAMENTE 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.
ASISTIR A TALLERES DE CONTROL DE EMOCIONES.


Francisca C. Asmat Meregillo
PSICÓLOGA
C.R.P. 27673

III.- APTO PARA EL CARGO

SI



NO



INFORME PSICOLÓGICO - SOMNOLENCIA Y FATIGA

N° de Ficha : **75923**

I.- DATOS DE AFILIACIÓN

Nombre completo	GIANFRANCO JACOB NORABUENA ALEGRE
Empresa	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A
Cargo	TÉCNICO MECÁNICO
Edad	34 AÑOS
Grado de Instrucción	TECNICO
Fecha de Entrevista	jueves 27 abril 2023

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 SUPERIOR 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



.....
Lorena C. Asmat Meregilia
PSICÓLOGA
C.Ps.P. 27679

Ficha Oftalmológica

Nro Orden : **75923-H**

Nombres : GIANFRANCO JACOB NORABUENA ALEGRE

Edad: 34 años

Fecha : jueves 27 abril 2023

Examen: PRE-OCUPACIONAL

Empresa: OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A

Contrata: CONTRATISTAS GENERALES SAN ISIDRO LABRADOR S.R.L

	<u>SIN CORREGIR</u>		<u>CORREGIDA</u>	
	O.D	O.I	O.D	O.I
Visión de Cerca :	20/20	20/20	00	00
Visión de Lejos :	20/20	20/20	00	00
Visión de Colores :	NORMAL			
Visión Binocular :	20/20			
Reflejos Pupilares :	CONSERVADO			
Enfermedades Oculares :	PTERIGIÓN OJO DERECHO.			

Rosmary G. Guevara Sotol
LIC. ENFERMERÍA
EP. 076802

Dra. Genaro Castro M. Lilibeth
MEDICO OJALJANO
CMP. 88464

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZAR EL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Yo

GIANFRANCO JACOB NORABUENA

identificado con documento de identidad N°: **45598518**

Con ocupacion laboral de:

TÉCNICO MECÁNICO

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

CONTRATISTAS GENERALES SAN ISIDRO

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 Resolucion ministerial N° 312-2011/MINSA . Y doy fe que la información brindada a HORIZONTE MEDIC es veridica. Asi mismo, autorizo a HORIZONTE MEDIC para que brinde mi historia clinica y toda información resultante de mi examen medico ocupacional al Medico Ocupacional de mi empresa para que tenga acceso a mi Historia Clinica de acuerdo a la N.T N° 022 MINSA/dgsp-V 02 y Ley N° 26842, Ley general de salud.

Fecha: null

- 27 abril 2023

Hora: 9.23 AM



Huella



Firma

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




Apellidos
NORABUENA ALEGRE
Nombre
GIANFRANCO JACOB
Nro de Licencia
E45598518
Categoría
A
Fecha de Expedición
08/06/2016

Categoría
Tres c profesional
Fecha de Vigencia
01/09/2025


FORMA DEL TITULAR

MTC

DNI
8
Nro Documento
45598518
Fecha de Expedición
08/06/2016

Residente
ASENT.H. VICTOR RAUL HAYA DE LA TORRE 273
HUANCHACO TRUJILLO LA LIBERTAD
Restricciones
SIN RESTRICCIONES

Grupo y Factor sanguíneo
O+
Donación de órganos
NO

Carnet de




AUTORIDAD COMPETENTE



POLICLÍNICO
HORIZONTE MEDIC
CUIDAMOS TU SALUD...

Nombres y Apellidos:

Gianfranco Nordano 34a

Edad:

Diagnóstico:

(CIE - 10):

Medicamento

Concentración

Forma Farmacéutica

Cantidad



POLICLÍNICO
HORIZONTE MEDIC
CUIDAMOS TU SALUD...

Nombres y Apellidos:

Nordana Giapara 34a

Edad:

Medicamento / Insumo

Dosis

Vía

Frec.

Duración

① Aforvantebny 20mg tab 30 ① Tomar 01 tab c/24h (apm) x 30 días

② Enofbrabo 160mg tab 30 ① Tomar 01 c/24h (apm) x 30 días

Dr. Gombou Luis M. Lilibeth
MEDICO CIRUJANO
Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha

27/04/23

TRUJILLO: Calle Guillermo Prescott N° 127 - Urb. Santo Domingo 044-666120
Av. Nicolás de Piérola N° 1106 - Urb. San Fernando 044-767608

0964385075 - 990094744 - 969603777 / admision.trujillo@horizontemedic.com

HUAMACHUCO Jr. Leocadio Prado N° 785 044-348070 / admision@horizontemedic.com
HUANCAYO Av. Huancavelica N° 2225 054-659554

Dr. Gombou Luis M. Lilibeth
Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha

27/04/23

TRUJILLO: Calle Guillermo Prescott N° 127 - Urb. Santo Domingo 044-666120
Av. Nicolás de Piérola N° 1106 - Urb. San Fernando 044-767608

0964385075 - 990094744 - 969603777 / admision.trujillo@horizontemedic.com

HUAMACHUCO Jr. Leocadio Prado N° 785 044-348070 / admision@horizontemedic.com
HUANCAYO Av. Huancavelica N° 2225 054-659554