



CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL

SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD MONTE SINAI S.A.C		CODIGO	00003071
CERTIFICA que el Sr.(a):		Fecha	7/04/2025
Apellidos Y Nombres	NEGRON VALERA SEBASTIAN		
Documento de Identidad	48143981	Edad	31 Años
		Género	M
Empresa	SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.		
Puesto al que postula(Pre-ocupacional)	GERENTE GENERAL		
Ocupación Actual(Periódico)			
Ultima Ocupación(Retiro)			
HISTORIA CLINICA	48143981		

Diagnosticos (Conclusiones):

1: SOBREPESO: E66.0
2: EMETROPE: Z01.0

Aptitud: **APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)**

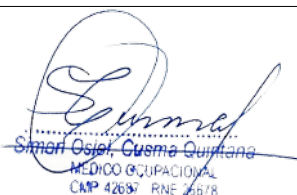
Restricciones:

Recomendaciones:

1. DIETA HIPOCALORICA, HIPOGRASA Y EJERCICIO AEROBIO

Grupo Sanguineo:

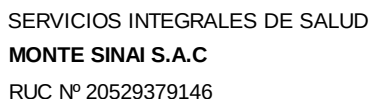
O POSITIVO


Simon Osorio Cusma Quintana
MEDICO OCUPACIONAL
CNP 42687 RNE 26678

Nombre, Firma y Sello de Medico Evaluador



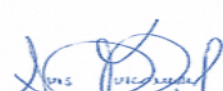
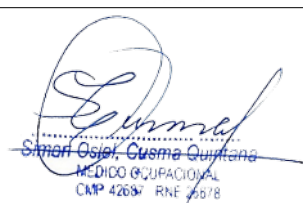
HISTORIA CLÍNICA MÉDICO OCUPACIONAL							
Historia Clínica N°:	48143981		Fecha:	7/04/2025			
Tipo de Evaluación:	EXAM.PRE OCUPACIONAL						
Lugar de Examen	Departamento:	CAJAMARCA	Provincia:	CAJAMARCA			
			Distrito:	CAJAMARCA			
Contratista:							
I. DATOS DE LA EMPRESA							
Razón Social:	SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.						
Actividad Económica:	VENTA DE PARTES, PIEZAS Y ACCESORIOS PARA VEHÍCULOS AUTOMOTORES						
Lugar de Trabajo:	SUPERFICIE						
Ubicación	Departamento:	CAJAMARCA	Provincia:	CAJAMARCA			
			Distrito:	CAJAMARCA			
Puesto al que postula	GERENTE GENERAL						
II. FILIACION DEL TRABAJADOR							
Apellidos y Nombres	NEGRON VALERA SEBASTIAN			FOTO			
Fecha de Nacimiento	15/06/1993						
Edad:	031.09.25 Años	Telefono y/o Celular:					
Documento de Identidad (carné de extranjería, DNI:)	48143981						
Dirección	CARRETERA BAÑOS DEL INCA KM 5 FUNDO EL BOSQUE- LOS BAÑOS DEL INCA-CAJAMARCA						
Distrito:	CAJAMARCA	Provincia:	CAJAMARCA				
		Departamento:	CAJAMARCA				
Residencia en Lugar de Trabajo	NO		Tiempo de residencia en Lugar de Trabajo: -				
Tipo de seguro:	Essalud ☒	EPS ☐	SCTR ☐	Otro			
Estado Civil:	SOLTERO						
Grado de Instrucción	UNIVERSITARIO						
Total de Hijos Vivos	0		Nº dependiente	0			
III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES							
Se adjuntará ficha Complementaria							
IV. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES							
Alergias	NO	Diabetes	NO	TBC	NO	Hepatitis B	NO
Asma	NO	HTA	NO	ITS	NO	Tifoidea	NO
Bronquitis	NO	Neoplasia	NO	Convulsiones	NO	Otros	NO
Quemaduras	NO						
Cirugías	NO						
Intoxicaciones	NO						
Hábitos Nocivos	TIPO		CANTIDAD		FRECUENCIA		
Alcohol	CERVEZA		2 BOTELLAS		2 VECES AL AÑO		
Tabaco	NO		-		-		
Drogas	NO		-		-		
Medicamentos	NO		-		-		
V. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES							
Padre:	SANO		Madre:	SANA		Hermanos: SANOS	
Esposo(a):	-		Hijos Vivos	Nº 0		Hijos Fallecidos:	Nº 0
Absentismo: Enfermedades y Accidentes (asociado a trabajo o no)							
Enfermedad, Accidente	Asociado al Trabajo		Año	Días de descanso			
	SI/NO						
-	NO		-	-			
-	NO		-	-			
-	NO		-	-			
-	NO		-	-			



VI. EVALUACIÓN MÉDICA										
Anamnesis:		COLABORADOR ACUDE A REVISION MEDICA PREOCUPACIONAL								
Examen Clínico	Talla(m)	1.81	Peso (Kg)	84.00	IMC (kg/M2)	25.64	Perimetro Abd. (Cm)			0.00
	F. Resp	19 x min	F. Card	58 x min	PA	110 / 80 mmHg	PAméd			0 / 0
	Sat. O2	96 %	T°	35.7 °C	Per. Cadera	84.00 Cm.	I.C.C		0.89	Cm.
	Otros: -									
Ectoscopia:	COLABORADOR EN AREG, AREN ,AREH									
Estado Mental	LOTEP									
EXAMEN FISICO										
Órgano o Sistema	Sin Hallazgos		Hallazgos							
Piel	N		NORMOTERMICA, NORMOCROMICA							
Cabello	N		BUENA IMPLANTACIÓN CAPILAR							
Ojos y Anexos	EMETROPE	Agudeza Visual		OD	OI	Con Corrección	OD	OI		
			Cerca	J1	J1		-	-		
			Lejos	20/20	20/20	Con Corrección	-	-		
		Fondo de Ojo	-			Vis. de Colores	D: NORMAL I: NORMAL			
		Visión de Profundidad	SIN ALTERACIONES			Reflejos Pupilares	D: NORMAL I: NORMAL			
Oídos	N		CAES PERMEABLES. TIMPANOS SIN ALTERACIONES							
Nariz	N		FOSAS NAALES PERMEABLES							
Boca	N		MUCOSA ORAL HIDRATADA. LEGUA MOVIL.							
Faringe	N		NO CONGESTIVA. UVULA CENTRAL							
Cuello	N		CILINDRICO, MOVIL, NO MASAS PALPABLES							
Aparato Respiratorio	N		MV PASA BIEN EN ACP, NO ESTERTORES NI RUIDOS AGREGADOS							
Aparato Cardiovascular	N		RRCC RITMICOS, NO SE AUSCULTAN SOPLOS							
Aparato Digestivo	N		SIN ALTERACIONES							
Aparato Genitourinario	N		PPL NEGATIVO. PRU NEGATIVO							
Locomotor	N		SIN ALTERACIONES							
Marcha	N		COORDINADA							
Columna	N		SIN ALTERACIONES							
Miembros Superiores	N		SIN ALTERACIONES. TROFISMO, MOVILIDAD Y SENSIBILIDAD							
Miembros Inferiores	N		SIN ALTERACIONES. TROFISMO, MOVILIDAD Y SENSIBILIDAD							
Sistema Linfático	N		SIN ALTERACIONES.							
Sistema Nervioso	N		GLASGOW 15/15 PTOS, NO FOCALIZACIONES							



VII. Conclusiones de Evaluación Psicológica	
-	
VIII. Conclusiones Radiográficas	
-	
RX de Columna F. y L.: -	
IX. Hallazgos Patológicos de Laboratorio	
SIN ALTERACIONES	
X. Conclusión Audiometría	OTROS EXAMENES
-	-
XI. Conclusiones de Espirometría	
-	
XII. Grupo Sanguíneo	Hemoglobina / Hematocrito
O POSITIVO	- -
XIII. Otros	
-	
XIV. Diagnostico Medico Ocupacional	
1: SOBREPESO: E66.0 2: EMETROPE: Z01.0	
Aptitud: APTO	
XV. Restricciones	
XVI. Recomendaciones	
1. DIETA HIPOCALORICA, HIPOGRASA Y EJERCICIO AEROBIO	

Huella y firma del paciente (Con la cual declara que la información declarada es veráz)	
 	
NEGRON VALERA SEBASTIAN DNI: 48143981	
 Dr. Luis Martín Julcamoro Carrascal MEDICO OCUPACIONAL - ASESOR CMP: 42724	 Simon Osorio Cusma Quintana MEDICO OCUPACIONAL CMP 4269 RNE 268/8
Nombre, Firma y Sello de Medico Evaluador	Firma y Sello de Medico Ocupacional / Auditor



OFTALMOLÓGICA

DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres: NEGRON VALERA SEBASTIAN
DNI: 48143981
Edad: 31 Sexo: M Puesto: GERENTE GENERAL
Empresa: SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.
Contratista:

ANTECEDENTES GENERALES: -

ANTECEDENTES OCULARES: -

AGUDEZA VISUAL

	OD		OI	
	SC	CC	SC	CC
LEJOS	20/20	-	20/20	-
CERCA	J1	-	J1	-

USO DE LENTES CORRECTORES

Lentes: NO

TEST DE ISHIHARA (DISCROMATOPSIA)

NORMAL

Tipo de discromatopsia: NINGUNO

PERCEPCIÓN DE COLORES BÁSICOS

	OD	OI
ROJO	N	N
VERDE	N	N
AMARILLO	N	N

CAMPIMETRÍA

OI -

OD -

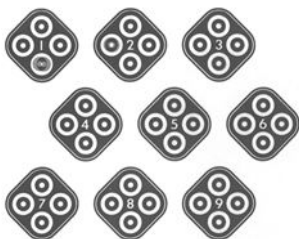
TONOMETRÍA

OI -

OD -

PRUEBA DE ESTEROPSIA (TEST DE LA MOSCA)

TEST DE CIRCULOS



Examen de ojos:

Motilidad ocular: NORMAL

ZONA EXTERNA	OD		OI	
	N	A	N	A
Parpados	-	-	-	-
Conjuntiva	-	-	-	-
Cornea	-	-	-	-
Iris	-	-	-	-
Cristalino	-	-	-	-
Camara Anterior	-	-	-	-

Fondo de ojo: -

DIAGNOSTICO: EMETROPE

RECOMENDACIONES: -

FIGURA	SEGUNDOS	PORCENTAJE	MARCAR
1	800 Segundos	11%	
2	400 Segundos	22%	
3	200 Segundos	33%	
4	140 Segundos	44%	
5	100 Segundos	56%	
6	80 Segundos	67%	
7	60 Segundos	78%	
8	50 Segundos	89%	
9	40 Segundos	100%	

ZONA INTERNA	OD		OI	
	N	A	N	A
Vitreo	-	-	-	-
Macula	-	-	-	-
Retina	-	-	-	-
Nervio Óptico	-	-	-	-

Dr. Luis Martín Julcamoro Carrascal
MEDICO OCUPACIONAL - ASESOR
CMP: 42724

SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO ESPECIALISTA

PACIENTE : NEGRON VALERA SEBASTIAN
DOC. IDENTIDAD : DNI: 48143981
MÉDICO :

EDAD : 31 AÑOS
SEXO : MASCULINO
FECHA OT : 07/04/2025 09:30

EXAMEN TOXICOLOGICO

ANÁLISIS	RESULTADOS	RANGO DE REFERENCIA
DOSAJE DE COCAINA	NEGATIVO	POSITIVO: PRESENCIA DE SUSTANCIA TOXICA
DOSAJE DE MARIHUANA	NEGATIVO	NEGATIVO: NO HAY PRESENCIA DE SUSTANCIA TOXICA



Luis W. Meza Pagano
TECNOLOGO MEDICO
LABORATORIO CLINICO Y ANATOMIA PATOLOGICA
CTMP 18885



PACIENTE : NEGRON VALERA SEBASTIAN
DOC. IDENTIDAD : DNI: 48143981
MÉDICO :

EDAD : 31 AÑOS
SEXO : MASCULINO
FECHA OT : 07/04/2025 09:30

ANÁLISIS	RESULTADOS	UNIDAD	RANGO DE REFERENCIA
GRUPO Y FACTOR			

MUESTRA: SANGRE TOTAL CON EDTA

GRUPO SANGUINEO

Grupo Sanguineo O

Factor Rh POSITIVO

OBSERVACIONES: HORA DE TOMA DE MUESTRA 8:05 AM



Luis W. Meza Pagano
TECNOLOGO MEDICO
LABORATORIO CLINICO Y ANATOMIA PATOLOGICA
CTMP 18885

PACIENTE : NEGRON VALERA SEBASTIAN
DOC. IDENTIDAD : DNI: 48143981
MÉDICO :

EDAD : 31 AÑOS
SEXO : MASCULINO
FECHA OT : 07/04/2025 09:30

HEMOGRAMA COMPLETO

SANGRE TOTAL

CITOMETRÍA HEMÁTICA

HEMOGLOBINA	18.33	g/dL	11.9 – 17.0
HEMATOCRITO	55	%	37.5 – 46.1
LEUCOCITOS	7,800	mm ³ /ul	4,000 – 10,000
HEMATIES	6 120 000	mcl	3 960 000 – 5 820 000

RECUENTO DIFERENCIAL

SEGMENTADOS	58.0	%	50.0 – 70.0
EOSINÓFILOS	0.0	%	2.0 – 4.0
MONOCITOS	7.0	%	2.0 – 8.0
LINFOCITOS	35.0	%	25.0 – 40.0

COSTANTES CORPUSCULARES

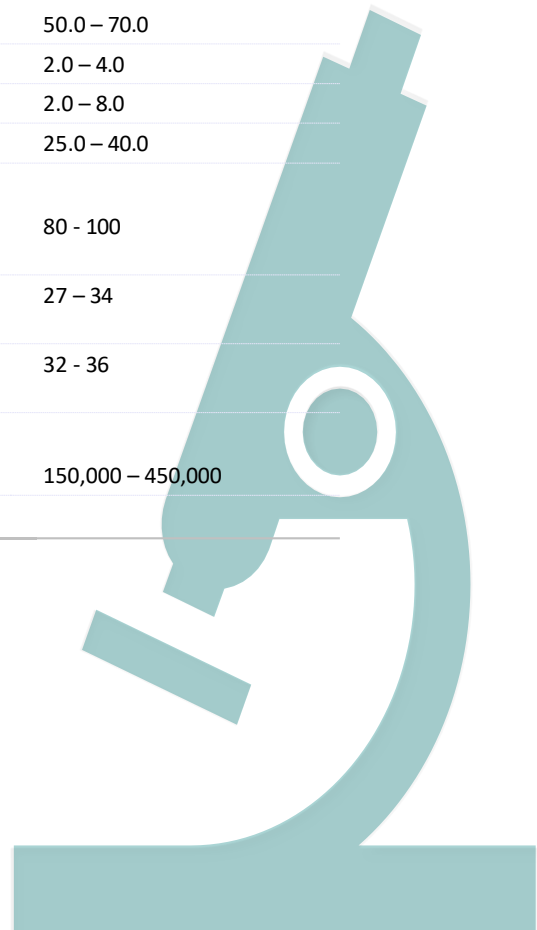
Volumen Corpuscular Medio (MCV)	89.0	fL	80 - 100
Hemoglobina Corpuscular Medio (MCH)	34.0	Pg	27 – 34
Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media (MCHC)	35.0	gL	32 - 36

PLAQUETAS

Recuento de plaquetas	390,000	mm ³ /ul	150,000 – 450,000
-----------------------	---------	---------------------	-------------------



Luis W. Meza Pagano
TECNOLOGO MEDICO
LABORATORIO CLINICO Y ANATOMIA PATOLOGICA
CTMP 18885



PACIENTE : NEGRON VALERA SEBASTIAN
DOC. IDENTIDAD : DNI: 48143981
MÉDICO :

EDAD : 31 AÑOS
SEXO : MASCULINO
FECHA OT : 07/04/2025 09:30

UROLOGIA

ANÁLISIS	RESULTADOS	UNIDAD
EXAMEN COMPLETO DE ORINA		

MUESTRA : ORINA

MICROSCOPIA - QUIMIOCROMIA

EXAMEN MACROSCÓPICO

EXAMEN FÍSICO

• Color	Amarillo
• Aspecto	Lig. turbio
• Densidad	1.010
• PH	7.0

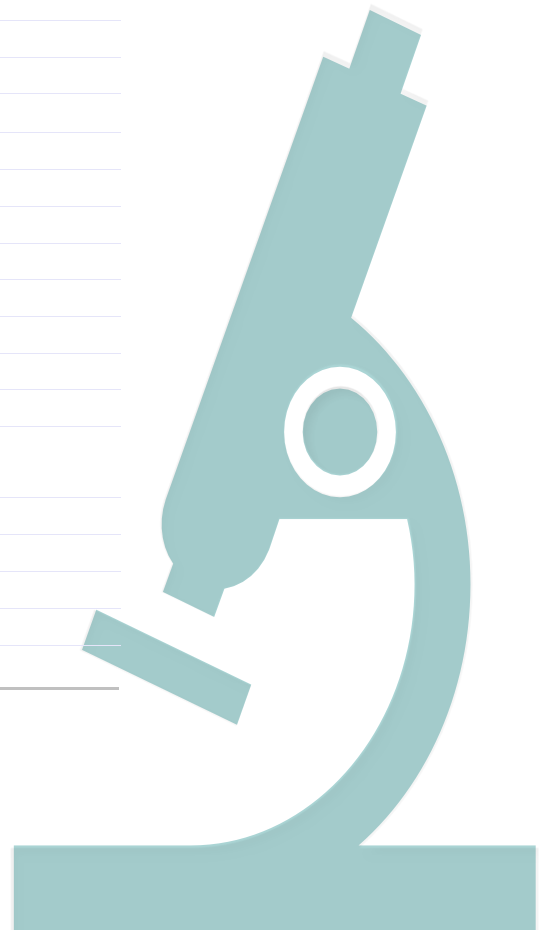
EXAMEN QUÍMICO

• Glucosa	Negativo
• C. cetónico	Negativo
• Urobilinógeno	Negativo
• Bilirrubinas	Negativo
• Nitritos	Negativo
• Sangre	Negativo
• Ác. Ascórbico	Negativo
• Leucocitos	Negativo

EXAMEN MICROSCÓPICO

SEDIMENTO

• Leucocitos	No se observa
• Hematíes	No se observan
• C. Epiteliales	0 - 1 x campo
• Bacterias	Escasos X campo




Luis W. Meza Pagano
TECNOLOGO MEDICO
LABORATORIO CLINICO Y ANATOMIA PATOLOGICA
CTMP 18885

PACIENTE : NEGRON VALERA SEBASTIAN
DOC. IDENTIDAD : DNI: 48143981
MÉDICO :

EDAD : 31 AÑOS
SEXO : MASCULINO
FECHA OT : 07/04/2025 09:30

BIOQUIMICA

ANÁLISIS	RESULTADOS	UNIDAD	RANGO DE REFERENCIA
GLUCOSA BASAL			
SUERO/PLASMA			
METODOLOGIA BIOQUIMICO SEMI-AUTOMATIZADO			
GLUCOSA BASAL	72.00	mg/dL	70 - 110 mg/dl

COLESTEROL TOTAL Y FRACCIONADA

COLESTEROL	155.00	mg/dL	< 200.00 mg/dl
COLESTEROL -HDL	76.00	MG/DL	mas de 60 mg/dl
COLESTEROL -LDL	68.00	MG/DL	menos de 100 mg/dl

TRIGLICERIDOS

TRIGLICERIDOS	88.00	mg/dL	70 -150 mg/dl
---------------	-------	-------	---------------



Luis W. Meza Pagano
TECNOLOGO MEDICO
LABORATORIO CLINICO Y ANATOMIA PATOLOGICA
CTMP 18885

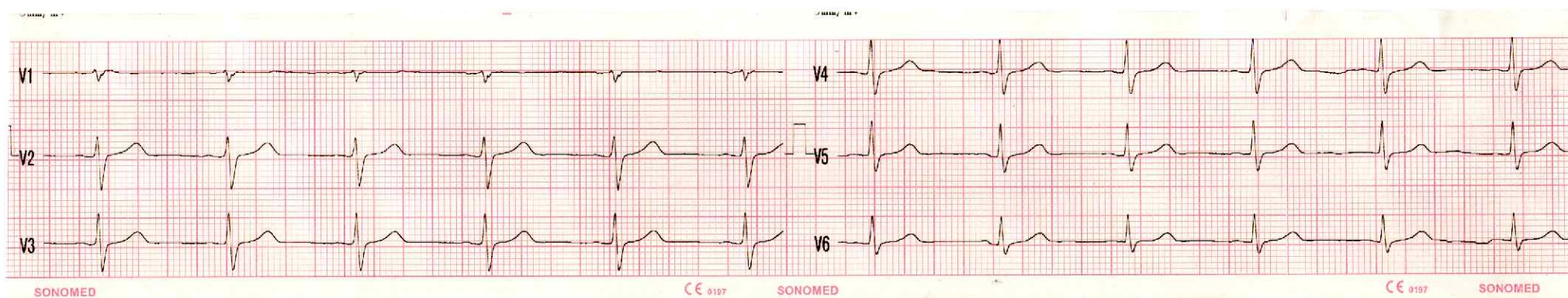
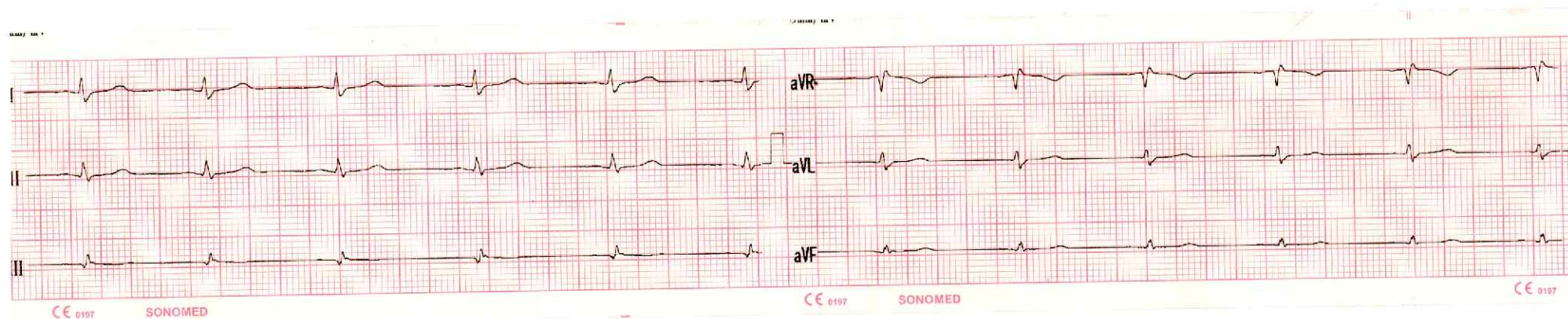


Apellidos y Nombres: NEGRON VALERA SEBASTIAN

Edad: 31 AÑOS Código: 03-SC&J

Fecha: 7/04/2025

P/A: 110/80 mmHg





SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD
MONTE SINAI S.A.C
RUC Nº 20529379146

FECHA: 10/04/2025
Nº FICHA: 00003071

INFORME DE ELECTROCARDIOGRAMA

Apellidos y nombres **NEGRON VALERA SEBASTIAN** DNI: **48143981**
F. Nacimiento **15/06/1993** Edad **31** Sexo **M**
Empresa **SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.**
Motivo de evaluación **EXAM.PRE OCUPACIONAL**

RESULTADOS DE ELECTROCARDIOGRAMA

Ritmo	SINUSAL	Frecuencia	60X
Int. QRS	0.08"	Int. QT	0.40
Onda P	0.08"	Onda Q	-
Onda R	-	Onda S	-
Onda T	-	Onda U	-
Segm. ST	ISOELECTRICO	Eje QRS	+60°
Int. PR	0.16		

OBSERVACIONES

NINGUNO

DIAGNÓSTICO

EKG NORMAL, SIN ALTERACIONES

RECOMENDACIONES

-


SÁNCHEZ RAMÍREZ CHRISTIAN
MÉDICO CARDIÓLOGO
CMP 41023 RNE 34575

SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO ESPECIALISTA



SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD
MONTE SINAI S.A.C
RUC N° 20529379146

ANEXO 03

DECLARACIÓN JURADA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRÁCTICA DEL EXAMEN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN MÉDICA E HISTORIA CLÍNICA

Yo, NEGRON VALERA SEBASTIAN, identificado(a) con DNI N° 48143981 y domiciliado(a) en: CARRETERA BAÑOS DEL INCA KM 5 FUNDO EL BOSQUE- LOS BAÑOS DEL INCA-CAJAMARCA, distrito de CAJAMARCA.

Declaro que he sido informado(a) de la naturaleza y propósito por las cuales se me practicará el examen médico ocupacional: EXAM.PRE OCUPACIONAL, por parte del SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD MONTE SINAI S.A.C; entendiendo que es necesario para poder identificar de manera oportuna, posibles enfermedades relacionadas con el trabajo. También dejo constancia que todas mis preguntas y dudas al respecto han sido absueltas por el médico a cargo de mi examen médico.

De la misma manera, me comprometo a brindar información verdadera con respecto a mis antecedentes médicos, y a mi estado de salud física y mental actual, que se me consulte al momento del examen médico; por ello declaro que soy consciente que el ocultar o falsear información me puede causar daño, por lo que asumo la responsabilidad de ello.

Asimismo, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 13° y 25° de la Ley 26842, Ley General de Salud, autorizo al SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD MONTE SINAI S.A.C; que me practica el examen médico ocupacional a proporcionar información concerniente a mi estado de salud, resultados de mis exámenes auxiliares, evaluaciones médicas ocupacionales y entregarme mi historia clínica y toda la información resultante de mi examen médico ocupacional al área de salud ocupacional de

20601902746 SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.

para su información y custodia; en cumplimiento de lo señalado en la Ley 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CAJAMARCA, 07 de abril del 2025

NEGRON VALERA SEBASTIAN
DNI: 48143981





SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD

MONTE SINAI S.A.C

RUC N° 20529379146

N° FICHA: 00003071

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

Yo, NEGRON VALERA SEBASTIAN, identificado con DNI N° 48143981, domiciliado en CARRETERA BAÑOS DEL INCA KM 5 FUNDO EL BOSQUE- LOS BAÑOS DEL INCA-CAJAMARCA, consciente de mis actos, bajo absoluta voluntad y responsabilidad propia declaro

El personal de salud del Centro Médico Ocupacional y Asistencial SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD MONTE SINAI S.A.C me ha informado respecto a la confidencialidad de la información médica de mi examen médico ocupacional, el cual comprende diversas evaluaciones, exámenes de imágenes, laboratorio e interconsultas en caso se requiera.

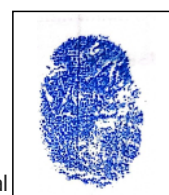
Autorizo la realización en mi persona de las evaluaciones que concierne al protocolo que la empresa donde postulo y/o laboro ha tenido a bien hacer llegar a SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD MONTE SINAI S.A.C y deposito mi confianza en el trabajo profesional y de buena fe del personal de salud que labora en este centro médico. Así mismo se me ha explicado que pueden existir

- Al tomar la muestra de sangre para análisis la venopunción puede presentar algunas complicaciones como síncope o desmayo, perforación de la vena con producción de hematoma a nivel local, personas con problemas de coagulación pueden presentar hemorragia y en caso de repetidas punciones pueden producirse trombos en el interior de un vaso sanguíneo o incluso flebitis o infecciones de las venas punzadas.
- La prueba de espirometría, la cual le puede producir síncope o desmayo, sensación de mareo o incluso la pérdida de conocimiento, broncoespasmo, dolor de pecho, dolor de cabeza por aumento de la presión intracraneal, neumotórax y accesos persistentes de tos.
- La audiometría, electrocardiograma son procedimientos no invasivos que pueden tener efectos adversos de menor consideración.
- La radiografía lo que implica exposición a rayos x en una dosis baja.
En caso de prueba de esfuerzo puede sufrir: Síncope o desmayo, mareos, fatiga severa con malestar, dolor muscular, traumatismos o caídas infarto agudo de miocardio, arritmias cardíacas, accidente cerebrovascular agudo, edema agudo de pulmón e incluso la muerte.

La firma de este documento es voluntaria, Ud. tiene la opción de negarse al examen médico ocupacional, lo cual trae como consecuencia que el servicio médico de su empresa desconozca su estado de salud actual, por lo que cualquier enfermedad ocupacional que Ud. padezca puede complicarse o incluso poner en riesgo su vida. Si se trata de un examen pre ocupacional no se podrá emitir la aptitud médica ya que no sabemos los riesgos a los que podemos exponerlo. Por tanto, en caso de negarme exoneró de responsabilidad al servicio médico de la empresa y a la empresa en donde laboro o laboré de las consecuencias derivadas de mi

He comprendido el propósito del examen médico ocupacional. Los riesgos comprometidos y la posibilidad de complicaciones me han sido totalmente explicadas. Soy consciente de los beneficios para mi salud, en fe de lo cual manifiesto mi disposición a colaborar y en

NEGRON VALERA SEBASTIAN
DNI: 48143981



Huella Digital

NOTA: El paciente no puede firmar por: (Describir motivos)

*El presente documento constituye un airbag como función protectora del informed consent debido a que la actuación médica en sí es consentida y llevada a cabo lógicamente conforme con la Lex Artis Ad Hod que abarca principalmente, la debida diligencia a observar por parte del médico y/o profesional de la salud, de esta manera la iatropatogenia no genera responsabilidad médica ni civil ni penal conforme a las normas del ordenamiento

- Artículo 3º y 31º del D.S. N° 00119-83-PCM, Reglamento de la Ley de Trabajo y Carrera de los Profesionales de la Salud, Ley N° 23536.
- Artículo 3º, 4º, 15º, 26º, 36º y 29º de la Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Artículo 7º, 8º y 9º del Decreto Legislativo N° 716, Ley de Protección al Consumidor.
- Artículo 6º, 9º y 1314º del Código Civil.



SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD

MONTE SINAI S.A.C

RUC N° 20529379146

AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente yo, NEGRON VALERA SEBASTIAN mayor de edad, identificado con DNI N° 48143981, declaro que he sido informado respecto al fin y uso de mi examen médico ocupacional, por lo cual de manera libre y sin ninguna presión autorizo al Centro Médico SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD MONTE SINAI S.A.C para que los resultados de mi examen médico ocupacional, exámenes auxiliares y mi historia clínica sean remitidas al área médica de la empresa al cual postulo/Vengo laborando de manera física y/o digital.

CAJAMARCA, 07 de abril del 2025

NEGRON VALERA SEBASTIAN
DNI: 48143981



Huella Digital

La presente autorización se ampara en lo dispuesto en los Artículos 13° y 25° de la ley General de salud N° 26842, y Ley 29783 Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.