

Certificado de Aptitud Médico Ocupacional

		CÓDIGO:	024 - 2022	
CERTIFICA que el Sr. (a):				
Nombres y Apellidos:		ABEL, CARDENAS NAVARRO		
Documento de Identidad :	06796717	Edad: 58 años	Género: M ☒ X ☐ F ☐	
Puesto al que postula (Solo pre ocupacional)				
Ocupación actual o última ocupación		CONDUCTOR DE CAMIONETA		
HISTORIA CLÍNICA		00177784		
Conclusiones:				
APTO (Para el puesto en el que trabaja o postula)		Restricciones USO ESTRICTO DE EPP AUDITIVO EN ZONA DE RUIDO		
APTO CON RESTRICCIONES (Para el puesto en el que trabaja o postula)				X
NO APTO (Para el puesto en el que trabaja o postula)				
Recomendaciones		  Dra. Lizeth A. De la Cruz Tumbalobos MÉDICO AUDITOR CMP: 067308 RNA: A05166		
Fecha: 13/06/2022		Sello y Firma del Médico que CERTIFICA		

ANEXO Nº 16

FICHA MÉDICA OCUPACIONAL

EXÁMEN MÉDICO

PRE-OCUPACIONAL

ANUAL

RETIRO

VISITA

Empresa

Contratista

X

X

TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.

Apellidos y Nombres:

FECHA DEL EXÁMEN:

CARDENAS NAVARRO, ABEL

13/06/2022

Nº de Ficha

00177784

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

PERU/HUANCAVELICA

20/04/1964

DOMICILIO HABITUAL

MZ B LOTE 08 SANTA ELIZA,

LOS OLIVOS, LIMA,LIMA

SUPERFICIE

CONCENTRADORA

SUBSUELO

X

ALTITUD DE LA LABOR

Debajo 2500 m

2501 a 3000 m

3001 a 3500 m

3501 a 4000 m

4001 a 4500 m

más de 4501 m

X

EDAD

58

SEXO

M

X

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

06796717

ESTADO CIVIL

Soltero

Casado

X

GRADO DE INSTRUCCIÓN

Analfabeto

Prim comp

Prim incom

Sec comp

Sec incom

Técnico

Universitario

X

Ruido

Polvo

Vib Segmentaria

Vib Total

Cancerígenos

Mutagénicos

Solventes

Metales pesados

Temperatura

Biológicos

Posturas

Turnos

Cargas

Mov Repetido

PVD

Otros

X

DESCRIBIR SEGÚN CORRESPONDA

Puesto al que postula

Puesto actual

Reubicación

CONDUCTOR DE CAMIONETA

SI

NO

Tiempo

X

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

(VER ADJUNTO HISTORIA OCUPACIONAL)

ANTECEDENTES PERSONALES (Enfermedades y Accidentes en el trabajo y fuera del mismo)

QUEMADURAS: 1968, QUEMADURA POR AGUA CALIENTE EN BRAZO Y TORAX DERECHO, TRATADO EN CASA,CURACIONES,TRATADO EN CASA,SIN COMPLICACIONES NI LIMITACION FUNCIONAL / HIPERTENSIÓN ARTERIAL: 2018,IRBESARTAN 150MG, AMLODIPINO 10MG,CLINICA PARTICULAR LIMA,EN TRATAMIENTO, CONTROLADO,ULTIMO CONTROL EN ENERO 2022 / OTROS ANTECEDENTES OFTALMOLÓGICOS: PRESBICIA 2014,USO DE LENTES CORRECTORES,OPTICA PARTICULAR / APENDICECTOMIA: 2008 ,APENDICECTOMIA CONVENCIONAL,HOSPITAL DOS DE MAYO,SIN COMPLICACIONES

ANTECEDENTES FAMILIARES

PADRE: OTROS 01 FALLECIDO, ACCIDENTE.

MADRE: APARENTEMENTE SANA.

HERMANOS: 10 APARENTEMENTE SANOS.

INMUNIZACIONES

COVID-19: 02/07/21 PFIZER, 29/07/21 PFIZER, 30/12/21 PFIZER, LIMA

NUMERO DE HIJOS

VIVOS

MUERTOS

0

0

HÁBITOS

Nada

Poco

Habitual

Excesivo

Tabaco

X

Alcohol

X

Drogas

X

TALLA

1.59 m

PESO

71 kg

IMC

28.08

FUNCIÓN RESPIRATORIA Abs %

FVC

FEV1

FEV1/FVC

FEF 25-75%

Conclusión: DIFERIDO

TEMPERATURA

36.5

°C

Cintura

100

cm.

Cadera

102

cm.

ICC

0.98

cm.

CABEZA

NORMOCÉFALO, NO ASIMETRÍAS, NI DEFORMACIONES.

CUELLO

CILÍNDRICO, TRÁQUEA CENTRAL, TIROIDES NO PALPABLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN NI A LA MOVILIZACIÓN PASIVA NI ACTIVA.

NARIZ

FOSAS NASALES PERMEABLES, SEPTUM NASAL SIN DESVIACIONES, CORNETES NO HIPERTRÓFICOS, NO SECRECIONES.

BOCA, AMÍGDALAS, FARINGE, LARINGE

LABIOS SIN LESIONES, MUCOSA ORAL ROSADA BRILLANTE HÚMEDA, FARINGE NO CONGESTIVA, NO SECRECIONES, AMÍGDALAS NO HIPERTRÓFICAS.

Piezas en mal estado:

18

Piezas que faltan:

13,16,23,26,28,38,48

OJOS

VISION DE CERCA

VISION DE LEJOS

VISION DE COLORES

SIN CORREGIR

O.D.

O.I.

J5

J5

20/20

20/20

NORMAL

NORMAL

CORREGIDA

O.D.

O.I.

J1

J1

ENFERMEDADES OCULARES

PRESBICIA

REFLEJOS PUPILARES

NORMAL

OÍDOS

Audición derecha

500

1000

2000

3000

4000

8000

Audición izquierda

500

1000

2000

3000

4000

8000

Hz

500

1000

2000

3000

4000

6000

8000

dB

VA

15

10

10

25

25

40

20

VO

15

10

10

20

20

30

OTOSCOPIA

OD

CAE:

PERMEABLE

MT:

INTEGRO

F. Respiratoria

17

/min

OI

CAE:

PERMEABLE

MT:

INTEGRO

F. Cardíaca

96

/min

Sat. O2

99

%

PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

Sistólica

140

mmHG

Diastólica

80

mmHG

PULMONES

Normal

X

Anormal

Descripción:

EV. CARDIOVASCULAR

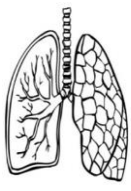
RUIDOS CARDIACOS BUENA INTENSIDAD, NO ARRÍTMICOS, NO RUIDOS AGREGADOS.

MIEMBROS SUPERIORES

MSD: RANGOS ARTICULARES CONSERVADOS, NO DOLOR A LA MOVILIZACIÓN ACTIVA NI PASIVA, NO CRÉPITOS, NO ERITEMA, NI AUMENTO DE VOLUMEN.MSI: RANGOS ARTICULARES CONSERVADOS, NO DOLOR A LA MOVILIZACIÓN ACTIVA NI PASIVA, NO CRÉPITOS, NO ERITEMA, NI AUMENTO DE VOLUMEN.

MIEMBROS INFERIORES

MID: RANGOS ARTICULARES CONSERVADOS, NO DOLOR A LA MOVILIZACIÓN ACTIVA NI PASIVA, NO CRÉPITOS, NO ERITEMA, NI AUMENTO DE VOLUMEN.MII: RANGOS ARTICULARES CONSERVADOS, NO DOLOR A LA MOVILIZACIÓN ACTIVA NI PASIVA, NO CRÉPITOS, NO ERITEMA, NI AUMENTO DE VOLUMEN.>

REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS PRESENTES, NORMORREFLEXIA, 2/4				MARCHA EUBÁSICA, NO ALTERACIONES.			
COLUMNA VERTEBRAL SIN DESVIACIONES PATOLÓGICAS. NO DEFORMIDADES. NO DOLOR A LOS MOVIMIENTOS.							
ABDOMEN SIMÉTRICO, NO DISTENDIDO, RHA (+) B/D NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, NO VISCEROMEGALIAS.				TACTO RECTAL NO SE HIZO ☒ ANORMAL ☐ NORMAL ☐ DESCRIBIR EN OBSERVAC. ☐			
ANILLOS INGUINALES LIBRES.			HERNIAS NO SE PALPAN			VARICES NO SE EVIDENCIA.	
ÓRGANOS GENITALES DIFERIDO				GANGLIOS NO PALPABLES. NO PALPABLES.			
LENGUAJE, ATENCIÓN, MEMORIA, ORIENTACIÓN, INTELIGENCIA, AFECTIVIDAD FUNCIONES SUPERIORES SIN ALTERACIONES EVIDENTES.							
			VÉRTICES SIN ALTERACIONES.				
			CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS				
			HILIOS TRAMA BRONCOVASCULAR NORMAL				
			SENOS COSTODIAFRAGMATICOS LIBRES.		MEDIASTINOS NO ENSANCHADO		
Nº Rx 250090 Fecha 13/06/2022 Calidad ACEPTABLE Símbolos NO			CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS RX TORÁX: CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA CONSERVADA, RX COLUMNA LUMBAR F - L: NO APLICA		SILUETA CARDIOVASCULAR SILUETA CARDIACA NORMAL, ÍNDICE CARDIOTORÁCICO CONSERVADO		
X						Reacciones serológicas a Lues	
0/0	1/0	1/1, 1/2	2/1, 2/2, 2/3	3/2, 3/3, 3/+	A, B, C	St	Negativo ☒
CERO	1/0	UNO	DOS	TRES	CUATRO		Positivo ☐
Sin neumoconiosis "NORMAL"	Imagen Radiográfica de Exposición a Polvo "SOSPECHA"	Con NEUMOCONIOSIS					Otros Exámenes: 1. EKG EN REPOSO DENTRO DE LÍMITES NORMALES 2. EVALUACION PSICOLOGICA EL EVALUADO SE ENCUENTRA APTO PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES. 3. EX. PSICOSENSOMETRICO APROBADO
Grupo Sanguíneo y Factor RH O ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ Rh(+) ☐ Rh(-) ☐				Hemoglobina / Hematocrito 15.2/44.1 Gr.%			
ORINA NO PATOLÓGICO							
Apto para Trabajar SI ☒ NO ☐			Nombre y Apellidos del Médico – Colegiatura Nº DE LA CRUZ TUMBALOBOS LIZETH ANGIE- 67308  Dr. Saul Mendoza Leo Salud Ocupacional CMP: 085488 Firma y Sello				
			Firma del examinado				
Observaciones							
SOBREPESO (E67.8): DIETA HIPOCALORICA Y ACTIVIDAD FISICA AEROBICA. PRESBICIA (H52.4): USO DE CORRECTORES PARA VISIÓN DE CERCA , CONTROL OFTALMOLÓGICO ANUAL OTRAS CAUSAS DE HIPOACUSIA NO INDUCIDA POR RUIDO (HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL) (H91): USO Estricto de EPP AUDITIVO EN AREAS DE RUIDO. HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO (I10): APTO POR EVALUACION POR CARDIOLOGIA. SE ADJUNTA INTERCONSULTA INDICANDO CONTROL DE PRESION ARTERIAL 110/60 MMHG (15/06/2022) CRIES DENTAL (K02): CURACION DENTAL DE PIEZA 18 HIPERGLICEMIA RESUELTA (R73.9): ADJUNTA CONTROL DE GLUCOSA 108 MG/DL (14/06/2022)							
							Huella digital índice derecho declaro que toda la información es verdadera

ANEXO N° 16-A

EVALUACIÓN MÉDICA PARA ASCENSO A GRANDES ALTITUDES

(Mayor de 2,500 m.s.n.m.)

DATOS PERSONALES			
NOMBRES Y APELLIDOS:	CARDENAS NAVARRO,ABEL		
Documento de Identidad:	06796717		
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa):	20/04/1964	Edad:	58
Dirección:	MZ B LOTE 08 SANTA ELIZA LOS OLIVOS LIMA LIMA		
Empleador:	TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.		
Actividad a realizar:	CONDUCTOR DE CAMIONETA		
Sexo:	MASCULINO		

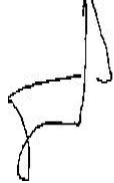
Funciones Vitales:

FC: 96 x min FR: 17 x min PA: 140/80 mmHg IMC: 28.08 Kg/m² Sat. O₂: 99 %

El/La paciente presenta o ha presentado en los últimos 06 meses:

1. Cirugía mayor reciente	NO	☒	SI	☐
2. Desórdenes de coagulación, trombosis, etc.	NO	☒	SI	☐
3. Diabetes Mellitus	NO	☒	SI	☐
4. Hipertensión Arterial	NO	☐	SI	☒
5. Embarazo	NO	☒	SI	☐
6. Problemas neurológicos: Epilepsia, vértigo, etc.	NO	☒	SI	☐
7. Infecciones recientes (especialmente oídos, nariz,	NO	☒	SI	☐
8. Obesidad Mórbida (IMC mayor a 35 kg/m2)	NO	☒	SI	☐
9. Problemas Cardiacos: coronariopatías, uso de	NO	☒	SI	☐
10. Problemas Respiratorios: Asma, EPOC, etc.	NO	☒	SI	☐
11. Problemas Oftalmológicos: retinopatía, glaucoma, etc.	NO	☒	SI	☐
12. Problemas Digestivos: Úlcera péptica, Hepatitis, etc.	NO	☒	SI	☐
13. Apnea del sueño	NO	☒	SI	☐
14. Otra condición médica importante	NO	☒	SI	☐
15. Alergias	NO	☒	SI	☐
16. Uso de medicación actual	IRBESARTAN 150MG 1 TABLETA VIA ORAL CADA 24 HORAS, AMLODIPINO 10MG 1			

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

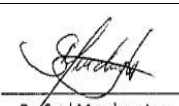



Firma del Paciente

Huella Dactilar

Conforme a la declaración del / de la paciente certifico que se encuentra **APTO** para ascender a grandes altitudes (mayor a 2500 msnm), sin embargo, no aseguro el desempeño durante el ascenso ni durante su permanencia.

Observaciones NINGUNA.

DATOS DEL MÉDICO		
Apellidos	Nombres	
MENDOZA LEO	SAUL YAHIR	
Dirección		
Av. Javier Prado Este 2674, San Borja		
CMP:	Fecha (dd/mm/aa):	Firma y Sello:
085488	13/06/2022	 Dr. Saul Mendoza Leo Salud Ocupacional CMP: 085488

HISTORIA OCUPACIONAL

Apellidos y Nombres: CARDENAS NAVARRO, ABEL N° Registro: _____ Fecha Nacimiento: 20/04/1964 Sexo: M
 Lugar de Nacimiento: PERU/HUANCAVELICA Lugar de Procedencia: HUANCAVELICA,HUANCAVELICA,HUACHOS

FECHA DE INICIO	EMPRESA	ALTITUD	ACTIVIDADES DE EMPRESA	ÁREA DE TRABAJO	OCUPACIÓN	TIEMPO DE TRABAJO SUBSUELO	TIEMPO DE TRABAJO SUPERFICIE	PELIGROS/AGENTES OCUPACIONALES	USO DE EPP / TIPO DE EPP
01/2011	ALCA INDUSTRIAL	< 2500	TRANSPORTE DE MERCADERIA	OPERATIVO	CONDUCTOR CAMION	00A - 00M	02A - 11M	POSTURAS, MOV REPE, RUIDO, TEMPERATURA Y POLVO	NO -
01/2014	CORPORACION MAPESA	2500 - 4500	MINERIA	OPERATIVO	CONDUCTOR	00A - 00M	03A - 11M	POSTURAS, MOV REPE, RUIDO, TEMPERATURA Y POLVO	SI - CASCO, LENTES, GUANTES, UNIFORME, ZAPATOS DE SEGURIDAD, CHALECO REFLECTIVO, TAPONES AUDITIVOS, OREJERAS
01/2019	TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.	2500 - 4500	SERVICIOS GENERALES	OPERATIVO	CONDUCTOR DE CAMIONETA	00A - 00M	03A - 05M	POSTURAS, TURNOS, RITMO DE TRABAJO, RUIDO, TEMPERATURA Y POLVO	SI - TAPONES AUDITIVOS, CASCO, GUANTES, BOTAS DE SEGURIDAD, MASCARILLA, GAFAS PROTECTORAS

13/06/2022

Día Mes Año



Dr. Saul Mendoza Leo
Salud Ocupacional
CMP: 085488

Médico del Trabajo



Firma del Trabajador

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES: CARDENAS NAVARRO, ABEL

DNI: 06796717

SEDE/PROYECTO: TRANSPORTE TS HNOS S.A.C. / LUGAR TRABAJO

PUESTO DE TRABAJO: CONDUCTOR DE CAMIONETA

ANTECEDENTES O PREEXISTENCIA: APENDICECTOMIA. HIPERTENSIÓN ARTERIAL. INMUNIZACIONES. OTROS ANTECEDENTES

ALERGIAS: NIEGA

TIPO DE EXÁMEN : Preocupacional: Periódico: x Retiro: Otro:

EVALUACIÓN MÉDICA	Peso (Kg)	Talla(mt)	IMC	P.A(mmHg)	Perímetro Abd.(cm)	Grupo Sanguíneo y Factor Rh
	71 KG	1.59 M	28.08	140/80	100	NO APLICA

Clínico Ocupacional SOBREPESO, HIPERTENSION ARTERIAL

Muscúloesquelético NO APLICA

Psicología EL EVALUADO SE ENCUENTRA APTO PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES.

Odontológico CRIES DENTAL

Oftalmología PRESBICIA

Espirometría DIFERIDO

RX Tórax CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA CONSERVADA Según OIT 0/0

Audiometría OTRAS CAUSAS DE HIPOACUSIA NO INDUCIDA POR RUIDO (HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL)

Electrocardiograma DENTRO DE LIMITES NORMALES

Otros (solo alterados)

LABORATORIO:

Hemoglobina	15.2	g/dl	Triglicéridos	NO APLICA	mg/dl
Glucosa	111	mg/dl	Creatinina	NO APLICA	mg/dl
Colesterol Total:	NO APLICA	mg/dl	Exámen de Orina	NO PATOLÓGICO	
Colesterol HDL	NO APLICA	mg/dl	Otros (solo alterados)		

Ex. Altura estructural mayor a 1.8 m:

APTO ---

NO APTO ---

DIAGNÓSTICOS OCUPACIONALES:

NINGUNO

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS:

- 1.- SOBREPESO
- 2.- PRESBICIA
- 3.- OTRAS CAUSAS DE HIPOACUSIA NO INDUCIDA POR RUIDO (HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL)
- 4.- HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO
- 5.- CRIES DENTAL
- 6.- HIPERGLICEMIA RESUELTA

APTO:

APTO CON RESTRICCIONES x

NO APTO

Motivo:

RESTRICCIONES:

Uso de lentes correctores		No conducir vehículos	
No exponerse a más de 85 decibeles		No manipular cables eléctricos	
No realizar manejo manual de cargas		No laborar en espacios confinados	
No exceder los 25 Kg al cargar peso		No realizar trabajos en altura (más de 1.8 mts)	
No exponerse a sustancias químicas		Otros: USO Estricto de EPP AUDITIVO EN	
No laborar a más de 2500 msnm			

RECOMENDACIONES (controles médicos)

- 1.- DIETA HIPOCALORICA Y ACTIVIDAD FISICA AEROBICA.
- 2.- USO DE CORRECTORES PARA VISIÓN DE CERCA , CONTROL OFTALMOLÓGICO ANUAL
- 3.- USO Estricto de EPP AUDITIVO EN AREAS DE RUIDO.
- 4.- APTO POR EVALUACION POR CARDIOLOGIA. SE ADJUNTA INTERCONSULTA INDICANDO CONTROL DE PRESION ARTERIAL 110/60 MMHG (15/06/2022)
- 5.- CURACION DENTAL DE PIEZA 18
- 6.- ADJUNTA CONTROL DE GLUCOSA 108 MG/DL (14/06/2022)

Fecha de Exámen 13/06/2022

Fecha de caducidad: 13/06/2023

controlvital grupo vital

Dra. Lizeth A/ De la Cruz Tumbalobos
MÉDICO AUDITOR
CMP: 067308 RNA: A05166

Sello y firma del médico que Certifica

INFORME DE LECTURA DE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX CON CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LA OIT 2000																																									
PLACA N°	250090																																								
Nombre	CARDENAS NAVARRO, ABEL																																								
HCL	00177784																																								
Lector																																									
Edad	58 años																																								
Fecha de Lectura	13/06/2022																																								
Fecha de Radiografía	13/06/2022																																								
Calidad Radiográfica	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Buena</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Aceptable</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Baja Calidad</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Inaceptable</td> <td></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	1	Buena		2	Aceptable	X	3	Baja Calidad		4	Inaceptable																										
	Día	Mes	Año																																						
	1	Buena																																							
	2	Aceptable	X																																						
	3	Baja Calidad																																							
4	Inaceptable																																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Causas</th> <th></th> </tr> <tr> <td>1 Sobreexposición</td> <td>5 Escapulas</td> </tr> <tr> <td>2 Subexposición</td> <td>6 Artefacto</td> </tr> <tr> <td>3 Posición Centrado</td> <td>7 Otros</td> </tr> <tr> <td>4 Inspiración Insuficiente</td> <td></td> </tr> </table>		Causas		1 Sobreexposición	5 Escapulas	2 Subexposición	6 Artefacto	3 Posición Centrado	7 Otros	4 Inspiración Insuficiente																															
Causas																																									
1 Sobreexposición	5 Escapulas																																								
2 Subexposición	6 Artefacto																																								
3 Posición Centrado	7 Otros																																								
4 Inspiración Insuficiente																																									
Comentario sobre defectos técnicos																																									
ANORMALIDADES PARENQUIMATOSAS (si NO hay anomalías parenquimatosas pase a III. 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 requieren dos símbolos; marque un primario y un secundario).	2.4 Opacidades grandes (Marque 0 si no hay ninguna o marque A, B o C).																																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Der.</th> <th>Izq.</th> <th>0/</th> <th>0/0</th> <th>X</th> <th>0/1</th> <th>Primaria</th> <th>Secundaria</th> </tr> <tr> <td>Superior</td> <td></td> <td>1/</td> <td>1/1</td> <td></td> <td>1/2</td> <td>p</td> <td>s</td> </tr> <tr> <td>Medio</td> <td></td> <td>2/</td> <td>2/2</td> <td></td> <td>2/3</td> <td>q</td> <td>t</td> </tr> <tr> <td>Inferior</td> <td></td> <td>3/</td> <td>3/3</td> <td></td> <td>3/+</td> <td>r</td> <td>u</td> </tr> </table>	Der.	Izq.	0/	0/0	X	0/1	Primaria	Secundaria	Superior		1/	1/1		1/2	p	s	Medio		2/	2/2		2/3	q	t	Inferior		3/	3/3		3/+	r	u	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>0</th> <th>X</th> </tr> <tr> <td>A</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C</td> <td></td> </tr> </table>	0	X	A		B		C	
Der.	Izq.	0/	0/0	X	0/1	Primaria	Secundaria																																		
Superior		1/	1/1		1/2	p	s																																		
Medio		2/	2/2		2/3	q	t																																		
Inferior		3/	3/3		3/+	r	u																																		
0	X																																								
A																																									
B																																									
C																																									
ANORMALIDADES PLEURALES (si NO hay anomalías pase a símbolos *)																																									
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)																																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1 < 1/4 de la pared lateral del tórax</td> <td>a De 3 a 5 mm</td> </tr> <tr> <td>2 Entre 1/4 y 1/2 de la pared lateral del tórax</td> <td>b De 5 a 10 mm</td> </tr> <tr> <td>3 > 1/2 de la pared lateral del tórax</td> <td>c Mayor a 10 mm</td> </tr> </table>		1 < 1/4 de la pared lateral del tórax	a De 3 a 5 mm	2 Entre 1/4 y 1/2 de la pared lateral del tórax	b De 5 a 10 mm	3 > 1/2 de la pared lateral del tórax	c Mayor a 10 mm																																		
1 < 1/4 de la pared lateral del tórax	a De 3 a 5 mm																																								
2 Entre 1/4 y 1/2 de la pared lateral del tórax	b De 5 a 10 mm																																								
3 > 1/2 de la pared lateral del tórax	c Mayor a 10 mm																																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Pared Torácica de perfil</td> <td>0</td> <td>D</td> <td>I</td> <td>0</td> <td>D</td> <td>I</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Pared Torácica de perfil	0	D	I	0	D	I								<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>0</td> <td>D</td> <td>0</td> <td>I</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	0	D	0	I																						
Pared Torácica de perfil	0	D	I	0	D	I																																			
0	D	0	I																																						
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>a</td> <td>b</td> <td>c</td> <td>a</td> <td>b</td> <td>c</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1	2	3	1	2	3	a	b	c	a	b	c																												
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 Angulo Costofrenico	0 D I																																								
Engrosamiento Difuso de la Pleura (0=Ninguna, D=Hemitórax derecho, I=Hemitórax Izquierdo)																																									
Pared Torácica	Calcificación																																								
De Perfil	Extensión																																								
Ancho																																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>0</td> <td>D</td> <td>I</td> <td>0</td> <td>D</td> <td>I</td> <td>0</td> <td>D</td> <td>I</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		0	D	I	0	D	I	0	D	I																															
0	D	I	0	D	I	0	D	I																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>a</td> <td>b</td> <td>c</td> <td>a</td> <td>b</td> <td>c</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1	2	3	1	2	3	a	b	c	a	b	c																												
1	2	3	1	2	3	a	b	c	a	b	c																														
De frente	0 D I 0 D I																																								
SÍMBOLOS*																																									
(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																																								
fr	hi																																								
ho	id																																								
ih	kl																																								
me	pa																																								
pb	pi																																								
px	ra																																								
rp	tb																																								
COMENTARIOS																																									
Firma y Sello de Médico																																									
 Dr. Julio Ponce Peña Médico Radiólogo CMP 32612 RNE 23187																																									

INFORME RADIOGRÁFICO

Paciente: CARDENAS NAVARRO, ABEL

Fecha: 13/06/2022

Tipo de Estudio: Rx de Tórax Frontal

Nro. de Radiografía: 250090

El estudio realizado mostró:

Campos pulmonares bien ventilados, Sin evidencia de lesiones nodulares, Sin evidencia de lesiones intersticiales sospechosas. Vértices sin alteraciones.

Trama broncovascular normal, Silueta cardiaca normal, índice cardiorádico conservado.

Mediastino no ensanchado.

Senos costodiafragmáticos libres.

Diafragma de morfología conservada, Partes blandas y óseas sin alteraciones.

CONCLUSIÓN:

Campos pulmonares de transparencia conservada.



.....
Dr. Julio Ponce Peña
Médico Radiólogo
CMP 32612 RNE 23187

OFTALMOLOGÍA – EX. OFTALMOLÓGICO (OP)

NOMBRE : 00177784 - CARDENAS NAVARRO, ABEL
FECHA EXÁMEN : 13/06/2022 **PUESTO DE TRABAJO** : CONDUCTOR DE CAMIONETA
EDAD : 58 **SEXO** : MASCULINO
EMPRESA : TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.
TIPO DE CONSULTA : OCUPACIONAL PERIODICO

ANTECEDENTES

Personales

Glaucoma : NO **HTA** : SI **Diabetes** : NO
Otras Enf. Oculares : NO

Familiares

Glaucoma : NO **Cataratas** : NO
Otros : NO

AGUDEZA VISUAL - REFRACCIÓN

Usa lentes: SI

Tiempo de Uso de Lentes Actuales: _____

	OJO	SIN CORRECTORES	CON CORRECTORES	ESF.	CIL.	EJE	DIP
LEJOS	OD	20/20					
	OI	20/20					
CERCA	OD	J5	J1				
	OI	J5	J1				
Observaciones:							

Visión de colores : NORMAL
Estereopsis : NORMAL: 40 SEG. - 100%
Nistagmos : NO
Tonometria : DIFERIDO

BIOMICROSCOPIA

Párpados y anexos OD : NORMAL **Párpados y anexos OI** : NORMAL
Conjuntivas OD : NORMAL **Conjuntivas OI** : NORMAL
Córneas OD : NORMAL **Córneas OI** : NORMAL
Cristalino OD : NORMAL **Cristalino OI** : NORMAL

FONDO DE OJO (directo)

Ojo Derecho : DIFERIDO **Ojo Izquierdo** : DIFERIDO

REFLEJOS PUPILARES

Reflejos Pupilares : NORMAL

Diagnósticos **Conclusiones**
 H52.4 - PRESBICIA PRESBICIA

Recomendaciones
 USO DE CORRECTORES PARA VISIÓN DE CERCA , CONTROL OFTALMOLÓGICO ANUAL

Si deseara alguna aclaración o información adicional con respecto al presente informe, no dude en llamarnos.
 El Equipo de Control Vital esta a su disposición.

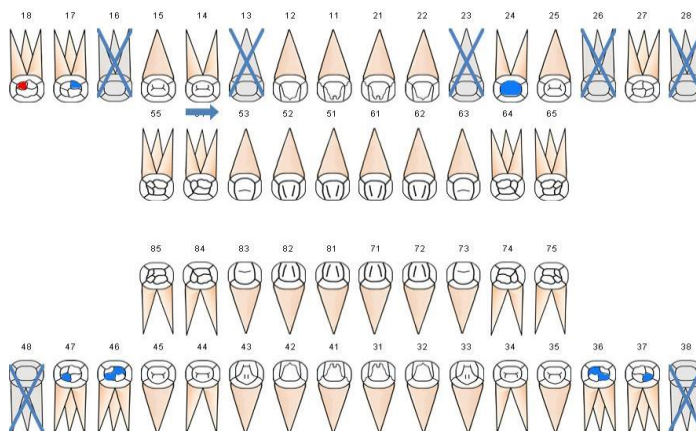
FIRMA



Dr. Gustavo E. Martin Galarza
 Médico Oftalmólogo
 CMP 26238 RNE 13374

ODONTOLOGÍA – INFORME CLÍNICO ODONTOLÓGICO

NOMBRE : 00177784 - CARDENAS NAVARRO, ABEL
FECHA EXÁMEN : 13/06/2022 **SEXO** : MASCULINO
EDAD : 58 **PUESTO DE TRABAJO** : CONDUCTOR DE CAMIONETA
EMPRESA : TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.
TIPO DE CONSULTA : OCUPACIONAL PERIODICO



ESPECIFICACIONES

Caries	18
Desgaste Oclusal / Incisal	11,21,22,31,32,33,41,42,43
Migración	14
Piezas Ausentes	13,16,23,26,28,38,48
Presencia Placa Bacteriana	
Restauración Definitiva / Amalgama	17,24,36,37,46,47
Encías	SIN ALTERACIONES

RECOMENDACIONES

Curaciones 18
 Profilaxis Destartraje



Carlos Miranda Gutiérrez

Cirujano Dentista
 COP 15629

CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P.:

OTORRINOLARINGOLOGÍA - AUDIOMETRÍA

NOMBRE : 00177784 - CARDENAS NAVARRO, ABEL
FECHA EXÁMEN : 13/06/2022 **PUESTO DE TRABAJO** : CONDUCTOR DE CAMIONETA
EDAD : 58 **SEXO** : MASCULINO
EMPRESA : TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.
TIPO DE CONSULTA : OCUPACIONAL PERIODICO

Uso de Protectores Auditivos : Tapones: SI Orejeras: NO **Apreciación del Ruido: MODERADO**
 Exposición a Ruido Antiguo : SI/8 HORAS / 27 AÑOS / MOTORES

SINTOMAS ACTUALES OTOSCOPIA

Disminución de la audición: NO **OD**
 Dolor de oídos: NO Cond. Aud. Ext.: PERMEABLE **OI**
 Acúfenos: NO Tímpano INTEGRO
 Mareos: NO Otros:
 Infección de oído: NO
 Exposición a Ruido: NO
 Otros:

ANTECEDENTES RELACIONADOS

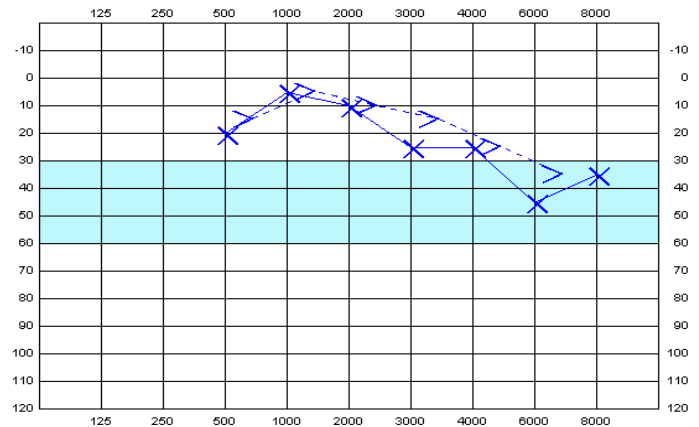
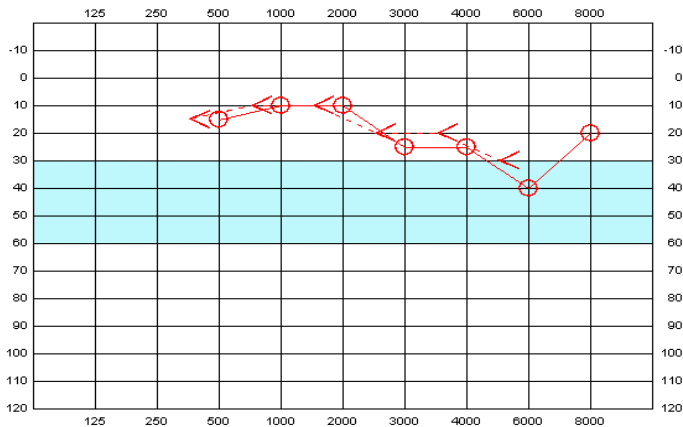
Consumo de tabaco: NO
 Servicio militar: NO
 Hobbies con exposición a ruido: NO
 Exposición laboral a químicos: NO
 Infección de oído: NO
 Uso de Ototoxicos: NO

AUDIOGRAMA OÍDO DERECHO

Hz	125	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VA			15	10	10	25	25	40	20
VO			15	10	10	20	20	30	

AUDIOGRAMA OÍDO IZQUIERDO

Hz	125	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VA			20	5	10	25	25	45	35
VO			15	5	10	15	25	35	



CLAVE AUDIOGRAMA

	DER	IZQ
VA S/ENMASC	O	X
VO S/ENMASC	<	>
VA C/ENMASC	△	□
VO C/ENMASC	┘	└

DIAPASONES

OD		OI
	W	
+	R	+
N	Sch	N

DATOS- AUDIÓMETRO

MARCA: INVENTIS
 MODELO: BELL PLUS
 CALIBRACIÓN: 16/03/2022

CONCLUSIONES:

OTRAS CAUSAS DE HIPOACUSIA NO INDUCIDA POR RUIDO (HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL)

Paciente:



Profesional que realiza la audiometría: NEIRA FARFAN NOEMI LEONOR

Firma:


Noemi Neira Farfan
 TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS
 CAOHC 471884

Médico:


Dra. Carmen Llerena Valdivia
 Médico Otorrinolaringólogo
 CMP 18782 RNE 12549
 CAOHC 475710 SP 481201

Si deseara alguna aclaración o información adicional con respecto al presente informe, no dude en llamarnos. El equipo de Control Vital esta a su disposición.
 Este documento es copia controlada, tiene respaldo con firma digital.

CARDIOLOGÍA – EKG de Reposo

NOMBRE : 00177784 - CARDENAS NAVARRO, ABEL
FECHA EXÁMEN : 13/06/2022 **PUESTO DE TRABAJO** : CONDUCTOR DE CAMIONETA
EDAD : 58 **SEXO** : MASCULINO
EMPRESA : TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.
TIPO DE CONSULTA : OCUPACIONAL PERIODICO

RITMO : SINUSAL

FRECUENCIA CARDIACA : 87 LPM

MEDICIONES:

EJE QRS : +30 +90 °

ONDA P : 0.11 SEG.

SEGMENTO PR : 1.52 SEG.

COMPLEJO QRS : 0.10 SEG.

SEGMENTO QT : 0.40 SEG.

ISQUEMIA : NO SIGNOS DE ISQUEMIA

HIPERTROFIAS : NO SIGNOS DE HIPERTROFIA

CONCLUSIÓN

DENTRO DE LIMITES NORMALES

Si deseara alguna aclaración o información adicional con respecto al presente informe, no dude en llamarnos.
El Equipo de Control Vital está a su disposición.



Dr. César E. Campos Silva
Médico Cardiólogo
CMP 24266 RNE 10947

Dr. César E. Campos Silva
Médico Cardiólogo
CMP 24266 RNE 10947
CONTROL VITAL

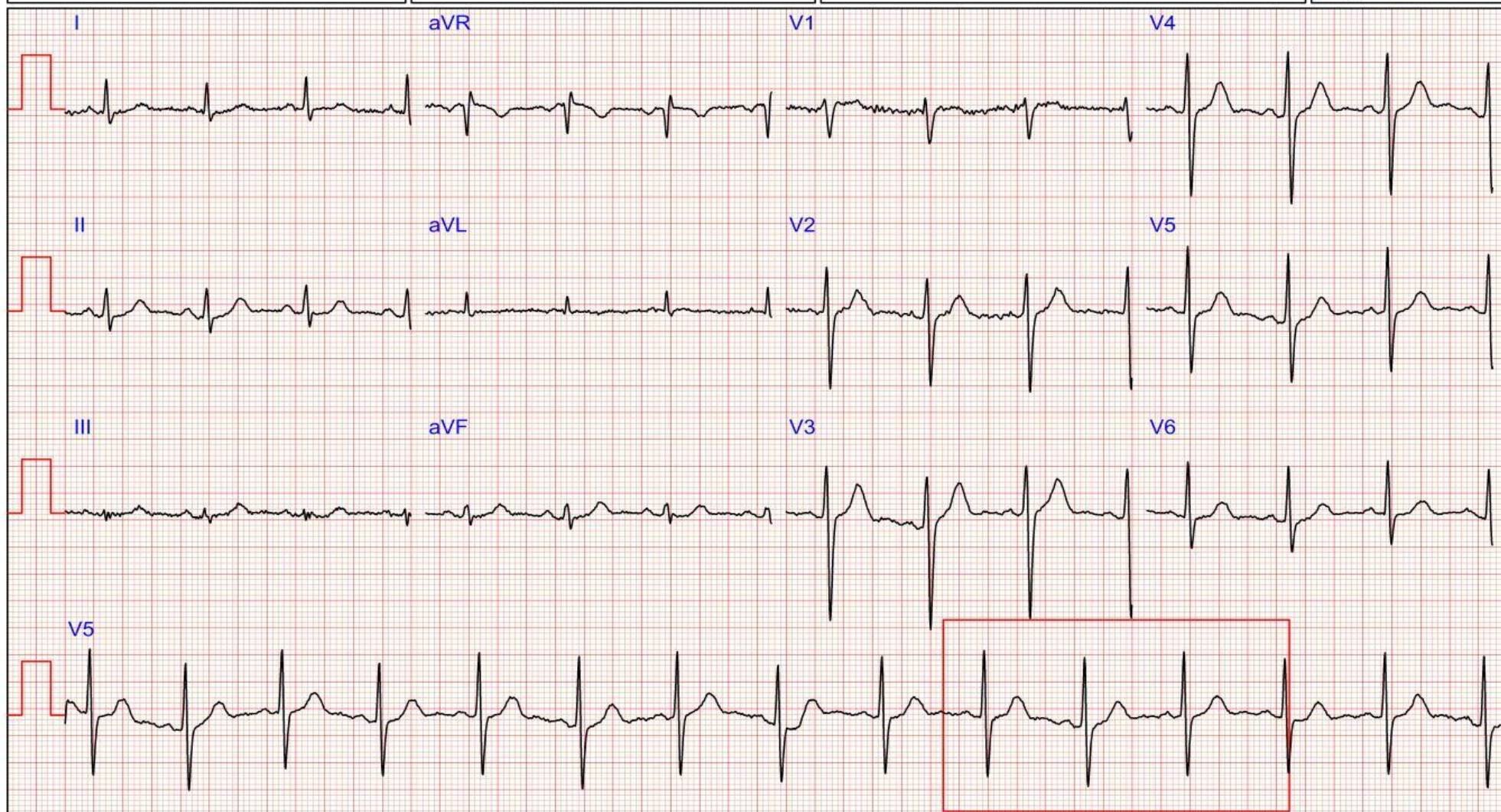
Firma: _____

ID: 06796717
Apellido: CARDENAS NAVARRO
Nombre: ABEL
Fecha de nacimiento: 20/4/1964 Edad: 58
Sexo: H

Notas:

FC: 87

P(ms) = 106
PR(ms) = 152
QRS(ms) = 102
QT(ms) = 400
QTcB(ms) = 482
P Axis = 48
QRS Axis = 5
T Axis = 57
R-R(ms) = 690



25 mm/seg 10 mm/mV Filtros: 60 Hz; BL; 0.05-35 Hz

13/6/2022 08:26:29

Norav Medical rev. 5.96

Record: [11540022.rs] Modality: [Ec] Device: [NR-1207-E s/n 40637]

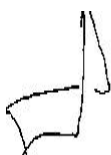
TEST DE EPWORTH

PACIENTE: CARDENAS NAVARRO, ABEL								
EDAD: 58 EMPRESA: TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.								
PUESTO/CARGO: CONDUCTOR DE CAMIONETA								
IMPORTANTE: Valorar la respuesta como una media de todos los días y a lo largo de todo el día.								
	NUNCA SE ADORMILARIA		POCAS POSIBILIDADES DE ADORMILARSE		MODERADAS POSIBILIDADES DE ADORMILARSE		GRANDES POSIBILIDADES DE ADORMILARSE	
• SENTADO LEYENDO	0	X	1		2		3	
• VIENDO LA TELEVISIÓN	0	X	1		2		3	
• SENTADO INACTIVO, EN LUGAR PÚBLICO (por ej. En un teatro o un acto público o una reunión)	0	X	1		2		3	
• COMO PASAJERO EN UN COCHE UNA HORA SEGUIDA	0	X	1		2		3	
• DESCANSANDO ECHADO POR LA TARDE CUANDO LAS CIRCUNSTANCIAS LO PERMITEN	0	X	1		2		3	
• SENTADO CHARLANDO CON ALGUIEN	0	X	1		2		3	
• SENTADO TRANQUILAMENTE DESPUES DE UNA COMIDA SIN ALCOHOL	0	X	1		2		3	
• EN UN COCHE, AL PARARSE UNOS MINUTOS EN EL TRAFICO	0	X	1		2		3	
SUMA TOTAL DE PUNTOS: 0 /24								

Ref: Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. Sleep 1991; 14: 50-545

Conclusión:

- 1.(0 a 10 Puntos) Test de somnolencia diurna normal . (X)
- 2.(>10 Puntos) Test de somnolencia Significativo. ()



FIRMA DEL PACIENTE

DNI 06796717



Dr. Saul Mendoza Leo
Salud Ocupacional
CMP: 085488

				Ingresado : 13/06/2022 07:09			
				Recepcionado : 13/06/2022 07:12			
Paciente : CARDENAS NAVARRO, ABEL				Impreso : 13/06/2022 10:09 9:22			
Sexo : MASCULINO				Edad : 58 a. Doc.Ident : 06796717			
Cliente : TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.				Num.Orden : 505808			
Médico :				Sede : CONTROL VITAL			
ANALISIS	RESULTADO	UNID	RANGO	ANALISIS	RESULTADO	UNID	RANGO

.HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO

RECuento CELULAR

LEUCOCITOS	8.70	Cel/uL	3.5 - 10 x 10 ³
HEMATIES	5.06	Cel/uL	4.5 - 5.9 x 10 ⁶
PLAQUETAS	263	Cel/uL	150 - 450 x 10 ³

HEMOGLOBINA / HEMATOCRITO

HEMOGLOBINA	15.2	g/dL	13.0 - 18.5
HEMATOCRITO	44.1	%	41 - 53

CONSTANTES CORPUSCULARES

VCM	87.0	fL	80 - 100
HCM	29.9	pg	26 - 34
CCMH	34.4	g/dL	31 - 37
RDW	11.8	%	11.8 - 15.6
VPM	10.6	fL	7.6 - 10.8

FORMULA DIFERENCIAL PORCENTUAL

NEUTROFILOS SEGMENTADOS	55.9	%	31 - 80
BASTONES	0.0	%	0 - 5
LINFOCITOS	35.9	%	22 - 50
MONOCITOS	4.7	%	0 - 8
EOSINOFILOS	3.3	%	0 - 5

BASOFILOS	0.2	%	0 - 1.2
METAMIELOCITOS	0.0	%	0
MIELOCITOS	0.0	%	0
PROMIELOCITOS	0.0	%	0
BLASTOS	0.0	%	0

FORMULA DIFERENCIAL ABSOLUTA

NEUTROFILOS SEGMENTADOS	4.9	Cel/mL	1.4 - 6.6
BASTONES	0.0	Cel/mL	0 - 0.4
LINFOCITOS	3.1	Cel/mL	1.2 - 3.5
MONOCITOS	0.4	Cel/mL	0 - 0.5
EOSINOFILOS	0.3	Cel/mL	0 - 0.50
BASOFILOS	0.0	Cel/mL	0 - 0.09
MIELOCITOS	0.0	Cel/mL	0
METAMIELOCITOS	0.0	Cel/mL	0
PROMIELOCITOS	0.0	Cel/mL	0
BLASTOS	0.0	Cel/mL	0

BIOQUIMICA

GLUCOSA	111	mg/dL	70 - 110
---------	-----	-------	----------

OBSERVACION resultado verificado.

INMUNOLOGIA

VDRL NO REACTIVO

UROANÁLISIS

ORINA COMPLETA.

EXAMEN MACROSCOPICO

COLOR	AMARILLO
ASPECTO	TRANSPARENTE

EXAMEN BIOQUIMICO

DENSIDAD	1.015	gr/mL	1,005 g/mL a 1,030 g/mL
PH	6.00		
GLUCOSA	NEGATIVO		
BILIRRUBINA	NEGATIVO		
CUERPOS CETONICOS	NEGATIVO		
PROTEINAS	NEGATIVO		
UROBILINOGENO	NEGATIVO		
NITRITOS	NEGATIVO		
HEMOGLOBINA	NEGATIVO		

EXAMEN MICROSCOPICO

LEUCOCITOS	0 - 2	cel/cam	0 - 3
HEMATIES	0 - 4	Hemat/ camp	0 - 3
CELULAS EPITELIALES	0 - 4	cel/cam	
LEVADURAS	NO SE OBSERVAN		
CRISTALES	.		
C.AC-URICO	NO SE OBSERVAN		
C.FOSF-AMORFOS	NO SE OBSERVAN		
C.URAT-AMORFOS	NO SE OBSERVAN		
C.OX-CALCIO	NO SE OBSERVAN		
C.FOSF-TRIPLES	NO SE OBSERVAN		
CILINDROS	.		
HIALINOS	NO SE OBSERVAN	/camp.	
GRANULOSOS	NO SE OBSERVAN	/camp.	
FILAMENTO MUCOIDES	NO SE OBSERVAN		
GERMENES	NO SE OBSERVAN		


 Dr. William Vicente Taboada
 Médico - Patólogo Clínico
 C.M.P. 34518 - R.N.E. 16913

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES:

APELLIDOS Y NOMBRES: CARDENAS NAVARRO, ABEL
FECHA DE EVALUACIÓN: 13/06/2022
EDAD: 58 AÑOS
SEXO: MASCULINO
PROYECTO: PROYECTO CONTROL VITAL
EMPRESA: TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.
PUESTO: CONDUCTOR DE CAMIONETA
TIPO DE EVALUACIÓN: OCUPACIONAL PERIODICO

II. OBSERVACIONES DE CONDUCTA:

Presentación: ADECUADO
Postura: ERGUIDA
Discurso: **Ritmo:** FLUIDO
Tono: MODERADO
Articulación: SIN DIFICULTAD
Orientación: **Tiempo:** ORIENTADO
Espacio: ORIENTADO
Persona: ORIENTADO

III. HISTORIA FAMILIAR:

Niega la presencia de enfermedad o trastorno mental en algún familiar cercano.

IV. ACCIDENTES Y ENFERMEDADES:

Niega haber sufrido de algún accidente laboral

V. HÁBITOS:

Alcohol

✓ Niega el consumo de bebidas alcohólicas

Tabaco

✓ Niega el consumo de tabaco

Drogas

✓ Niega el consumo de sustancias psicoactivas

VI. CALIDAD DE SUEÑO:

Su calidad de sueño es favorable

VII. APETITO:

Considera que su apetito se mantiene estables sin alteraciones

VIII. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN:

COMPETENCIA EVALUADA	RESULTADO	INTERPRETACIÓN
NIVEL DE ESTRÉS	AUSENCIA	En cuanto a su nivel de estrés, no hay evidencia de indicadores que reflejen desgaste a nivel físico o mental.

COMPETENCIA EVALUADA	RESULTADO	INTERPRETACIÓN
CANSANCIO EMOCIONAL	BAJO	El evaluado presenta ausencia de cansancio emocional en el contexto laboral, aparenta adaptarse rápidamente al entorno, es capaz de responder favorablemente a las demandas del entorno, sus recursos personales son mayores que las demandas que percibe.
DESPERSONALIZACIÓN	BAJO	Se adapta a su entorno y a sus compañeros de manera favorable, comparte y colabora con otros.
REALIZACIÓN PERSONAL	ALTO	Se presenta satisfecho y confianza en sus capacidades y logros en lo personal y profesional.

OPORTUNIDAD DE MEJORA	Ninguna
-----------------------	---------

IX. INTERPRETACIÓN:**OBSERVACIONES – RECOMENDACIONES**

Presenta buena expresión lógica, clara, habla con fluidez. Aprecia un buen clima laboral, manteniendo un trato de cordialidad con los colegas y miembro de la empresa. Manifiesta estar satisfecho con las labores que realiza, logra cumplir con los procedimientos adecuados de la empresa. Entre sus características personales se describe como una persona tranquila, respetuosa y sociable. El soporte familiar es adecuado, lo que le favorece su desenvolvimiento y sensación de apoyo.

X. CONCLUSIÓN:

El evaluado se encuentra Apto para el desarrollo de sus funciones.

XI. RECOMENDACIÓN:

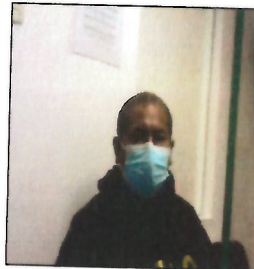
Ninguna


Lic. Shara C. Chumpitaz Zueveda
Psicóloga Ocupacional
CPsP 12699

ABEL CARDENAS NAVARRO



Nombre: Cardenas Navarro Abel
DNI: 06796717
Sexo: Masculino
Edad: 58 años. (20/04/1964)
Grupo sanguineo: S/D
Estado civil: Soltero
Estudios: UNIVERSITARIO INCOMPLETO
Domicilio: Sin Datos



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

Examen tomado el día 13/06/2022
Tipo de examen: AIIB (Profesional - Sin datos)
RESULTADO: APROBADO

Test de reactimetría simple

Prueba #1: 0.37 Segundos (Rápido)	Prueba #2: 0.42 Segundos (Medio lento)
Prueba #3: 0.31 Segundos (Muy rápido)	Prueba #4: 0.34 Segundos (Rápido)
Prueba #5: 0.41 Segundos (Medio lento)	Prueba #6: 0.33 Segundos (Rápido)
Prueba #7: 0.43 Segundos (Medio lento)	Prueba #8: 0.35 Segundos (Rápido)
Prueba #9: 0.32 Segundos (Muy rápido)	Prueba #10: 0.40 Segundos (Medio lento)

Resultado: APROBADO Promedio: 0.37 Segundos
Responsable de este examen: Administrador

Test de visión y audición

Agudeza visual	Ojo izquierdo	Hasta linea #7 (20/20)	Aprobado
	Ojo derecho	Hasta linea #7 (20/20)	Aprobado
Apreciación de distancia		100% de aciertos	Aprobado
Discriminación de colores		100% de aciertos.	Aprobado
Foria visual	Foria Horizontal	Dentro de lo normal	Aprobado
	Foria Vertical	Dentro de lo normal	Aprobado
Vision nocturna		Reconoce figuras a 35 candelas	Aprobado
Vision encandilada		Reconoce figura a 45 candelas	Aprobado
Recup. de encandilamiento		01:40 segundos.	Aprobado
Test de perimetría	Ojo izquierdo	Hasta 85 grados	Aprobado
	Ojo derecho	Hasta 85 grados	Aprobado
	Perimetría Vertical	Hasta 70 grados	Aprobado

Resultado: APROBADO
Responsable de este examen: Administrador

Test de palancas

Tiempo de error: 2.08 (Aprobado)
Cantidad de errores: 2 (Aprobado)
Tiempo de examen: 29.00 (Aprobado)

Resultado: APROBADO
Responsable de este examen: Administrador

Test de punteado

Cantidad de errores: 0 (Aprobado)
Cantidad de aciertos: 54 (Aprobado)
Tiempo de acierto: 9.29 (Aprobado)

Resultado: APROBADO
Responsable de este examen: Administrador

Evaluación Final

Conclusiones:
APROBADO

Recomendaciones:
USO DE CORRECTORES PARA VISION DE CERCA



Lic. Betsy Desiree Aguilar Flor
PSICOLOGA
C.Ps.P. N° 34601

SOLICITUD DE PROGRAMACION DE CITA MÉDICA

Mediante este documento se establece de forma digital la reserva de una Atención Médica con los siguientes detalles:

Cliente:	TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.				
Paciente:	CARDENAS NAVARRO ABEL				
Edad:	58	Sexo:	Masculino	Nro Documento:	06796717
Fecha Programación:	13/06/2022		Turno:	TURNO 03PM - PRUEBAS COVID	
Ocupación:	CONDUCTOR DE CAMIONETA				
Proyecto:	PROYECTO CONTROL VITAL				
Tipo de Atención:	OCUPACIONAL PERIODICO	Clasificación:	NINGUNO		
Centro de costos:		Obra:			
Area:					
Cita Normal:	X	Despistaje:		Prueba Rápida:	

Perfiles:

Responsable:	
Requerimiento:	REQ-MINERA PARTICULAR-TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.
Perfil Médico:	CV-MINERA PARTICULAR-ANUAL-[CONDUCTOR]
Emisión Solicitud:	13/06/2022 7:06AM
Solicitante:	LOPEZ PERAZA WILMER EDUARDO
Observaciones:	MINERA PARTICULAR PERFIL B

				Ingresado : 14/06/2022 08:25					
				Recepcionado : 14/06/2022 08:28					
Paciente :	CARDENAS NAVARRO, ABEL			Impreso : 14/06/2022 10:11 1:00					
Sexo :	MASCULINO			Edad :	58 a.	Doc.Ident :	06796717		
Cliente :	TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.			Num.Orden : 505922					
Médico :				Sede : CONTROL VITAL					
ANALISIS				RESULTADO				UNID	RANGO

BIOQUIMICA

GLUCOSA	108	mg/dL	70 - 110
OBSERVACION	resultado verificado.		


Dr. William Vicente Taboada
Médico - Patólogo Clínico
C.M.P. 34518 - R.N.E. 16913

HOJA DE INTERCONSULTA

Paciente: CARDENAS NAVARRO ABEL
 Edad: 58 Sexo: F ☐ M ☒ Fecha: 13/06/2022
 Empresa: TRANSPORTE TS HNOS S.A.C. DNI: 06796717
 Puesto al que postula: CONDUCTOR DE CAMIONETA

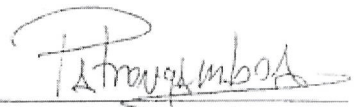
Especialidad a la que se Consulta: CARDIOLOGÍA

Examen:

Motivo de Consulta

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON IRBESARTAN 150MG Y AMLODIPINO 10MG DIARIO, PRESENTA PA 140/80 mmHg. SE SOLICITA EVALUACIÓN, MANEJO Y RECOMENDACIONES POR SU ESPECIALIDAD. ADJUNTAR CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL. DEFINIR APTITUD PARA LABORES EN ALTURA GEOGRAFICA.

Nombre Completo: PATRON GAMBOA PRISCILLA GISELLE
 CMP: 080535 RNE:
 Firma y Sello:


 Dra. Priscilla Giselle Patrón Gamboa
 Salud Ocupacional
 CMP: 080535

RESPUESTA A LA INTERCONSULTA

FUNCIONES VITALES: PA: $\frac{110}{60}$ mmHg, FC: 75 Imp, Peso: kg, Talla: mts., IMC: kg/m2: Fecha y Hora:

Evaluación físico clínica:

Impresión Diagnóstica:

Recomendaciones y/o tratamiento:

Aptitud para laborar a más de 4000 msnm: SI () NO ()

Nombre Completo:
 CMP:
 Firma y Sello:

RNE:


 DR. CESAR CAMPOS S.B.
 CARDIOLOGO - CLINICA
 CMP - 24286
 RNE - 10947

1150 (+) Subpa Ten 150ml
 Amlodipino 10 mg
 Niego DM, ALP (+) No se hace
 3 meses con Trifluometoprim
 Aev = RCP 300 mg de los 1000
 S/Reporte Petre Laborar en Chimbote
 Imp p Aev: 1500 Controlar
 Apto por Laborar en
 Chimbote.



**Certificado de Aptitud Médico Ocupacional
Examen de Ingreso**

CS-HC- C0000509376 - 00012023010668 Fecha de Generación de Reporte: 22 / 02 / 2023 - 13 : 32 hs.

		CÓDIGO		C0000509376					
CERTIFICA que el Sr. (a):									
Nombre y Apellidos		PEDRO LUIS CASTILLO MARTINEZ							
Documento de Identidad		40350563		Edad	43	años	Género	M (X)	F
Puesto al que postula (sólo pre ocupacional)			CONDUCTOR CAMIONETA.						
Ocupación actual o última Ocupación			---						
HISTORIA CLÍNICA 40350563			EMPRESA: TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.						
CONCLUSIONES :									
APTO									
APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)		X		Restricciones					
APTO CON RESTRICCIÓN (para el puesto en el que trabaja o postula)									
NO APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)									
RECOMENDACIONES									
- Se recomienda uso de protección auditiva estricta a exposición de ruido mayor a 80 Db. - Se recomienda control oftalmológico anual. - Se recomienda dieta hipocalórica e hipograsa, aumentar actividad física. Control por Nutrición. - Se recomienda control radiográfico anual. - se recomienda evaluación por dermatología. - Se recomienda tratamiento de rehabilitación oral.									
 Dra. Claudia Vanessa Llerena Zevallos Médico de salud ocupacional CMP: 049335 / RNM: M00955 S.G NATCLAR S.A.C Firma del Medico Ocupacional									
Fecha: 22-02-2023				Nombre: LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA					
				Sello y Firma de Médico que CERTIFICA					

FORMATO 1

		CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL REF: ANEXO 2 R.M. 312 - 2011 /Minsa				COD: Versión: 02 APROBADO: 24/01/2020	
Tipo de examen:		☒ Pre Ocupacional		☐ Periódico		☐ Temporal	
		☐ Reubicación		☐ Otros			
Fecha de examen :		22/02/2023					
Titular minero:		NEXA RESOURCES PERU S.A.A.					
Empresa contratista:		TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.					
Apellidos y Nombres:		CASTILLO MARTINEZ , PEDRO LUIS					
Documento de Identidad		40350563		Edad (años):		43	
				Género		☒ M ☐ F	
Puesto que postula (solo preocupacional):				CONDUCTOR CAMIONETA.			
Ocupación actual o última ocupación:				----			
Examenes complementarios según RIESGOS OCUPACIONALES del puesto de trabajo :							
	NO	SI		NO	SI		NO SI
Op Eq móviles y vehic	☐	☒	Trabajos Altura > 1.8 m	☒	☐	Brigadistas/Rescatistas	☒ ☐
Espacios confinados	☒	☐	Instalaciones electricas Bloqueo/aislam. energia	☒	☐	Voladura	☒ ☐
Manipulador de Alimentos	☒	☐				Dosaje de Metales Pesados	☒ ☐
APTITUD MÉDICA Para el puesto de trabajo y sus riesgos ocupacionales							
APTO		☒		RESTRICCIONES ---			
APTO CON RESTRICCIÓN		☐					
NO APTO		☐					
Grupo sanguíneo y factor Rh (sólo preocupacional):				O POSITIVO			
Recomendaciones: - recomienda uso de protección auditiva estricta a exposición de ruido mayor a 80 Db. - recomienda control oftalmológico anual. - recomienda dieta hipocalórica e hipograsa, aumentar actividad física. Control por Nutrición. - recomienda control radiográfico anual. - recomienda evaluación por dermatología. - recomienda tratamiento de rehabilitación oral.				 Dra. Claudia Vanessa Llerena Zevallos Médico de salud ocupacional CMP: 049335 / RNM: M00955 S.G NATCLAR S.A.C			
				Sello y firma de Médico Ocupacional CSO			
APTITUD EMITIDA SERVICIO DE SALUD OCUPACIONAL DEL TITULAR							
REF: Art. 118 D.S. 024 - 2016 EM							
APTO		☐		APTO CON RESTRICCIÓN		☐	
				NO APTO		☐	
Sello y firma de Médico Ocupacional Servicio Médico de la Unidad							

CONSTANCIA DE MANEJO



Se hace constar que el Señor(a):

CASTILLO MARTINEZ, PEDRO LUIS identificado con **DNI** Nro. **40350563**, personal de **TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.** cumplió con el examen de **MANEJO**, estando **APTO** para conducir.

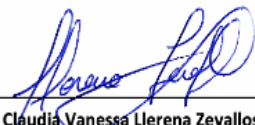
A su vez se hace constar que se le ha informado sobre los resultados Médicos Ocupacionales que se le practicaron en la fecha.

CS-HC-C0000509376
00012023010668

FECHA: 22/02/2023

HORA: -

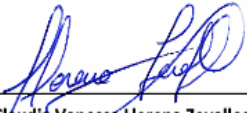



Dra. Claudia Vanessa Llerena Zevallos
Médico de salud ocupacional
CMP: 049335 / RNM: M00955
S.G NATCLAR S.A.C

LIMA ,miércoles, 22 de Febrero de 2023

ART. 102 del Reglamento 005-2012, art. 71 de la Ley 29783.

 NATCLAR Gestión de Salud Ocupacional		INFORME MEDICO OCUPACIONAL		Código: Fecha: Versión:
I. DATOS DE FILIACIÓN				
Nombres y apellidos:		CASTILLO MARTINEZ , PEDRO LUIS		
Edad:	43	Puesto:	CONDUCTOR CAMIONETA.	
Empresa :	TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.	CSO:	S.G. NATCLAR S.A.C.	
Médico:	LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA	Fecha Atención :	22/02/2023	
II. ANTECEDENTES MÉDICO PERSONALES				
El trabajador no refiere haber tenido: vértigo, convulsiones, enfermedad mental, alcoholismo, hipertensión arterial, diabetes, otras patologías crónicas.				
III. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES				
PAPÁ : NO REFIERE MAMÁ : NO REFIERE HERMANOS : NO REFIERE				
IV. HÁBITOS				
1. Consumo de tabaco		Nada		
2. Consumo de alcohol		Nada		
3. Actividad física		- . ()		
V. EVALUACIÓN MÉDICA				
ANAMNESIS:				
Síntomas:		Paciente refiere no presentar ningún tipo de síntomas, niega alguna patología.		
Relato:				
ANTROPOMETRÍA:				
TALLA	173.00 cm	PESO	78.00 Kg	
IMC	26.00 Kg/cm2			
FUNCIONES VITALES:				
P.A.S:	110	P.A.D:	70 mmHg	
Frecuencia cardiaca:	57 puls/min	Frecuencia Respiratoria:	18 resp/min	
Sat. O2:	97 %			
EXAMEN FÍSICO:				
Alterado				
RESULTADOS DE LABORATORIO:				
GLUCOSA	101.2 mg/dL			
HEMOGLOBINA	12.8 g/dL			
HEMATOCRITO	37.1 %			
AUDIOMETRIA:				
OD:	Normoacusia	OI:	Normoacusia	
ESPIROMETRIA:				
No aplica				

 NATCLAR Gestión de Salud Ocupacional	INFORME MEDICO OCUPACIONAL	Código: Fecha: Versión:															
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX:																	
Sin Alteraciones: Placa Radiograficamente Normal.																	
VI. HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Diagnósticos CIE 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Z01.1 Normoacusia. Se recomienda uso de protección auditiva estricta a exposición de ruido mayor a 80 Db.</td> </tr> <tr> <td>Z01.0 Emétrope. Se recomienda control oftalmológico anual.</td> </tr> <tr> <td>E67 Sobrepeso. Se recomienda dieta hipocalórica e hipograsa, aumentar actividad física. Control por Nutrición.</td> </tr> <tr> <td>R00.1 EKG: Bradicardia sinusal. Paciente asintomático. Control anual por Cardiología.</td> </tr> <tr> <td>Z01.6 Radiografía de torax posteroanterior: Normal. Se recomienda control radiográfico anual.</td> </tr> <tr> <td>B35.1 Onicodistrofia y onicolisis en lecho ungueal del 1er dedo de ambos pies , se recomienda evaluación por dermatología.</td> </tr> <tr> <td>K08.1 Ausencia de piezas. Piezas 16,17,26. Se recomienda tratamiento de rehabilitación oral.</td> </tr> </tbody> </table>	Diagnósticos CIE 10	Z01.1 Normoacusia. Se recomienda uso de protección auditiva estricta a exposición de ruido mayor a 80 Db.	Z01.0 Emétrope. Se recomienda control oftalmológico anual.	E67 Sobrepeso. Se recomienda dieta hipocalórica e hipograsa, aumentar actividad física. Control por Nutrición.	R00.1 EKG: Bradicardia sinusal. Paciente asintomático. Control anual por Cardiología.	Z01.6 Radiografía de torax posteroanterior: Normal. Se recomienda control radiográfico anual.	B35.1 Onicodistrofia y onicolisis en lecho ungueal del 1er dedo de ambos pies , se recomienda evaluación por dermatología.	K08.1 Ausencia de piezas. Piezas 16,17,26. Se recomienda tratamiento de rehabilitación oral.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Recomendaciones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Normoacusia. Se recomienda uso de protección auditiva estricta a exposición de ruido mayor a 80 Db.</td> </tr> <tr> <td>Emétrope. Se recomienda control oftalmológico anual.</td> </tr> <tr> <td>Sobrepeso. Se recomienda dieta hipocalórica e hipograsa, aumentar actividad física. Control por Nutrición.</td> </tr> <tr> <td>EKG: Bradicardia sinusal. Paciente asintomático. Control anual por Cardiología.</td> </tr> <tr> <td>Radiografía de torax posteroanterior: Normal. Se recomienda control radiográfico anual.</td> </tr> <tr> <td>Onicodistrofia y onicolisis en lecho ungueal del 1er dedo de ambos pies , se recomienda evaluación por dermatología.</td> </tr> <tr> <td>Ausencia de piezas. Piezas 16,17,26. Se recomienda tratamiento de rehabilitación oral.</td> </tr> </tbody> </table>	Recomendaciones	Normoacusia. Se recomienda uso de protección auditiva estricta a exposición de ruido mayor a 80 Db.	Emétrope. Se recomienda control oftalmológico anual.	Sobrepeso. Se recomienda dieta hipocalórica e hipograsa, aumentar actividad física. Control por Nutrición.	EKG: Bradicardia sinusal. Paciente asintomático. Control anual por Cardiología.	Radiografía de torax posteroanterior: Normal. Se recomienda control radiográfico anual.	Onicodistrofia y onicolisis en lecho ungueal del 1er dedo de ambos pies , se recomienda evaluación por dermatología.	Ausencia de piezas. Piezas 16,17,26. Se recomienda tratamiento de rehabilitación oral.
Diagnósticos CIE 10																	
Z01.1 Normoacusia. Se recomienda uso de protección auditiva estricta a exposición de ruido mayor a 80 Db.																	
Z01.0 Emétrope. Se recomienda control oftalmológico anual.																	
E67 Sobrepeso. Se recomienda dieta hipocalórica e hipograsa, aumentar actividad física. Control por Nutrición.																	
R00.1 EKG: Bradicardia sinusal. Paciente asintomático. Control anual por Cardiología.																	
Z01.6 Radiografía de torax posteroanterior: Normal. Se recomienda control radiográfico anual.																	
B35.1 Onicodistrofia y onicolisis en lecho ungueal del 1er dedo de ambos pies , se recomienda evaluación por dermatología.																	
K08.1 Ausencia de piezas. Piezas 16,17,26. Se recomienda tratamiento de rehabilitación oral.																	
Recomendaciones																	
Normoacusia. Se recomienda uso de protección auditiva estricta a exposición de ruido mayor a 80 Db.																	
Emétrope. Se recomienda control oftalmológico anual.																	
Sobrepeso. Se recomienda dieta hipocalórica e hipograsa, aumentar actividad física. Control por Nutrición.																	
EKG: Bradicardia sinusal. Paciente asintomático. Control anual por Cardiología.																	
Radiografía de torax posteroanterior: Normal. Se recomienda control radiográfico anual.																	
Onicodistrofia y onicolisis en lecho ungueal del 1er dedo de ambos pies , se recomienda evaluación por dermatología.																	
Ausencia de piezas. Piezas 16,17,26. Se recomienda tratamiento de rehabilitación oral.																	
 Dra. Claudia Vanessa Llerena Zevallos Médico de salud ocupacional CMP: 049335 / RNM: M00955 S.G NATCLAR S.A.C Firma y Sello Médico ocupacional CSOA																	

CARTA DE COMPROMISO

Yo, **CASTILLO MARTINEZ PEDRO LUIS** identificado con DNI (☒) / CE () / Pasaporte (), Nro: **40350563**, perteneciente a la empresa:

TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.

Habiendo pasado la evaluación medica: ☒ Pre-ocupacional ☐ Anual ☐ De Retiro ☐ Cambio de Puesto ☐ Visita Anual ☐ Temporal ☐ Expansión

He sido debidamente informado de los resultados obtenidos en el examen medico, siendo los diagnósticos encontrados:

N°	Diagnostico	CIE 10
1	Otros tipos de hiperalimentación	E67
2	Bradicardia, no especificada	R00.1
3	Examen de ojos y de la visión	Z01.0
4	Examen radiológico, no clasificado en otra parte	Z01.6

Los mismos que acepto y por lo tanto que me comprometo a seguir las siguientes recomendaciones clínicas y de salud ocupacional que el medico evaluador considere de acuerdo al Manual de salud Ocupacional del y de los Estándares de Seguridad.

	Recomendaciones
1	Sobrepeso. Se recomienda dieta hipocalórica e hipograsa, aumentar actividad física. Control por Nutrición.
2	EKG: Bradicardia sinusal. Paciente asintomático. Control anual por Cardiología.
3	Emétrope. Se recomienda control oftalmológico anual.
4	Radiografía de torax posteroanterior: Normal. Se recomienda control radiográfico anual.

Las que cumpliré estrictamente con la finalidad de prevenir la severidad o empeoramiento de los presentes cuadros diagnosticados así mismo me comprometo a cumplir con los chequeos y controles médicos ocupacionales que el medico evaluador de la clínica mencionada indique.




Trabajador (Firma y Huella Digital)

Nombre : CASTILLO MARTINEZ PEDRO LUIS

DNI : 40350563

Empresa : TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.

Puesto de Trabajo : CONDUCTOR CAMIONETA.



DE LA CRUZ ROMERO, DELIANA JOSEBETH
EVALUADOR DE SALUD OCUPACIONAL
SG NATCLAR S.A.C.
CMP 057521

Firma y Sello del Medico Evaluador

Nombres : DE LA CRUZ ROMERO, DELIANA JOSEBETH
CMP : 57521



Dra. Claudia Vanessa Llerena Zevallos
Médico de salud ocupacional
CMP: 049335 / RNM: M00955
S.G NATCLAR S.A.C.

Firma y Sello del Medico Ocupacional

Nombres : LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA
CMP : 49335

FECHA: 22/02/2023

HORA: -

HISTORIA OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES: CASTILLO MARTINEZ, PEDRO LUIS

N° REGISTRO (DNI): 40350563

FECHA DE NACIMIENTO: 18/05/1979

SEXO: Masculino

LUGAR DE NACIMIENTO LIMA/LIMA

LUGAR DE PROCECENCIA: SAN PEDRO MZ E LT 10, 1 LIMA
SAN MARTIN DE PORRES, Perú

PROFESIÓN: CONDUCTOR

FECHA DE INICIO	EMPRESAS	ALTITUD m.s.n.m	ACTIVIDADES DE LA EMPRESA	AREA DE TRABAJO	OCUPACIÓN	TIEMPO DE TRABAJO			PELIGROS/AGENTES OCUPACIONALES	USO / TIPO EPP
						SUBSUELO/SUPERFICIE/CONCENT				
01-02-2022	TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.	154	Otras actividades no especificadas	TRANSPORTE	CONDUCTOR	0	1 año 1 mes	0	Movimientos repetitivos Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado)	
01-01-2019	SD SERVICIOS EIRL	4750	Otras actividades de transportes complementarias	MINA OPERACIONES	CHOFER	3 años	0	0	Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado) Posturas Forzadas Polvo Respirable	Respirador (Siempre)
01-02-2007	EBB PERU SA.	154	Otras actividades de transportes complementarias	TRANSPORTES	CONDUCTOR	0	11 años 11 meses	0	Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado) Movimientos repetitivos	
Total						3 años	13 años	0 años 0 meses		

FECHA: 22/02/2023

HORA: -

PEDRO LUIS CASTILLO MARTINEZ



Indice Derecho
Huella Digital

DE LA CRUZ ROMERO, DELIANA JOSEBETH

Nombre del Medico Evaluador

CMP: 57521



DE LA CRUZ ROMERO, DELIANA JOSEBETH
EVALUADOR DE SALUD OCUPACIONAL
SG NATCLAR SAC
CMP 057521

Firma y Sello:

ANEXO No. 16
FICHA MÉDICA OCUPACIONAL

EXAMEN MÉDICO

EMPRESA : NEXA RESOURCES PERU S.A.A.
CONTRATISTA : TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.
APELLIDOS Y NOMBRES : CASTILLO MARTINEZ, PEDRO LUIS

PREOCUPACIONAL ☒
ANUAL ☐
RETIRO ☐
REUBICACIÓN ☐
VISITA ☐

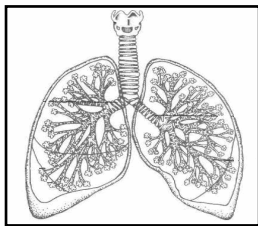
Nº de Ficha 40350563

FECHA DE EXAMEN: 22-02-2023		FECHA DE CADUCIDAD: 22-02-2024		MINERALES EXPLOTADOS O PROCESADOS: PLATA, ZINC, COBRE, PLOMO																																		
LUGAR DE NAC.	FECHA DE NAC.	DOMICILIO HABITUAL	AREA DE LABOR	ALTITUD DE LA LABOR																																		
LIMA / LIMA	18/05/1979	SAN PEDRO MZ E LT 10 1 LIMA / LIMA / SAN MARTIN DE PORRES	SUPERFICIE ☒ CONCENTRADORA ☐ SUBSUELO ☐	Debajo 2500 m ☒ 3501 a 4000 m ☐ Hasta 3000 m ☐ 4001 a 4500 m ☐ 3001 a 3500 m ☐ Más de 4501 m ☐																																		
EDAD	SEXO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCIÓN																																		
43 Años	M ☒ F ☐	40350563 TELEFONO: 961703961	Soltero ☐ Conviviente ☐ Casado ☒ Viudo ☐ Divorciado ☐	Analfabeto ☐ Sec. Incomp. ☐ Primaria Incomp. ☐ Sec. Comp. ☒ Primaria Comp. ☐ Técnico ☐ Universitario ☐																																		
<table><tr><td>Ruido</td><td>☐</td><td>Cancigerígenos</td><td>☐</td><td>Temperaturas</td><td>☐</td><td>Cargas</td><td>☐</td><td rowspan="4">Describir según corresponda: Puesto al que postula : CONDUCTOR CAMIONETA. Puesto actual: --- Reubicación: Si ☐ No ☒ Tiempo: --</td></tr><tr><td>Polvo</td><td>☐</td><td>Mutagénicos</td><td>☐</td><td>Biológicos</td><td>☐</td><td>Mov. Repet.</td><td>☒</td></tr><tr><td>Vib segmenta</td><td>☐</td><td>Solventes</td><td>☐</td><td>Posturas</td><td>☒</td><td>PVD</td><td>☐</td></tr><tr><td>Vib total</td><td>☐</td><td>Metales pesados</td><td>☐</td><td>Turnos</td><td>☐</td><td>Otros</td><td>☒</td></tr></table>						Ruido	☐	Cancigerígenos	☐	Temperaturas	☐	Cargas	☐	Describir según corresponda: Puesto al que postula : CONDUCTOR CAMIONETA. Puesto actual: --- Reubicación: Si ☐ No ☒ Tiempo: --	Polvo	☐	Mutagénicos	☐	Biológicos	☐	Mov. Repet.	☒	Vib segmenta	☐	Solventes	☐	Posturas	☒	PVD	☐	Vib total	☐	Metales pesados	☐	Turnos	☐	Otros	☒
Ruido	☐	Cancigerígenos	☐	Temperaturas	☐	Cargas	☐	Describir según corresponda: Puesto al que postula : CONDUCTOR CAMIONETA. Puesto actual: --- Reubicación: Si ☐ No ☒ Tiempo: --																														
Polvo	☐	Mutagénicos	☐	Biológicos	☐	Mov. Repet.	☒																															
Vib segmenta	☐	Solventes	☐	Posturas	☒	PVD	☐																															
Vib total	☐	Metales pesados	☐	Turnos	☐	Otros	☒																															
ANTECEDENTES OCUPACIONALES (VER HISTORIA OCUPACIONAL)																																						
ANTECEDENTES PERSONALES (Enfermedad y accidentes en el trabajo y fuera del mismo)			ALERGIAS Y/O REACCIONES ADVERSAS DE MEDICAMENTOS																																			
El trabajador no refiere haber tenido: vértigo, convulsiones, enfermedad mental, alcoholismo, hipertensión arterial, diabetes, otras patologías crónicas.			---																																			
Refiere Discapacidad		No	CIE 10	---	Tipo																																	
ANTECEDENTES FAMILIARES			INMUNIZACIONES	SIN HIJOS	NÚMERO DE HIJOS																																	
NO REFIERE			Tétano: ☐ Hepatitis B: ☐ Fiebre Amarilla: ☐	☐	VIVOS MUERTOS 3 0																																	
HÁBITOS:	Tabaco	Alcohol	Coca	TALLA	PESO	FUNCIÓN RESPIRATORIA	Abs	%	TEMPERATURA																													
Nada	☒	☒	☒	173 cms.	78 Kg	FVC	0.00	---	36 °C																													
Poco	☐	☐	☐			FEV1	0.00	---																														
Habitual	☐	☐	☐			FEV1 / FVC	0.00	---																														
Excesivo	☐	☐	☐	IMC		FEF 25-75%	0.00	---																														
Obs.				26		Conclusión: No aplica			Cintura : 88 cm Cadera : 105 cm ICC : 0.84 cm																													
ANAMNESIS NORMAL ☒ ANORMAL ☐ Paciente refiere no presentar ningún tipo de síntomas, niega alguna patología.																																						
ECTOSCOPIA NORMAL ☐ ANORMAL ☒ Aparente buen estado general, aparente buen estado de hidratación, regular estado nutricional.																																						
PIEL Y FANERAS NORMAL ☐ ANORMAL ☒ Tibia, seca, lisa, de turgencia, elasticidad, grosor, y movilidad normales, con buena higiene y Onicodistrofia y onicolisis en lecho ungueal del 1 er dedo de ambos pies , multiples tatuajes en ambos miembros superiores.																																						
CABEZA NORMAL ☒ ANORMAL ☐ Normocéfalo.																																						
CUELLO NORMAL ☒ ANORMAL ☐ Cilíndrico, móvil, no doloroso a la palpación ni a la movilización pasiva ni activa, no adenopatías, tiroides en rangos normales, no ingurgitación yugular.																																						
NARIZ NORMAL ☒ ANORMAL ☐ Fosas nasales permeables, tabique nasal sin desviaciones, cornetes no hipertróficos, no secreciones.																																						
BOCA, AMIGDALAS, FARINGE, LARINGE NORMAL ☒ ANORMAL ☐ Labios sin lesiones, mucosa oral húmeda.						Piezas en mal estado: 0 Piezas que faltan: 3																																

OJOS	Sin corregir		Corregida		ENFERMEDADES OCULARES																																				
	OD	OI	OD	OI	AUSENTE																																				
	0,50	0,50	No usa	No usa	REFLEJOS PUPILARES																																				
	20/20	20/20	No usa	No usa	CONSERVADOS																																				
VISIÓN DE CERCA	Adecuado																																								
VISIÓN DE LEJOS																																									
VISIÓN DE COLORES																																									
OIDOS					Audición derecha 500 1000 2000 3000 4000 8000																																				
					Audición izquierda 500 1000 2000 3000 4000 8000																																				
<table><tr><td>Hz</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>6000</td><td>8000</td></tr><tr><td>dB (A)</td><td>20</td><td>15</td><td>10</td><td>15</td><td>10</td><td>15</td><td>25</td></tr></table>					Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	dB (A)	20	15	10	15	10	15	25	<table><tr><td>Hz</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>6000</td><td>8000</td></tr><tr><td>dB (A)</td><td>25</td><td>15</td><td>20</td><td>15</td><td>15</td><td>20</td><td>25</td></tr></table>					Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	dB (A)	25	15	20	15	15	20	25
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000																																		
dB (A)	20	15	10	15	10	15	25																																		
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000																																		
dB (A)	25	15	20	15	15	20	25																																		
OTOSCOPIA																																									
OD : Normal			OI : Normal																																						
EN REPOSO																																									
Pulso x min		Presión Arterial Sistémica			F. Respiratoria :		Sat. O2 :																																		
57 puls/min		Sistólica		110 mmHg		18 resp/min		97 %																																	
		Diastólica		70 mmHg																																					
TORAX																																									
Caja torácica sin alteraciones. En las mamas no se palpan nódulos. Axilas sin adenopatías.																																									
CORAZON																																									
Corazón; ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.																																									
PULMONES																																									
Clínicamente normales: Murmullo vesicular y vibraciones vocales pasan bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.																																									
MIEMBROS SUPERIORES																																									
Rangos articulares conservados, no se evidencian alteraciones articulares, no dolor a la movilización activa ni pasiva, no crepitos, no eritema, ni aumento de volumen.																																									
MIEMBROS INFERIORES																																									
Rangos articulares conservados, no se evidencian alteraciones articulares, no dolor a la movilización activa ni pasiva, no crepitos, no eritema, ni aumento de volumen.																																									
REFLEJOS OSTEOTENDINOS																																									
Normoreflexia																																									
MARCHA				APARATO LOCOMOTOR																																					
Equilibrio y coordinación motora normales.				Rangos Articulares:		4	puntos																																		
				Aptitud de Espalda:		4	puntos																																		
COLUMNA VERTEBRAL																																									
Curvaturas fisiológicas adecuadas, movilidad y rangos articulares dentro de lo aceptable.																																									
ABDOMEN				TACTO RECTAL																																					
Blando, depresible, no doloroso, ruidos hidroaéreos presentes, no visceromegalia.				NO SE HIZO		☒	ANORMAL ☐																																		
				NORMAL		☐	Describir en Observac. ☐																																		
ANILLOS INGUINALES																																									
No protrusión de masas a través de anillos inguinales.																																									
HERNIAS																																									
No se evidencia al examen físico hernias inguinales, umbilicales.																																									
VARICES																																									
No se evidencia al examen físico.																																									
GENITALES																																									
Adecuados a edad y sexo, sin alteraciones.																																									
GANGLIOS																																									
No se evidencia adenopatía.																																									

LENGUAJE, ATENCIÓN, MEMORIA, ORIENTACIÓN, INTELIGENCIA, AFECTIVIDAD

Funciones superiores conservadas y sin alteraciones evidentes. Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona.



Nº Rx 40350563
Fecha 22/02/2023
Calidad 2
Símbolos ---

Vértices: Sin alteraciones

Campos pulmonares: Parénquima Conservado

Hilios: Conservado

Senos: Libres, no efusión pleural.

Mediastinos: Normales

Conclusiones radiográficas: Placa Radiograficamente Normal.

Silueta cardiovascular: Dimensiones Normales.

0/-, 0/0, 0/1	1/0	1/1, 1/2	2/1, 2/2, 2/3	3/2, 3/3, 3/+	A,B,C	St.	REACCIONES SEROLÓGICAS A LUES
CERO	1/0	UNO	DOS	TRES	CUATRO		Positivo: --- Negativo: ---
X							Otros Exámenes:
Sin Neumoconiosis NORMAL	Imagen radiografica de Exposición a Polvo SOSPECHA	Con Neumoconiosis					

GRUPO SANGUÍNEO
FACTOR RH

O ☒ A ☐ B ☐ AB ☐ + ☒ - ☐

HEMOGLOBINA: 12.8 g/dL

HEMATOCRITO: 37.1 %

ORINA	Color :	Amarillo Claro	Leu :	No se observan	Densidad :	1.005 g/cm3	Bili Ori :	Negativo	Nitritos :	Negativo
	Aspecto :	Transparente	Herm :	No se observan	Prot Ori :	Negativo	Uro Ori :	0.2 mg/dl		
	Cel Epi :	Escasos	Cristales :	No se observan	Glu Ori :	Negativo	Hem Ori :	Negativo		
	Ger :	Escasos	PH :	6.5	Cue Ceto :	Negativo	Est Leu :	Negativo		

Exámenes Auxiliares Complementarios

Interpretación EKG: Sin alteraciones. Bradicardia sinusal

Riesgo Coronario 0.00 %

Score de Framingham NO APLICA

RESULTADO DE EVALUACIÓN Apto para Trabajar SI ☒ NO ☐	 Dra. Claudia Vanessa Llerena Zevallos Médico de salud ocupacional CMP: 049335 / RNM: M00955 S.G NATCLAR S.A.C	 DE LA CRUZ ROMERO, DELIANA JOSEBETH EVALUADOR DE SALUD OCUPACIONAL SG NATCLAR S.A.C CMP 057521	 Dr. Diego Fernando Cornejo Pizarro Médico Ocupacional CMP: 70597 S.G. NATCLAR S.A.C.
	Medico Ocupacional LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA C.M.P 49335	Medico Evaluador DE LA CRUZ ROMERO, DELIANA JOSEBETH C.M.P 57521	Medico Auditor CORNEJO PIZARRO, DIEGO FERNANDO C.M.P 70597

EXAMENES COMPLEMENTARIOS : EVALUACIÓN PSICOLÓGICA: APTO

OBSERVACIONES

CASTILLO MARTINEZ,
PEDRO LUIS

CIE	DESCRIPCION	RECOMENDACIONES /RESTRICCIONES
- Z01.1	Examen de oídos y de la audición	Normoacusia. Se recomienda uso de protección auditiva estricta a exposición de ruido mayor a 80 Db.
- Z01.0	Examen de ojos y de la visión	Emétrope. Se recomienda control oftalmológico anual.
- E67	Otros tipos de hiperalimentación	Sobrepeso. Se recomienda dieta hipocalórica e hipograsa, aumentar actividad física. Control por Nutrición.
- R00.1	Bradicardia, no especificada	EKG: Bradicardia sinusal. Paciente asintomático. Control anual por Cardiología.
- Z01.6	Examen radiológico, no clasificado en otra parte	Radiografía de torax posteroanterior: Normal. Se recomienda control radiográfico anual.
- B35.1	Tiña de las uñas	Onicodistrofia y onicolisis en lecho ungueal del 1 er dedo de ambos pies , se recomienda evaluación por dermatología.
- K08.1	Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad ad periodontal local	Ausencia de piezas. Piezas 16,17,26. Se recomienda tratamiento de rehabilitación oral.

Firma del examinado



Huella digital índice derecho
Declaro que toda la información es verdadera

CASTILLO MARTINEZ, PEDRO LUIS

40350563

ANEXO 16 - A
EVALUACIÓN MÉDICA PARA ASCENSO A GRANDES ALTITUDES
(mayor de 2.500 m.s.n.m.)

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES: CASTILLO MARTINEZ, PEDRO LUIS

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

40350563

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa):

18/05/1979

EDAD: 43 Años

SEXO:

Masculino

☒

Femenino

☐

DIRECCIÓN: SAN PEDRO MZ E LT 10, 1 LIMA, SAN MARTIN DE PORRES

EMPLEADOR:

TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.

ACTIVIDAD A REALIZAR:

CONDUCTOR CAMIONETA.

1. FUNCIONES VITALES

FC: 57 puls/min

PA: 110/70 mmHg

FR: 18 resp/min

IMC: 26.00

SO2: 97.00 %

2. ANAMNESIS :

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

- Cirugía mayor reciente

NO

☒

SI

☐

- Desórdenes de la coagulación, trombosis, etc.

NO

☒

SI

☐

- Diabetes Mellitus

NO

☒

SI

☐

- Hipertensión Arterial

NO

☒

SI

☐

- Embarazo

NO

☒

SI

☐

- Problemas neurológicos: epilepsia, vértigo, etc.

NO

☒

SI

☐

- Infecciones recientes de moderadas a severas.

NO

☒

SI

☐

- Obesidad Mórbida (IMC mayor a 35 m/kg2)

NO

☒

SI

☐

FUR: N/A

- Problemas Cardíacos: marcapasos, coronopatía, etc.

NO

☒

SI

☐

- Problemas Respiratorios: asma, EPOC, etc.

NO

☒

SI

☐

- Problemas Oftalmológicos: retinopatía, glaucoma, etc.

NO

☒

SI

☐

- Problemas Digestivos: Sangrado digestivo, cirrosis hepática, hepatitis, etc.

NO

☒

SI

☐

- Apnea el Sueño

NO

☒

SI

☐

- Otra condición médica importante

NO

☐

SI

☒

Especificar: ninguna

- Alergias

NO

☒

SI

☐

Especificar: - . ()

- Uso de medicación actual

NO

☒

SI

☐

Especificar: - . ()

3. EXAMEN FÍSICO

3.1 APARATO CARDIOVASCULAR:

Características del pulso: 57 por minuto, palpable, rítmico y constante.

Observación: No se observa ingurgitación yugular.

Ruidos cardíacos: Rítmicos normofonéticos, no se ausculta ruidos agregados ni soplos.

3.2 APARATO RESPIRATORIO:

Observación y palpación: Tórax con buena amplexación, no se observa alteraciones de estructura.

Percusión: Tórax timpánico en ambos campos pulmonares.

Auscultación: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no se evidencia ruidos agregados.

4. EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Valor Hemoglobina: **12.80**

Valor Hematocrito: **37.10 %**

Glucosa en Sangre: **101.20 mg/dL**

Hemoglobina Glicosilada:

NO APLICA

Interpretación EKG: **Sin alteraciones.** Bradicardia sinusal

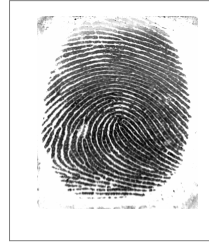
ANEXO 16 - A
EVALUACIÓN MÉDICA PARA ASCENSO A GRANDES ALTITUDES
(mayor de 2.500 m.s.n.m.)

APELLIDOS Y NOMBRES: CASTILLO MARTINEZ, PEDRO LUIS

DNI: 40350563

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

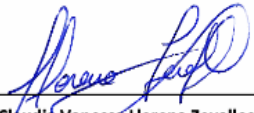
Firma del Paciente



Huella Dactilar

Conforme a la declaración del paciente certifico que se encuentra **APTO** para ascender a grandes altitudes, mayor a 2,500 m.s.n.m, sin embargo no aseguro el desempeño durante el ascenso ni durante su permanencia.

DATOS DEL MÉDICO		
APELLIDOS Y NOMBRES: LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA		
DIRECCIÓN: Calle Juvenal Denegri Nro. 202 - 204, Urb. Santa Catalina - La Victoria, LIMA		
CMP: 49335	FECHA: 22/02/2023	FIRMA Y SELLO:


Dra. Claudia Vanessa Llerena Zevallos
Médico de salud ocupacional
CMP: 049335 / RNM: M00955
S.G NATCLAR S.A.C
Firma del Medico Ocupacional



FICHA DE APTITUD SENSOMETRICA

IDENTIFICACION			
APELLIDOS Y NOMBRES :	CASTILLO MARTINEZ PEDRO LUIS		
FECHA DE NACIMIENTO :	18/05/1979	EDAD :	43 años
DNI :	40350563		
GRADO DE INSTRUCCION :	SEC. COMPLETA	FECHA Y HORA DE EXAMEN :	22/02/2023 08:05
NOMBRE DE LA EMPRESA :	TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.		

EVALUACION SENSOMETRICA					
AGUDEZA VISUAL	OJOS	SIN CORRECTOR		CON CORRECTOR	
		O.D.	O.I.	O.D.	O.I.
	VISION CERCANA	0,50	0,50	No usa	No usa
	VISION LEJOS	20/20	20/20	No usa	No usa
CAMPO VISUAL :	Derecho: 85		Izquierdo: 85		
VISIÓN DE PROFUNDIDAD :	100%				
DISCRIMINACIÓN DE COLORES :	Adecuado				
DESVIACIÓN DE EJE VISUAL VERTICAL :	7				
DESVIACIÓN DE EJE VISUAL HORIZONTAL	B				
VISIÓN NOCTURNA :	Adecuado				
ENCANDILAMIENTO :	Adecuado				
REACCIÓN DE ENCANDILAMIENTO :	Adecuado				
TEST DE ISHIHARA :	Adecuado				
TONOMETRIA :	Derecho: No Aplica		Izquierdo: No Aplica		
ESTEREOPSIS :	Adecuado				
FORIA :	Adecuado				
TEST DE SCHIRMER :	OD :	No aplica		OI :	No aplica

CIEs: Diagnósticos:

- Z01.0 Emétrope. Se recomienda control oftalmológico anual.

Recomendaciones:

Emétrope. Se recomienda control oftalmológico anual.

Según Resolución directorial N° 13674-2007-MTC


Dr. Eduardo Edmundo Rojas Ortega
 Médico oftalmólogo
 CMP: 31685 RNE: 14501
 S.G. NATCLAR S.A.C.

EVALUACIÓN AUDITIVA

Apellidos y Nombres CASTILLO MARTINEZ, PEDRO LUIS

DNI : 40350563

Edad: 43 Años Sexo: Masculino

Empresa TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.

Tipo de Examen : Examen de Ingreso

Fecha del Examen : 22/02/2023

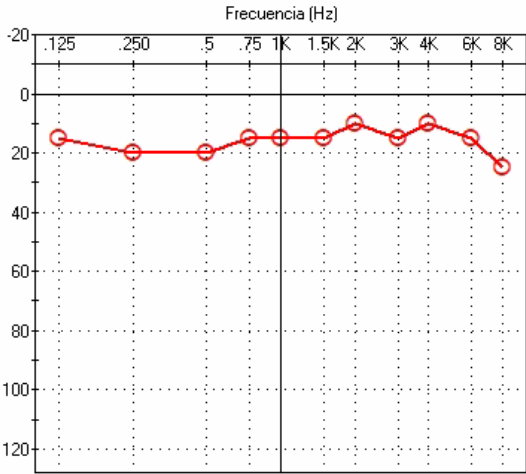
Puesto : CONDUCTOR CAMIONETA.

Zona : SUPERFICIE

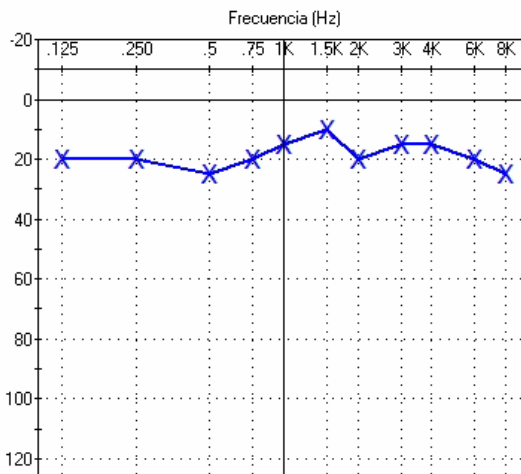
Hora : 07:58
Area : CONDUCTOR

GRAFICA DE AUDIOMETRIA TONAL

Oído derecho



Oído izquierdo



AUDIOMETRIA TONO PURO

Promedio (500-1000-2000 Hz)

	Derecha	Izquierda	
Cond. Aérea	0	0	dB
Cond. Ósea	0	0	dB

	Der.	Izq.	Der.	Izq.
Cond. Aérea	O	X	O	X
Enmascarada	Δ	□	Δ	□
Cond. Ósea	<	>	<	>
Enmascarada	[	]	[	]

DIAPASONES (Acumetría)

OD	RINNE	OI
(+)	512	(+)
No aplica	1024	No aplica

OD	Weber	OI
←	512	→
No aplica	1024	No aplica

Datos del Audiometro

Marca : INTERACOUSTICS

Modelo : ad629

Fecha de calibración objetiva :

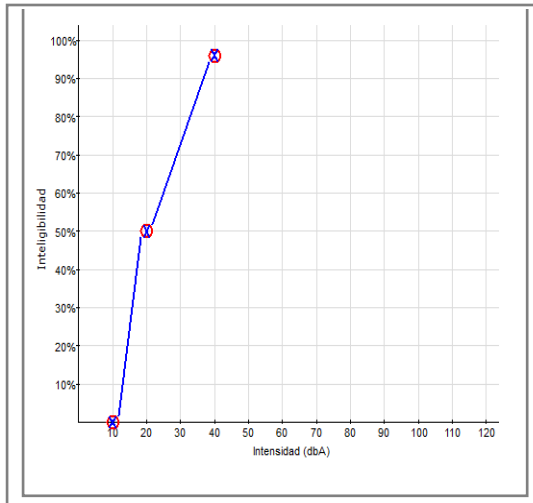
04/11/2022

Datos Ambiente

Evaluación realizada en cabina :

Sí ☒ No ☐

GRAFICA LOGO AUDIOMETRICA



LOGO AUDIOMETRIA

	OD	OI
Umbral SDT (dB)	10	10
Umbral SRT (dB)	20	20
Umbral UMD (dB)	40	40
% Discriminación Monoaural	96	96

NIVELES EFECTIVOS DE ENMASCARAMIENTO

		SDT	SRT	UMD1	UMD2	UMD3	UMD4
HTL	OD	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	OI	NR	NR	NR	NR	NR	NR

INTERPRETACION CLINICA

OIDO DERECHO

- Z01.1 - Normoacusia

OIDO IZQUIERDO

- Z01.1 - Normoacusia

Método para el cálculo de la severidad audiométrica:

--

INTERPRETACION OCUPACIONAL

OIDO DERECHO

- Normal

OIDO IZQUIERDO

- Normal

NATCLAR
Ana Claudia Martínez Herrera
Audiometrista
S.G. NATCLAR S.A.C.

NATCLAR
Dra. Mirtha Bendezu Chonta
Otorrinolaringólogo
CMP: 26644 RNE: 11097
S.G. NATCLAR S.A.C.

EVALUACIÓN AUDITIVA

Apellidos y Nombres CASTILLO MARTINEZ, PEDRO LUIS

DNI : 40350563 **EDAD :** 43 Años **SEXO :** Hombre

Empresa TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.

Actividad de la empresa : Otras actividades no especificadas

CIU : 09999

Tipo de Examen : Examen de Ingreso

Fecha y Hora del Examen : 22/02/2023 07:58

Tipo Audiometría : Base

Puesto : CONDUCTOR CAMIONETA.

Zona : SUPERFICIE

Area : CONDUCTOR

1.1. Historia laboral - Exposición Actual

Antigüedad en el puesto actual : ---

Apreciación del Ruido en el Ambiente Laboral (Evaluación Cualitativa) :

☐ -

Muy intenso

☐ -

Moderado

☐ -

No molesto

Tiempo de exposición (horas/día) : 0 h / d

Equipos de Protección Auditiva :

SI :

☐ -

NO :

☐ -

Tipo de Protección Auditiva : ---

Uso de Equipo de Protección Auditiva : ---

Duración : ---

1.2. Historia laboral - Antecedentes

- ¿Ud. Ha tenido puestos de trabajo anteriores con Ruido?

SI () NO (X)

- ¿Ud. tuvo o tiene exposición a: Disolventes orgánicos : Tolueno ; Xileno ; Estireno ; Tricloroetileno / Metales : Mercurio ; Manganeso ; Plomo ; Arsénico / Gases : Monóxido de carbono ; Cianuro de hidrógeno / Sales : Cianuros ?

SI () NO (X)

- ¿Ud. tuvo o tiene exposición a: Vibración / Alta Presión?

SI () NO (X)

1.5. EXPOSICIÓN EXTRALABORAL A OTROS RIESGOS (Probable Impacto en la Audición)

¿Ud. tuvo o tiene exposición a? :

Deportes de Impacto: Buceo; Buceo Libre, Caza, Parapente, Surf, Tiro, Motociclismo...

Exposición a música alta, exposición a pirotécnicos, discotecas y/o Conciertos

SI	NO	Descripción	Exposición (Horas /Día)	Años de Exposición	Vigencia
	X	---	---	---	---
	X	---	---	---	---

1.6. ANTECEDENTES MORBIDOS PERSONALES

	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
Parotiditis	☐	☒	Encefalitis	☐	☒	Otosclerosis	☐	☒	Hipoacusias (Incluido la Subita)	☐	☒
Sarampión	☐	☒	Sinusitis	☐	☒	Parálisis facial	☐	☒	Enf. Cerebro vasculares	☐	☒
TEC	☐	☒	Alt. Metabolismo	☐	☒	TBC	☐	☒	Otitis crónica	☐	☒
Rubeola	☐	☒	Meningitis	☐	☒	Rinitis	☐	☒	Traumatismo del Oído Interno	☐	☒
Comentarios	---										

2. Sintomatología Actual**2.1. SÍNTOMAS ACTUALES**

Otalgia	SI ☐ NO ☒	Localización: --- Frecuencia: --- Duración: ---
Otorrea	SI ☐ NO ☒	Localización: --- Característica: --- Frecuencia: --- Duración: --- Asociada a IVRS o mojarse el oído: No
Fluctuación de la agudeza auditiva	SI ☐ NO ☒	Localización: ---
Plenitud ótica	SI ☐ NO ☒	Localización: ---
Disminución de audición (No escucha)	SI ☐ NO ☒	Localización: --- Frecuencia: ---
Tinnitus	SI ☐ NO ☒	Localización: --- Clasificación: ---
Disminución de audición (No entiende)	SI ☐ NO ☒	Localización: --- Frecuencia: ---
Vértigo	SI ☐ NO ☒	

Carácter Tranquilo ☒ Agresivo ☐ Colérico ☐ Inquieto ☐ Nervioso ☐

2.2. Condiciones de Evaluación: Óptimo

Exposición a ruido extra laboral en las últimas 14 horas.	SI ☐ NO ☒	Problemas a nivel oro faríngeo (Velo del paladar, Úvula, amígdala, pared faríngea)	SI ☐ NO ☒
Exposición a ruido laboral en las últimas 14 horas	SI ☐ NO ☒	Lavado de oído en los últimos 48 horas.	SI ☐ NO ☒
Consumo de Alcohol y/o drogas, hipnoinductores, psicofármacos, depresores del SNC, entre las 24 hrs.	SI ☐ NO ☒	Otoscoopia CAE permeable (Excepto atresia o estenosis del CAE);o cerumen en CAE < al 50 %	SI ☒ NO ☐
Presencia de enfermedad respiratoria alta o sintomatología de resfrió	SI ☐ NO ☒	Viaje reciente con cambio de altura en las últimas 72 horas	SI ☐ NO ☒
Ansiedad	SI ☐ NO ☒	Trasnocho	SI ☐ NO ☒

2.3. Examen ORL:

Normal	Descripción	Anormal	Descripción
Nariz ☒	Fosas nasales permeables, septum nasal sin desviaciones, cornetes no hipertroficados, no secreciones.	☐	---
Faringoscopia: ☒	Velo del paladar, Úvula, amígdalas de característica normal, faringe rosada, leve vascularización, no exudado, cavidad oral libre, no úlceras, no tumoración.	☐	---

OTOSCOPIA OD: CAE permeable, membrana timpánica color blanco nacarado y brillante evidencia triángulo luminoso.

OI : CAE permeable, membrana timpánica color blanco nacarado y brillante evidencia triángulo luminoso.

TEMPERATURA HUMEDAD: Temperatura confortable: Si Valor: 25 °C Humedad confortable: Si Valor: 64 %

CONCLUSIONES

Logaudiometría - Adecuada discriminación de la palabra bilateral a intensidad de voz normal.
Umbral Auditivos - Umbral auditivos bilateralmente de patrón normal

RECOMENDACIONES

- Se recomienda uso de protección auditiva estricta cuando exista exposición a ruido mayor a 80 db (A).


Ana Claudia Martínez Herrera
Audiometrista
S.G. NATCLAR S.A.C.


Dra. Mirtha Benítez Chonta
Otorrinolaringólogo
CMP: 26644 RNE: 11097
S.G. NATCLAR S.A.C.

- Las evaluaciones se ejecutan con técnica de enmascaramiento, siempre que cumplan los criterios para su aplicación.
- Las evaluaciones fueron ejecutadas bajo los procedimientos de NATCLAR, las que tienen como referencia a la norma ISO 8253, ANSI, Normatividad PEECCA-Chile, equipos calibrados. Personal Capacitado por SG Natclar S.A con estándares PEECCA. Los equipos usados son: audiómetro INTERACUSTIC AD 229 b, Impedanciómetro MT10.

FORMATO DE EVALUACIÓN DE PLACAS RADIOGRÁFICAS

Código del trabajador

40350563

FECHA DE PLACA RADIOGRÁFICA

Mes Día Año

02 22 2023

TIPO DE LECTURA

A B P

Nota: Por favor coloque una "X" en las casillas correspondientes de este formulario para indicar su interpretación de una sola radiografía.

1. CALIDAD DE LA RADIOGRAFÍA

1 2 3 I/C

I/C = inclasificable

(Si no es de grado 1, marque todas las casillas que correspondan)

Sobreexpuesta (oscura)

Subexpuesta (clara)

Artefactos

Posición incorrecta

Contraste deficiente

Procesamiento deficiente

Subinsuflación

Moteada

Otro (especifique)

2A. ¿EXISTE ALGUNA ANOMALIA PARENQUIMATOSA QUE INDIQUE PRESENCIA DE NEUMOCONIOSIS?

Si Llene la secciones 2B y 2C No Pase a la seccion 3A

2B. OPACIDADES PEQUEÑAS

a. Forma/Tamaño

Primario Secundario
p s p s
q t q t
r u r u

b. Zonas

Derecha Izquierda
Superior
Intermedia
Inferior

c. Abundancia

0/- 0/X 0/1
1/0 1/1 1/2
2/1 2/2 2/3
3/2 3/3 3/+

2C. OPACIDADES GRANDES

Tamaño Pase a la seccion 3A

3A. ¿EXISTE ALGUNA ANOMALÍA PLEURAL QUE INDIQUE PRESENCIA DE NEUMOCONIOSIS?

Si Llene la secciones 3B y 3C No Pase a la seccion 4A

3B. PLACAS PLEURALES (marque localización, calcificación, extensión y anchura)

Pared torácica Localización Calcificación
De perfil De frente Diafragma Otro(s) sitio(s)

Extensión (pared torácica combinada para perfil y frente)
Hasta 1/4 de la pared torácica lateral =1
de 1/4 a 1/2 de la pared torácica lateral =2
>1/2 de la pared torácica lateral =3

Anchura (solamente de perfil)
(3mm de anchura mínima requerida)
3 a 5 mm = a
5 a 10 mm = b
>10 mm = c

3C. OBLITERACIÓN DEL ÁNGULO COSTOFRÉNICO

Pase a la sección 3D

No Pase a la seccion 4A

3D. ENGROSAMIENTO PLEURAL DIFUSO

Pared torácica Localización Calcificación
De perfil De frente

Extensión (pared torácica combinada para perfil y frente)
Hasta 1/4 de la pared torácica lateral =1
de 1/4 a 1/2 de la pared torácica lateral =2
>1/2 de la pared torácica lateral =3

Anchura (solamente de perfil)
(3mm de anchura mínima requerida)
3 a 5 mm = a
5 a 10 mm = b
>10 mm = c

4A. ¿EXISTEN OTRAS ANOMALÍAS?

Si Llene la secciones 4B y 4C, 4D, 4E No

4B. OTROS SIMBOLOS (OBLIGATORIOS)

aa at ax bu ca cg cn co cp cv di ef em es fr hi ho id ih kl me pa pb pi px ra rp tb

Si hay otras enfermedades o anomalías significativas, se deben indicar los hallazgos al reverso de este formulario. (sección 4C/4D)

Se sugiere interconsulta a neumología para ampliación de diagnóstico y/o tratamiento Si No

FECHA DE LA LECTURA

Mes Día Año

02 22 2023

HORA: 07:00

PECHO SILVA, SAMUEL

APELLIDOS Y NOMBRES

40890

CMP

19622

RNE

28621_83

REG. LECTOR OIT



Dr. Samuel Pecho Silva

Neumólogo clínico y ocupacional

CMP: 40890 RNE: 19622 OIT: 28621-83

S.G. NATCLAR S.A.C.

FORMATO DE EVALUACIÓN DE PLACAS RADIOGRÁFICAS

4C. MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN: (Esta lista tiene como objetivo reducir los comentarios escritos a mano y es opcional)

Anom alías del diafragma

- ☐ Eventración
- ☐ Hernia hiatal

Transtornos de las vías respiratorias

- ☐ Aumento de trama broncovascular
- ☐ Reforzamiento de trama broncovascular
- ☐ Hiperinsuflación

Anom alías óseas

- ☐ Anomalía de la caja toráctica ósea
- ☐ Fractura, sanada (no relacionada con las costillas)
- ☐ Fractura, sin sanar (no relacionada con las costillas)
- ☐ Escoliosis
- ☐ Anomalía de la columna vertebral

Anom alías parenquim atosas de los pulm ones

- ☐ Lóbulo ácigos
- ☐ Densidad pulmonar
- ☐ Infiltrado
- ☐ Nóbulo, lesión nodular

Anom alías varias

- ☐ Cuerpo extraño
- ☐ Cambios postquirúrgicos / alambre en esternón
- ☐ Quiste

Transtornos vasculares

- ☐ Aorta, anomalía de
- ☐ Anomalía vascular

4D. OTROS COMENTARIOS

5. DIAGNOSTICOS :

CIE DESCRIPCION

Z01.6 - Radiografía de torax posteroanterior: Normal. Se recomienda control radiográfico anual.

- aa Aorta aterosclerótica

at Engrosamiento pleural

ax Coalescencia de opacidades pequeñas

bu Bula(s)

ca Cáncer: tumores malignos torácicos, excluido el mesotelioma

cg Adenopatías o nódulos (por ejemplo, granulomas) no neumconióticos

cn Calcificación en opacidades neumconióticas pequeñas

co Anormalidad del tamaño o la forma del corazón

cp Cor pulmonale

cv Cavidad

di Distorsión pronunciada de una estructura intratoraxica

ef Derrame pleural

em Enfisema

es Calcificación en cascara de huevo de los ganglios linfáticos hiliares o mediastínicos

fr Fractura(s) costal(es) (reciente(s) o consolidada(s))
- hi Adenopatías hiliares o mediastínicas no calcificadas

ho Pulmón en panal de abeja

id Diafragma mal definido

ih Contorno cardiaco mal definido

kl Líneas septales de kerley

me Mesotelioma

pa Atelectasias en placa

pb Bandas parenquimatosas

pi Engrosamiento pleural de una cisura interlobular

px Neumotórax

ra Atelectasias redondeadas

rp Neumoconiosis reumatoide

tb Tuberculosis

od Otra enfermedad o anomalía significativa

Cada una de las definiciones de los simbolos supone un calificativo de introducción o una frase como "cambios indicativos de" o "opacidades que sugieren" o "sospechoso". Los simbolos representan un hallazgo radiográfico que deberá ser contrastado con el estado clínico, antecedentes personales y/o exámenes adicionales del paciente para llegar a la conclusión diagnóstica. No son concluyentes para

Paciente : **CASTILLO MARTINEZ, PEDRO LUIS**

Fecha Nac. : 18/05/1979 Sexo: M
Dni : 40350563
Empresa : TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.
Ocupación : CONDUCTOR CAMIONETA.
Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02563579**
Centro : Clínica Natclar
Fecha Ingreso : 22/02/23
Fecha Informe : 22/02/23 13:31:40

HEMATOLOGÍA

HEMOGRAMA

Pruebas Realizadas	Resultado	Rango de Referencia	Unidades
MUESTRA: Sangre			
Hemoglobina	12.8	12.0 - 16.0	g/dL
Hematocrito	37.1	36.0 - 48.0	%
Hematíes	4.11	4 - 5.2	10 ⁶ /mm ³
Volumen corpuscular media	90	80 - 100	fL
Hemoglobina corpuscular media	31.2	27.0 - 32.0	pg
Concentración de hemoglobina corpuscular media	34.5	32.0 - 36.0	g/dL
Plaquetas	299	150 - 350	10 ³ /uL
Volumen plaquetario medio	8.3	7.5 - 11.5	fL

Fórmula Leucocitaria Total y Diferencial

Leucocitos totales	6.6	4.5 - 11.0	10 ³ /uL
Linfocitos	38.5	25.0 - 50.0	%
Basófilos	0.2	0.0 - 1.0	%
Monocitos	6.5	2.0 - 10.0	%
Neutrófilos segmentados	50.2	35.0 - 66.0	%
Eosinófilos	* 4.3	0.0 - 3.0	%
Bastones	* 00.3	00.0 - 02.0	%
Linfocitos absolutos	2.54	1.00 - 4.80	10 ³ /uL
Basófilos absolutos	00.01	00.00 - 00.20	10 ³ /uL
Monocitos absolutos	0.43	0.20 - 1.50	10 ³ /uL
Neutrófilos absolutos	3.32	2.00 - 9.00	10 ³ /uL
Eosinófilos absolutos	0.28	0.00 - 0.70	10 ³ /uL
Bastones absolutos	0.02	0.00 - 0.50	10 ³ /uL

Morfología Eritrocitos Normal

Morfología Leucocitos Normal

Morfología Plaquetas Normal

Observación Sin observaciones

Método: Impedancia volumétrica

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:




Lic. RESK VITA SALIM MIGUEL
ANALISTA DE LABORATORIO II
CTMP: 14764
S.G. NATCLAR S.A.C.

Paciente : **CASTILLO MARTINEZ, PEDRO LUIS**

Fecha Nac. : 18/05/1979 Sexo: M

Dni : 40350563

Empresa : TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.

Ocupación : CONDUCTOR CAMIONETA.

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02563579**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 22/02/23

Fecha Informe : 22/02/23

13:31:40

Hematología

Pruebas realizadas	Resultado	Unidad de Medida	Rango de referencia	Método
GRUPO SANGUINEO	O			Aglutinación
FACTOR RH	POSITIVO			Aglutinación

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:



Lic. RESK VITA SALIM MIGUEL
ANALISTA DE LABORATORIO II
CTMP: 14764
S.G. NATCLAR S.A.C.

Paciente : **CASTILLO MARTINEZ, PEDRO LUIS**

Fecha Nac. : 18/05/1979 Sexo: M

Dni : 40350563

Empresa : TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.

Ocupación : CONDUCTOR CAMIONETA.

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02563579**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 22/02/23

Fecha Informe : 22/02/23

13:31:40

Bioquímica

Pruebas realizadas	Resultado	Unidad de Medida	Rango de referencia	Método
GLUCOSA BASAL	101.2	mg/dL	70 - 110	GOD - PAP

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:



Lic. RESK VITA SALIM MIGUEL
ANALISTA DE LABORATORIO II
CTMP: 14764
S.G. NATCLAR S.A.C.

Paciente : **CASTILLO MARTINEZ, PEDRO LUIS**

Fecha Nac. : 18/05/1979 Sexo: M
Dni : 40350563
Empresa : TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.
Ocupación : CONDUCTOR CAMIONETA.
Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02563579**
Centro : Clínica Natclar
Fecha Ingreso : 22/02/23
Fecha Informe : 22/02/23 13:31:40

Microbiología

EXAMEN COMPLETO DE ORINA

Pruebas Realizadas	Resultado	Rango de Referencia	Unidades
MACROSCOPICO:			
Color	Amarillo Claro		
Aspecto	Transparente		
EXAMEN QUÍMICO:			
PH	6.50	5.00 - 7.00	
Densidad	1.005		g/cm3
Proteínas	Negativo		
Glucosa en orina	Negativo		
Cuerpos cetónicos	Negativo		
Bilirrubina	Negativo		
Urobilinógeno	0.20	0.00 - 0.20	mg/dl
Hemoglobina	Negativo		
Esterasa leucocitaria	Negativo		
Nitritos	Negativo		
SEDIMENTO URINARIO:			
Células epiteliales	Escasos		
Gérmenes	Escasos		
Leucocitos	No se observan		
Hematíes	No se observan		
Cristales	No se observan		
Observaciones:			
Metodo:	Fotorfx		

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:

 Dr. Percy Cuba Urdy Médico Patólogo Clínico CMP: 44174 RNE: 24015 S.G. NATCLAR S.A.C.	 Salim Miguel Resk Vita Tecnólogo médico en laboratorio clínico CTMP: 14764 S.G. NATCLAR S.A.C.
---	---

DOCUMENTO TÉCNICO
PROTOCOLOS DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES Y GUÍAS DE DIANÓSTICOS DE LOS EXÁMENES MÉDICOS
OBLIGATORIOS POR ACTIVIDAD

ANEXO N°. 03
Ficha Psicológica Ocupacional

N° Ficha C0000509376	22 Día	02 Mes	2023 Año
-----------------------------	------------------	------------------	--------------------

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres: CASTILLO MARTINEZ PEDRO LUIS

Edad: 43 Años

Fecha de Nacimiento: 18/05/1979

Lugar de Nacimiento: LIMA / LIMA

Estado Civil: Casado

Grado de instrucción: SEC. COMPLETA

Lugar de Residencia: SAN PEDRO MZ E LT 10, 1 LIMA
SAN MARTIN DE PORRES

Evaluación: Pre-Ocupacional: ☒ Ocupacional: ☐ Post-Ocupacional: ☐

III. DATOS OCUPACIONALES

3.1: EMPRESA ACTUAL: (Postula, trabaja o trabajó)

Nombre de la Empresa : TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.

Actividad de la Empresa : Otras actividades no especificadas

Area de trabajo : CONDUCTOR Superficie ☒ Subsuelo ☐ Tiempo Total Laborando: ---

Puesto : CONDUCTOR CAMIONETA.

Principales Riesgos

Ruido ☐	Cancerígenos ☐	Temperaturas ☐	Cargas ☐	Vib segmentar ☐	Solventes ☐	Posturas ☒	PVD ☐
Polvo ☐	Mutagénicos ☐	Biológicos ☐	Mov. Repet. ☒	Vib total ☐	Metales pesados ☐	Turnos ☐	Otros ☒

3.2: ANTERIORES EMPRESAS: (experiencia laboral)

Fecha	NOMBRE DE LA EMPRESA	ACT. DE LA EMPRESA	PUESTO	TIEMPO		Observaciones
				SUP	SUB	
01/02/2022	TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.	Otras actividades no especificadas	CONDUCTOR		--	NO APLICA
01/01/2019	SD SERVICIOS EIRL	Otras actividades de transportes complementarias	CHOFER		3 años	NO APLICA
01/02/2007	EBB PERU SA.	Otras actividades de transportes complementarias	CONDUCTOR	11 años 11 meses	--	NO APLICA

IV. HISTORIA FAMILIAR

- NO REFIERE

V. ACCIDENTES Y ENFERMEDADES (durante el tiempo de trabajo)

- NO REFIERE

VI. HÁBITOS (pasatiempos, consumo de tabaco, alcohol y/o drogas)

Tabaco: Nada
Alcohol: Nada
Coca: Nada

VII. EXAMEN MENTAL

7.1 OBSERVACIONES

PRESENTACIÓN

Adecuado ☐ Inadecuado ☐

POSTURA

Erguida ☐ Encorvada ☐

DISCURSO

Lento ☐ Rápido ☐ Fluido ☐

Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐

Con dificultad ☐ Sin dificultad ☐

ORIENTACIÓN

Tiempo: Orientado ☐ Desorientado ☐

Espacio: Orientado ☐ Desorientado ☐

Persona: Orientado ☐ Desorientado ☐

7.2 PROCESOS COGNITIVOS Y EMOCIONALES

Aptitud: Apto para el puesto de trabajo habitual.

VIII. DIAGNÓSTICO FINAL

APTO ☒

OBSERVADO ☐



Lic. Jorge Luis Barboza Pariona
Analista de Psicología Ocupacional II
C.Ps.P.:48253
S.G. NATCLAR S.A.C.

BARBOZA PARIONA, JORGE LUIS



Fecha : 22/02/2023

Unidad : CERRO LINDO

APELLIDOS Y NOMBRES	: CASTILLO MARTINEZ PEDRO LUIS		
OCUPACIÓN	: CONDUCTOR CAMIONETA.	EDAD	: 43 años
GRADO DE INSTRUCCIÓN	: SEC. COMPLETA	DNI	: 40350563
EMPRESA	: TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.	TIPO DE EXAMEN	: MANEJO

[illegible]

Lic. Jorge Luis Barboza Pariona
Analista de Psicología Ocupacional II
C.Ps.P.:48253
S.G. NATCLAR S.A.C.

FICHA DE APTITUD PSICOSENSOMETRICA

IDENTIFICACION					
APELLIDOS Y NOMBRES :	CASTILLO MARTINEZ PEDRO LUIS				
FECHA DE NACIMIENTO :	18/05/1979	EDAD :	43 años		
DNI :	40350563	N° DE LICENCIA :	Q-40350563		
GRADO DE INSTRUCCION :	SEC. COMPLETA	FECHA DE EXAMEN :	22/02/2023		
NOMBRE DE LA EMPRESA :	TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.	CATEGORIA :	A II-b		
RESTRICCION ACTUAL :	No usa lentes	VEHICULO A CONDUCIR :	---		
EVALUACION SENSOMETRICA					
AGUDEZA VISUAL	OJOS	SIN CORRECTOR		CON CORRECTOR	
		O.D.	O.I.	O.D.	O.I.
	VISION CERCANA	0,50	0,50	No usa	No usa
	VISION LEJOS	20/20	20/20	No usa	No usa
Según Resolución Directoral N° 13674-2007-MTC/15					
CAMPO VISUAL :	Derecho: 85°		Izquierdo: 85°		
DESVIACION DE EJES VISUALES :	Horizontal: B		Vertical: 7		
VISION DE PROFUNDIDAD :	Adecuado				
DISCRIMINACION DE COLORES :	Adecuado				
DISCRIMINACION DE ISHIHARA :	0				
VISION NOCTURNA :	Adecuado				
ENCANDILAMIENTO :	Adecuado				
REACCION DE ENCANDILAMIENTO :	Adecuado				
TONOMETRIA :	Derecho: No Aplica		Izquierdo: No Aplica		
RESULTADOS					
RESPONSABLE SENSOMETRICO :	MORAN PEÑA, MARTINA				
MEDICO RESPONSABLE :	LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA				
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES					
- Examen de ojos y de la visión Emélope. Se recomienda control oftalmológico anual.					
EVALUACION PSICOMETRICA					
TEST DE PALANCA	RESULTADOS		VALOR NORMAL		
ERRORES	0.00		MENOR DE 12		
TIEMPO DE ERROR	0.00		MENOR DE 5		
TIEMPO DE PRUEBA	41.15		MAXIMO 60		
TEST DE REACTIMETRO			VALOR NORMAL		
TIEMPO DE REACCION	2.83		MENOR O IGUAL DE 4.3 seg.		
TEST DE PUNTEADO			VALOR NORMAL		
ERRORES	19.00		MENOR DE 23		
ACIERTOS	55.00		MAYOR DE 24		
TIEMPO DE ACIERTO	5.41		MAYOR DE 4		
RESULTADOS					
RESPONSABLE PSICOMETRICO	Psi. BARBOZA PARIONA, JORGE LUIS				
PSICOLOGO RESPONSABLE	Psi. BARBOZA PARIONA, JORGE LUIS				
CONCLUSION :	APTO				
OBSERVACIONES :	Ninguno				

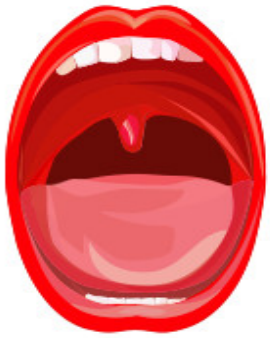
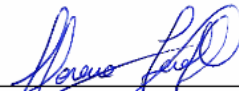
FECHA: 22/02/2023

HORA: -



Lic. Jorge Luis Barboza Pariona
Analista de Psicología Ocupacional II
C.Ps.P.:48253
S.G. NATCLAR S.A.C.

APENDICE N° 11

		EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA SINDROME HIPOPNEO DE SUEÑO (SAHS)		Código: 1 Fecha: 22/02/2023 Versión: 1	
DATOS PERSONALES					
Apellidos y Nombres :		PEDRO LUIS CASTILLO MARTINEZ			
Documento de identidad :		40350563	Edad : 43	Sexo : M (X) F ()	
Fecha Nacimiento :		05/18/1979	Fecha de Observación : NO APLICA		
Empresa :		TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.			
Área de Trabajo :		CONDUCTOR			
Puesto de Trabajo :		CONDUCTOR			
Tipo de Examen :		(X) Preocupacional () Periódico			
FACTORES DE RIESGO PARA SAHS					
				SI	NO
Paladar : Mallampati III ó IV					X
The Mallampati Score					
					
CLASS I		CLASS II		CLASS III	
X					
				SI	NO
Indice de masa corporal ≥ 30 Kg/m ²					X
Presión Arterial : PAS ≥ 140 mmHg ó PAD ≥ 90 mmHg					X
Perímetro del cuello de varones > 45 cm, mujeres > 48 cm					X
Escala de somnolencia Epworth con puntaje > 12					X
Ronquido por lo menos en 5 noches a la semana y que alguien haya referido al paciente					X
CONCLUSIÓN					
El trabajador cumple 3 o más criterios y requiere evaluación especializada					X
 Dra. Claudia Vanessa Llerena Zevallos Médico de salud ocupacional CMP: 049335 / RNM: M00955 S.G NATCLAR S.A.C					
Firma y Sello Médico					
Nombres y Apellidos : LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA CMP : 49335					

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EXAMEN MEDICO

miércoles, 22 de Febrero de 2023

Yo, **CASTILLO MARTINEZ, PEDRO LUIS** Identificado con el DNI **40350563** , con ocupación laboral de **CONDUCTOR CAMIONETA**. certifico que he sido informado acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa **TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.** Unidad **CERRO LINDO** solicita, y que todas mis dudas y preguntas al respecto han sido absueltas; así mismo, autorizo que los resultados sean entregados a la empresa la cual soy vinculante.

Por tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento, de acuerdo a lo establecido en el ítem 6.6.2. el Documento Técnico: Protocolos de Exámenes Médico Ocupacionales y Guías de diagnóstico de los Exámenes Médico Obligatorios por Actividad aprobado por la Resolución Ministerial N° 312-2011/MINSA¹, para que proceda a efectuar los exámenes que correspondan en relación a los riesgos laborales propios del puesto de trabajo de desempeño en la empresa; asimismo, autorizo la utilización de los resultados conforme al artículo 102° del Decreto Supremo N° 005-2012-TR, Reglamento de la ley de Seguridad y Salud en el Trabajo².

De igual manera, autorizo que el Médico Ocupacional obtenga la información de mi historia clínica presente o anterior, solicitándola directamente a la institución que corresponda, conforme al inciso a) del Artículo 25° de la ley N° 26842, Ley General de Salud³.



(Firma)

N° DNI/ Carne de Extranjería y Pasaporte
40350563

Ley N° 26842 Art. 4 y Art.25



(Huella Digital)

REGISTRO DE ENTREGA E INFORME DE RESULTADOS DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Yo **CASTILLO MARTINEZ, PEDRO LUIS** Identificada con DNI/CE N° **40350563** de constancia que he sido informado(a) acerca de los resultados del Examen Médico Ocupacional [*] que la empresa **TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.** me realizó en conformidad con la Ley Nro. 29783 (Artículo 49, inciso d) a través del Servicio de Apoyo al Médico Ocupacional (SAMO) en la Clínica Ocupacional **S.G NATCLAR S.A.C** el día **22** del mes **02** del año **2023** los mismos que fueron entregados.

Asimismo, asumo el compromiso de cumplir con las recomendaciones e indicaciones propuestas por el médico ocupacional.



FIRMA



HUELLA

DNI/CE/PASAPORTE : **40350563**
FECHA : **22/02/2023**



Dr. Diego Fernando Cornejo Pizarro
Médico Ocupacional
CMP: 70597
S.G. NATCLAR S.A.C.

V° B° Médico Ocupacional

[*] Acorde a ley N° 29783 (Artículo 71, inciso b)

CONSTANCIA DE EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA

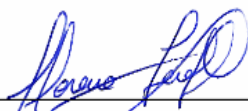
APELLIDOS Y NOMBRES : **CASTILLO MARTINEZ, PEDRO LUIS**
DNI : **40350563**
EMPRESA : **TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.**
COMPAÑIA : **NEXA RESOURCES PERU S.A.A.**
CARGO O PUESTO : **CONDUCTOR CAMIONETA.**
FECHA : **22/02/2023**
EDAD : **43 AÑOS**

TRABAJADOR AL QUE SE LE HA EVALUADO LOS SIGUIENTES PARÁMETROS :

PESO	78 Kg
TALLA	1.73 mts.
I.M.C	26

CINTURA	88 cm
CADERA	105 cm
I.C.C	0.8381

PRESION ARTERIAL	110/70 mmHg
FRECUENCIA CARDIACA	57 lpm
FRECUENCIA RESPIRATORIA	18 rpm
SATURACIÓN O2	97 %



Dra. Claudia Vanessa Llerena Zevallos
Médico de salud ocupacional
CMP: 049335 / RNM: M00955
S.G NATCLAR S.A.C

Nombre:

Número:

Genero:

Fecha nacimiento

PEDRO LUIS CASTILLO MARTINEZ

40350563

Hombre

18/05/1979 43 años

P / PQ:

QRS:

QT / QTc / QTd:

Eje P/QRS/T:

Frec. cardíaca:

120 ms / 164 ms

90 ms

436 ms / 426 ms / -

47° / 64° / 52°

54 lpm

Registrado:

Resgistrado por:

Procedente de Dr.:

Médico remitente:

Médico responsable de la a

Lugar:

Comentario:

22/02/2023 08:10:22

CLINICA LA VICTORIA

Device Model Name: Plus I

Device Serial Number: 109201164913

Interpretación confirmada editada en 22/02/2023 08:12:25 por
Luis A. Calderon Vera CMP: 22619/RNE:13031
Bradicardia sinusal
Ritmo sinusal
Sin alteraciones

NATCLAR

Unidad de Telemetría

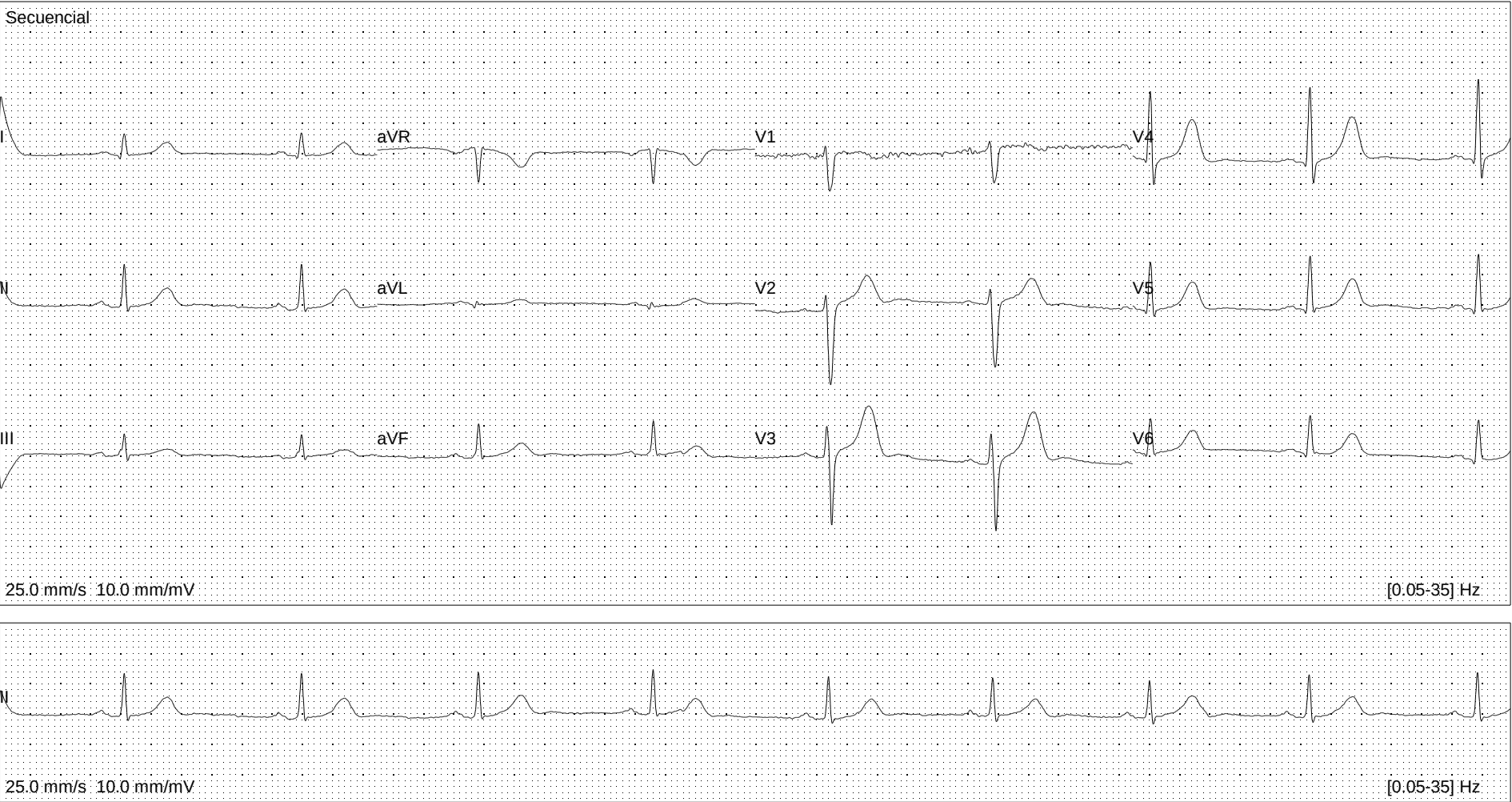


Dr. Luis Alberto Calderón Vera

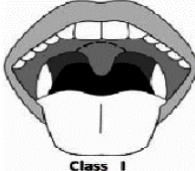
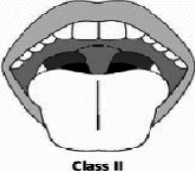
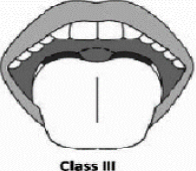
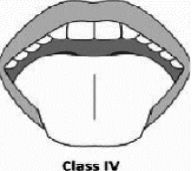
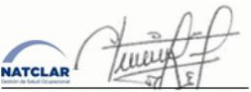
Médico cardiólogo

CMP: 22619 RNE: 13031

S.G. NATCLAR S.A.C.



FORMATO 8

		EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA SINDROME APNEA HIPOPNEA SUEÑO (SAHS)				Código: Fecha: Versión:	
DATOS PERSONALES							
NOMBRES Y APELLIDOS		CASTILLO MARTINEZ PEDRO LUIS					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		40350563	Edad	43 años	Sexo	M(X)	F ()
FECHA DE NACIMIENTO:		18/05/1979					
EMPRESA		NEXA RESOURCES PERU S.A.A.					
ÁREA DE TRABAJO		CONDUCTOR					
PUESTO DE TRABAJO		CONDUCTOR CAMIONETA.					
TIPO DE EXAMEN		Pre Ocupacional () Periódico (x)					
FACTORES DE RIESGO PARA SAHS							
			SI	NO	Observaciones:		
Paladar: Mallanpati III ó IV				X	Ninguno		
   							
Índice de masa corporal $\geq 30\text{Kg/m}^2$				X			
Presión Arterial: PAS $\geq 14\text{mmHg}$ ó PAD $\geq 90\text{mmHg}$				X			
Perímetro del cuello varones $>45\text{cm}$, mujeres $>48\text{cm}$				X			
Escala de somnolencia de Epworth con puntaje >12				X			
Ronquido por lo menos en 5 noches a la semana y que alguien haya referido al paciente				X			
CONCLUSIONES:							
El trabajador cumple 3 ó más criterios y requiere reevaluación especializada					SI	NO	
						X	
 Dr. Juan José Retamozo Padilla SG NATCLAR SAC CMP: 040850 / RNE: 030270 LECTOR OIT: 2ZR72-1306930460-18-174							
Firma/Sello del Médico:							

REPORTE PSICOLÓGICO

Apellidos y Nombres	: CASTILLO MARTINEZ, PEDRO LUIS	Edad	: 43
Ocupación	: CONDUCTOR CAMIONETA	DNI	: 40350563
Grado de Instrucción	: SEC. COMPLETA		
Tipo de examen	: MANEJO		
Empresa	: TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.		

DIMENSIÓN	FACTORES PSICOLÓGICOS	BAJO	MEDIO	ALTO
COGNITIVA	ORIENTACIÓN ESPACIAL			
	PERCEPCIÓN - ATENCIÓN			
HABILIDADES MOTRICES	COORDINACIÓN VISO MANUAL			
	VELOCIDAD DE REACCIÓN			
	PRECISIÓN			
AFFECTIVA	PERSONALIDAD	ADECUADO		
OTROS	SOMNOLENCIA	NO PRESENTA INDICADORES DE SOMNOLENCIA		
	DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL - AUDIT	SIN PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO		

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

Cognitivamente, el evaluado muestra una buena capacidad de percepción rápida de la orientación espacial: enfocar y localizar permanentemente posiciones en relación a puntos cardinales y puntos intermedios.

Posee una buena capacidad para coordinar con rapidez movimientos viso manuales. Alta capacidad para responder favorablemente ante estímulos visuales y auditivos de aparición repentina; además, puede ejecutar tareas manuales que requiere de precisión.

Afectivamente, se siente satisfecho consigo mismo, evidenciando aceptación y valoración de sus aspectos positivos y negativos, se considera amable, responsable y amigable. Gusta por establecer y mantener armoniosas relaciones con su entorno. Demuestra capacidad para tomar decisiones importantes. Logra resistir los eventos adversos y las situaciones estresantes. No muestra indicadores de depresión ni de ansiedad.

No presenta indicadores de somnolencia ni dependencia hacia el consumo de bebidas alcohólicas.

Laboralmente, cuenta con más de 20 años de experiencia en el puesto. Conoce y usa de forma adecuada sus equipos de protección personal. Identifica los peligros y riesgos que hay en su área de trabajo. Valora la seguridad con que desempeña sus funciones. Muestra disposición para adaptarse ante situaciones adversas, cumple con las normas y reglamentos de la empresa. Conduce con un alto nivel de seguridad.

CONDICIÓN DIAGNÓSTICA:

El Sr. CASTILLO MARTINEZ, PEDRO LUIS; se encuentra en condición de **APTO**, ya que **cumple con el perfil del puesto**.

EVALUADORA: Lic. JORGE LUIS BARBOZA PARIONA

COLEGIATURA: 48253



Lic. Jorge Luis Barboza Pariona
Analista de Psicología Ocupacional II
C.Ps.P.:48253
S.G. NATCLAR S.A.C.

REPORTE PSICOLÓGICO

Apellidos y Nombres	: CASTILLO MARTINEZ, PEDRO LUIS	Edad	: 43
Ocupación	: CONDUCTOR CAMIONETA	DNI	: 40350563
Grado de Instrucción	: SEC. COMPLETA		
Tipo de examen	: INGRESO		
Empresa	: TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.		

DIMENSIÓN	FACTORES PSICOLÓGICOS	BAJO	MEDIO	ALTO
COGNITIVA	ORIENTACIÓN ESPACIAL			
	PERCEPCIÓN - ATENCIÓN			
HABILIDADES MOTRICES	COORDINACIÓN VISO MANUAL			
	VELOCIDAD DE REACCIÓN			
	PRECISIÓN			
AFFECTIVA	PERSONALIDAD	ADECUADO		
OTROS	SOMNOLENCIA	NO PRESENTA INDICADORES DE SOMNOLENCIA		
	DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL - AUDIT	SIN PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO		

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

Cognitivamente, el evaluado muestra una buena capacidad de percepción rápida de la orientación espacial: enfocar y localizar permanentemente posiciones en relación a puntos cardinales y puntos intermedios.

Posee una buena capacidad para coordinar con rapidez movimientos viso manuales. Alta capacidad para responder favorablemente ante estímulos visuales y auditivos de aparición repentina; además, puede ejecutar tareas manuales que requiere de precisión.

Afectivamente, se siente satisfecho consigo mismo, evidenciando aceptación y valoración de sus aspectos positivos y negativos, se considera amable, responsable y amigable. Gusta por establecer y mantener armoniosas relaciones con su entorno. Demuestra capacidad para tomar decisiones importantes. Logra resistir los eventos adversos y las situaciones estresantes. No muestra indicadores de depresión ni de ansiedad.

No presenta indicadores de somnolencia ni dependencia hacia el consumo de bebidas alcohólicas.

Laboralmente, cuenta con más de 20 años de experiencia en el puesto. Conoce y usa de forma adecuada sus equipos de protección personal. Identifica los peligros y riesgos que hay en su área de trabajo. Valora la seguridad con que desempeña sus funciones. Muestra disposición para adaptarse ante situaciones adversas, cumple con las normas y reglamentos de la empresa. Conduce con un alto nivel de seguridad.

CONDICIÓN DIAGNÓSTICA:

El Sr. CASTILLO MARTINEZ, PEDRO LUIS; se encuentra en condición de **APTO**, ya que **cumple con el perfil del puesto**.

EVALUADORA: Lic. JORGE LUIS BARBOZA PARIONA

COLEGIATURA: 48253



Lic. Jorge Luis Barboza Pariona
Analista de Psicología Ocupacional II
C.Ps.P.:48253
S.G. NATCLAR S.A.C.

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN / VACCINATION CERTIFICATE



VACUNADO / VACCINATED

Nombres y apellidos / Full name

PEDRO LUIS CASTILLO MARTINEZ

Documento de Identidad / ID number

DNI: 40350563

Fecha de Nacimiento / Date of Birth

18/05/1979

Sexo / Sex

M

Nacionalidad / Nationality

PERU

Vacuna / Vaccine

Vacuna contra COVID-19

VACUNACIÓN REGULAR NACIONAL

Dosis / Dose	Fecha de Vacunación / Date of vaccination	Fabricante y lote de vacuna / Manufacturer and lot number	Lugar de Vacunación / Vaccination Place
1° DOSIS	24/07/2021	PFIZER (FD7207)	LIMA NORTE - Parque Zonal Mayta Capac - LIMA LIMA SAN MARTIN DE PORRES
2° DOSIS	14/08/2021	PFIZER (FF5106)	LIMA NORTE - Parque Zonal Mayta Capac - LIMA LIMA SAN MARTIN DE PORRES
3° DOSIS	07/01/2022	PFIZER (FM2954)	LIMA CENTRO - 1. Campo de Marte - LIMA LIMA JESUS MARIA
4° DOSIS	04/12/2022	ModernaTX (000403A)	ANCASH - MISMO ESTABLECIMIENTO DE SALUD -

Certificado Emitido por / Certificate issued by: Ministerio de Salud del Perú

Fecha de Emisión / Date of issue: 22/02/2023, 9:15 am



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZAR EL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL, USO DE FIRMA Y HUELLA

Código:	FO-REP-02
Versión:	04
Página:	1 de 2
Unidad:	CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZAR EL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Yo **CASTILLO MARTINEZ PEDRO LUIS**, identificado/a con documento de identidad N° 40350563 con ocupación laboral de **CONDUCTOR CAMIONETA**, certifico que he sido informado/a acerca de la naturaleza y propósito del examen médico ocupacional, así como pruebas complementarias determinadas por la empresa **NEXA RESOURCES PERU S.A.A.** De acuerdo a los peligros y riesgos identificados en mi puesto de trabajo.

En ese sentido en forma consiente y voluntaria doy mi consentimiento, para que se me realice el examen médico ocupacional de acuerdo a la Resolución Ministerial N° 312-2011/MINSA y doy fe que la información brindada a NATCLAR es verídica.

Así mismo, autorizo a NATCLAR 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 NTPS N° 139-MINSA/DGAIN y Ley N° 26842, Ley General de Salud.

Fecha y hora: 22/02/2023 07:35:41

Firma



Huella Digital



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICA

Yo **CASTILLO MARTINEZ PEDRO LUIS**, identificado/a con documento de identidad N° 40350563, certifico que he sido informado acerca de la naturaleza y propósito del uso de mi firma y huella electrónica en los documentos requeridos para mi examen Médico ocupacional, en ese sentido en forma consiente y voluntaria doy mi consentimiento para su uso.

Por lo que ☒ SI ☐ NO autorizo el uso de mi firma y huella electrónica exclusivamente para los documentos requeridos de mi Examen médico ocupacional realizado el día 22/02/2023

Fecha y hora: 22/02/2023 07:35:41

Firma



Huella Digital

- De acuerdo al precedente administrativo de observancia obligatoria sobre el registro del consentimiento informado en las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPRESS, aprobado en sesión de Sala Plena N° 014-2018 de fecha 23 de noviembre de 2018 (Ver ANEXO 1)

APENDICE 16 (referencial)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

Ciudad: LIMA Fecha: 22-02- de Febrero 20 23

Yo Pedro Castillo Martinez identificado con DNI / CE / Pasaporte N° 40350563, trabajador (o postulante de ser el caso), de la empresa Transporte 15 Hermanos, acudo voluntariamente en cumplimiento con la legislación vigente de seguridad y salud ocupacional y **doy el consentimiento**^{1,2} para que el centro de salud ocupacional NATCLAR me realice el examen médico ocupacional, el cual incluye procedimientos según el protocolo establecido para mi puesto de trabajo, teniendo conocimiento que éstos tienen beneficios y riesgos controlados con medidas y recomendaciones que me brindarán, las cuales me comprometo a cumplir estrictamente. La información que brindaré durante el examen es verdadera y tiene **carácter de declaración jurada**.

Así mismo **autorizo** al Centro de Salud Ocupacional NATCLAR que envíe los resultados al **médico ocupacional asignado** para los fines de la Vigilancia Médica Ocupacional de la empresa en concordancia con la legislación vigente³.

Firma del trabajador



1. **Ley General de Salud (Ley 26842): Artículo 25.-** Toda información relativa al acto médico que se realiza, tiene carácter reservado. Se exceptúan de la reserva de la información relativa al acto médico en los casos siguientes: a) Cuando hubiere consentimiento por escrito del paciente;....f) Cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora o administradora de financiamiento vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría;
2. **Ley 27983; Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo: Artículo 75.-** Obligaciones del trabajador: En materia de prevención de riesgos laborales, los trabajadores tienen las siguientes obligaciones: ... e) Someterse a los exámenes médicos a que estén obligados por norma expresa, siempre y cuando se garantice la confidencialidad del acto médico.
3. **DS-024-2016-EM; Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional en Minería:** Según el Artículo 117, la gestión de Salud Ocupacional "debe incluir La vigilancia de la salud de los trabajadores, mediante exámenes de salud, pre ocupacional, anual, por cambio de función y de retiro. Así mismo el Artículo 118 señala que "... los trabajadores se someterán a los exámenes complementarios de acuerdo a las evaluaciones de riesgo y programas médicos promocionales de salud y preventivos que establezca el titular de actividad minera. El trabajador que no cuente con la constancia de aptitud emitida por el área de salud ocupacional no podrá laborar. Esta decisión será respetada por el postulante, trabajador y el titular de actividad minera.

 NATCLAR CONFIDENCIAL	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INFORME DE RESULTADOS VIA VIRTUAL		Código:	FO-REP-04
			Versión:	03
			Aprobado	10/05/2021
			Página:	1 de 1
			Unidad:	CLINICAS

Yo, Pedro Castillo Martinez, identificado con Documento Nacional de Identidad No. 40350563, declaro que he sido informado sobre la naturaleza y propósito del examen médico ocupacional que he rendido, así como de los resultados que se obtendrán a raíz del mismo.

Asimismo, otorgo la autorización necesaria a SG NATCLAR para que los resultados de mi examen médico ocupacional me sean comunicados virtualmente al/las siguiente(s) cuenta(s) de correo

CORREO PERSONAL:

Pedro 40350563 @ gmail.com

.....@.....

.....@.....

Para tales efectos, por el presente documento me hago responsable de leer detenidamente los resultados de la evaluación médica enviados a la cuenta de correo electrónico que estoy proporcionando. Autorizo también mediante el presente documento que la constancia de envío electrónico pueda servir como cargo de recepción para el remitente.

Fecha: 22-02-2023



Huella



Firma

I.- ANAMNESIS

PATOLOGÍA DE COLUMNA

☐ NO

PATOLOGÍA DE MIEMBRO SUPERIOR

☐ NO

PATOLOGÍA DE MIEMBRO INFERIOR

☐

OTRO ☐

1.1.- MIEMBROS SUPERIORES

DOLOR EN HOMBRO SI ☐ NO ☒

¿Cuándo inicio este trastorno? (año) _____

Respecto al trastorno reportado:

☐ A Tomado medicamentos

Dolor al movimiento

Dolor al reposo

Derecho	Izquierda
-	-
-	-

☐ Dolor continuo o subcontinuo

☐ Al menos 1 semana de dolor en los últimos 12 meses

☐ Al menos 1 vez al mes en los últimos 12 meses

FALTO AL TRABAJO A CAUSA DEL TRASTORNO en extremidad superior en los últimos 12 meses

SI ☐ NO ☒ N° de días _____

TRAUMA/PATOLOGÍA (ya conocida y documentada)

SI ☐

NO ☒

TRAUMA

SI ☐

NO ☒

CUANDO? _____

HOMBRO (Sd.hombro doloroso, Hombro congelado)

SI ☐

NO ☒

TRAUMA

SI ☐

NO ☒

CUANDO? _____

HOMBRO (Tendinitis, Tendinosis, Tenosinovitis, etc)

SI ☐

NO ☒

TRAUMA

SI ☐

NO ☒

CUANDO? _____

CODO (Sd. tunel radial, Bursitis)

SI ☐

NO ☒

TRAUMA

SI ☐

NO ☒

CUANDO? _____

CODO (Epicondilitis, Epitrocleitis, etc)

SI ☐

NO ☒

TRAUMA

SI ☐

NO ☒

CUANDO? _____

MUÑECA/MANO (Sd.Tunel carpiano, Sd. Guyon, etc)

SI ☐

NO ☒

TRAUMA

SI ☐

NO ☒

CUANDO? _____

MUÑECA/MANO ((Tendinitis, Tenosinovitis, Ganglón, etc)

SI ☐

NO ☒

TRAUMA

SI ☐

NO ☒

CUANDO? _____

EXÁMENES FUNCIONALES

Tests específicos		+/ -		+/ -
APLEY	Der.	-	Izq.	-
JOBE	Der.	-	Izq.	-
PATTE	Der.	-	Izq.	-
YERGASON	Der.	-	Izq.	-
CODO DE TENISTA	Der.	-	Izq.	-
CODO DE GOLFISTA	Der.	-	Izq.	-
SIGNO DE TINEL	Der.	-	Izq.	-
PHALEN	Der.	-	Izq.	-
FINLKESTEINS	Der.	-	Izq.	-

1.2.- COLUMNA

DOLOR EN ZONA CERVICAL SI ☐ NO ☒

¿Cuándo comenzó el dolor ?(año) _____

AUSENCIA EN EL TRABAJO POR TRASTORNO CERVICAL en los últimos 12 meses

SI ☐ NO ☒ N° de días _____

ENFERMEDADES DE COLUMNA CERVICAL CON DIAGNÓSTICO (ya conocida y documentada)

☐ SI

☒ NO

HERNIA DISCAL CERVICAL

☐ SI

☒ NO

Diagnostica cuando? _____

Tratada quirúrgicamente

☐ SI

☒ NO

Fecha de intervención _____

OTRA PATOLOGÍA ó TRAUMA DE LA COLUMNA CERVICAL

☐ SI

☒ NO

Cuáles? _____

Cuando? _____

DOLOR EN ZONA DORSAL SI ☐ NO ☒

¿Cuándo comenzó el dolor ?(año) _____

AUSENCIA EN EL TRABAJO POR TRASTORNO DORSAL en los últimos 12 meses

SI ☐ NO ☒ N° de días _____

ENFERMEDADES DE COLUMNA DORSAL CON DIAGNÓSTICO (ya conocida y documentada)

☐ SI

☒ NO

HERNIA DISCAL DORSAL

☐ SI

☒ NO

Diagnostica cuando? _____

Tratada quirúrgicamente

☐ SI

☒ NO

Fecha de intervención _____

OTRA PATOLOGÍA ó TRAUMA DE LA COLUMNA DORSAL

☐ SI

☒ NO

Cuáles? _____

Cuando? _____

DOLOR EN ZONA LUMBAR SI ☐ NO ☒

¿Cuándo comenzó el dolor ?(año) _____

AUSENCIA EN EL TRABAJO POR TRASTORNO LUMBAR en los últimos 12 meses

SI ☐ NO ☒ N° de días _____

ENFERMEDADES DE COLUMNA LUMBOSACRO CON DIAGNÓSTICO (ya conocida y documentada)

☐ SI

☒ NO

HERNIA DISCAL LUMBOSACRO

☐ SI

☒ NO

Diagnostica cuando? _____

Tratada quirúrgicamente

☐ SI

☒ NO

Fecha de intervención _____

OTRA PATOLOGÍA ó TRAUMA DE LA COLUMNA LUMBOSACRO

☐ SI

☒ NO

Cuáles? _____

Cuando? _____

EXÁMENES FUNCIONALES

Tests específicos		+/ -		+/ -
ADAMS	Der.	-	Izq.	-
LASSEGUE	Der.	-	Izq.	-
SCHEPELMANN	Der.	-	Izq.	-
VALSALVA	Der.	-	Izq.	-
COMPRESION DEL AGUJERO INTERVERTEBRAL	Der.	-	Izq.	-
KIBLER	Der.	-	Izq.	-

1.3.- MIEMBRO INFERIOR

DOLOR DE CADERA SI ☐ NO ☒

¿Cuándo comenzó el trastorno? (año) _____

Respecto al trastorno reportado:

☐ A tomado medicamentos

Marcha normal

Marcha claudicante

Dolor al subir o bajar las escaleras

Derecha	Izquierda
X	X
-	-
-	-

AUSENCIA AL TRABAJO POR TRASTORNO EN MIEMBROS INFERIORES (CADERA) en los últimos 12 meses

SI ☐

NO ☒

N° de días _____

TRAUMA/PATOLOGÍA (ya conocida y documentada)

SI ☐

NO ☒

CUANDO? _____

LIGAMENTOS (Distensión)

SI ☐

NO ☒

CUANDO? _____

ARTICULACIONES (Artrosis de cadera)

SI ☐

NO ☒

CUANDO? _____

HUESOS (Fracturas, subluxaciones)

SI ☐

NO ☒

CUANDO? _____

QUIRÚRGICA (Intervencion quirúrgica)

SI ☐

NO ☒

CUANDO? _____

DOLOR DE RODILLA SI ☐ NO ☒

¿Cuándo comenzó el trastorno? (año) _____

Respecto al trastorno reportado:

☐ A tomado medicamentos

Dolor al subir o bajar las escaleras

Dolor al apoyar las rodillas

Dolor en posición de cuclillas

Derecha	Izquierda
-	-
-	-
-	-

AUSENCIA AL TRABAJO POR TRASTORNO EN MIEMBROS INFERIORES (RODILLA) en los últimos 12 meses

SI ☐

NO ☒

N° de días _____

TRAUMA/PATOLOGÍA (ya conocida y documentada)
LIGAMENTOS Y TENDONES (Distensiones, Inestabilidad ligamentaria, Tendinitis)
ARTICULACIONES (Artrosis de rodilla, Gonartrosis, Condromalacia)
HUESOS (Fracturas, Subluxaciones)
QUIRÚRGICA (Intervención quirúrgica, meniscopatía)

SI ☐ NO ☒ CUANDO? _____
SI ☐ NO ☒ CUANDO? _____
SI ☐ NO ☒ CUANDO? _____
SI ☐ NO ☒ CUANDO? _____
SI ☐ NO ☒ CUANDO? _____

DOLOR DE PIE/TOBILLO SI ☐ NO ☒

¿Cuándo comenzó el trastorno? (año) _____

Respecto al trastorno reportado:

☐ A tomado medicamentos

Dolor a la 1ª pisada
Dolor en la planta del pie

Derecha	Izquierda
-	-
-	-

AUSENCIA AL TRABAJO POR TRASTORNO EN MIEMBROS INFERIORES (TOBILLO/PIE) en los últimos 12 meses

SI ☐ NO ☒ N° de días _____

TRAUMA/PATOLOGÍA (ya conocida y documentada)
LIGAMENTOS Y TENDONES (Entesopatías)
ARTICULACIONES (Artrosis)
HUESOS (Fracturas, Subluxaciones, Espolón calcáneo, Juanetes)
QUIRÚRGICA (Intervención quirúrgica)

SI ☐ NO ☒ CUANDO? _____
SI ☐ NO ☒ CUANDO? _____
SI ☐ NO ☒ CUANDO? _____
SI ☐ NO ☒ CUANDO? _____
SI ☐ NO ☒ CUANDO? _____

EXAMENES FUNCIONALES

Tests específicos		+/ -		+/ -
OBER	Der.	-	Izq.	-
TRENDELEMBURG	Der.	-	Izq.	-
DOWING	Der.	-	Izq.	-
THOMAS	Der.	-	Izq.	-
LACHMAN	Der.	-	Izq.	-
MC MURRAY	Der.	-	Izq.	-
CAJÓN ANTERIOR Y POSTERIOR	Der.	-	Izq.	-
THOMSON	Der.	-	Izq.	-
WELLS Y DILLON	Der.	-	Izq.	-

II.- EXAMEN FÍSICO

2.1.- RANGOS ARTICULARES:

Segmento	Movimiento	Resultado
Cabeza y Cuello	Flexión	Normal
	Extensión	Normal
	Inclinación Derecha	Normal
	Inclinación Izquierda	Normal
	Rotación Derecha	Normal
	Rotación Izquierda	Normal
Tronco	Flexión	Normal
	Extensión	Normal
	Inclinación Derecha	Normal
	Inclinación Izquierda	Normal
	Rotación Derecha	Normal
	Rotación Izquierda	Normal
Hombro	Flexión	Normal
	Extensión	Normal
	Abducción	Normal
	Aducción	Normal
	Rotación Interna	Normal
	Rotación Externa	Normal

Segmento	Movimiento	Resultado
Codo	Flexión	Normal
	Extensión	Normal
Muñeca	Flexión	Normal
	Extensión	Normal
	Desviación Radial	Normal
	Desviación Cubital	Normal
Cadera	Flexión	Normal
	Extensión	Normal
	Abducción	Normal
	Aducción	Normal
	Rotación Interna	Normal
	Rotación Externa	Normal
Rodilla	Flexión	Normal
	Extensión	Normal
Tobillo	Flexión	Normal
	Extensión	Normal
	Inversión	Normal
	Eversión	Normal

2.2.- EVALUACIÓN POSTURAL

		Varo	Valgo
Codo	Der.	-	-
	Izq.	-	-
Rodilla	Der.	-	-
	Izq.	-	-

		Cavo	Plano	Semi - Plano
Pie	Der.	-	-	-
	Izq.	-	-	-

2.3.- SIMETRÍAS MIEMBROS

Simetría de MMSS a la ectoscopia (X) Normal () Anormal Observaciones : _____
Simetría de MMII a la ectoscopia (X) Normal () Anormal Observaciones : _____

2.4.- COLUMNA VERTEBRAL

EJE ANTERO-POSTERIOR (marque con una X, y/o comenta)

Curvas Fisiológicas (ant-post)	Normal	Aumentada	Disminuida
Cervical	X		
Dorsal	X		
Lumbar	X		

EJE LATERAL

Eje Lateral	Normal	Concavidad Derecha	Concavidad Izquierda
Cervical	X		
Dorsal	X		
Lumbar	X		

PALPACIÓN (marque con una X)

Columna Vertebral	Contractura Muscular	Espasmo Muscular	Acourtamiento Muscular
Cervical	-	-	-
Dorsal	-	-	-
Lumbar	-	-	-
Sacro	-	-	-

MARCHA

NORMAL ☒ PATOLÓGICO ☐ ¿DE QUÉ TIPO? ESPECIFICAR _____

EQUILIBRIO Y COORDINACIÓN

Prueba de Romberg Lo realiza ☒ No lo realiza ☐
Abrir los brazos , tocar la punta de la nariz con el dedo índice alternando cada brazo. Lo realiza ☒ No lo realiza ☐

Firma/Sello del Medico


Dr. Juan José Retamozo Padilla
SG NATCLAR SAC
CMP: 040850 / RNE: 030270
LECTOR OIT: 22R72-1306930460-18-174



CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL PRE OCUPACIONAL					
CERTIFICA que el (la) Sr.(Sra. Srta):					
APELLIDOS Y NOMBRES:		BALDERA TINEO, SANTOS BERNARDINO			
DOC DE IDENTIDAD:		73261983	Edad:	29 años	Género: M
PUESTO AL QUE POSTULA:		CONDUCTOR			
EMPRESA:		TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.			
HISTORIA CLÍNICA:		24355			
GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH:		O Rh +			
CONCLUSIONES:					
APTO (PARA EL PUESTO EN EL QUE TRABAJA O AL CUAL POSTULA)		RESTRICCIONES USO PERMANENTE DE LENTES CORRECTORES.			
NO APTO (PARA EL PUESTO EN EL TRABAJA O AL CUAL POSTULA)					
APTO CON RESTRICCIÓN (PARA EL PUESTO EN EL TRABAJA O AL CUAL POSTULA)					
RECOMENDACIONES 1) DIETA HIPOCALÓRICA E HIPOGRASA Y EJERCICIO FÍSICO 2) EVALUACIÓN POR OFTALMOLOGÍA. USO DE CORRECTORES VISUALES PERMANENTES.		SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE CERTIFICA 			
FECHA 14/07/2022					



HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL

Historia Clínica N°	24355	Fecha	Día	14	Mes	07	Año	2022
Tipo de evaluación	Pre Ocupacional	X	Periódico		Retiro		Otros	
Lugar del examen	Departamento	Lambayeque	Provincia	Chiclayo	Distrito	Chiclayo		
I. DATOS DE LA EMPRESA (Llenar con letra clara)								
Razón Social	TRANSPORTE TS HNOS S.A.C. Ruc 20604354499							
Actividad Económica								
Lugar del Trabajo	CAL.LOS PINOS NRO. 457 URB. SEMI RUSTICA CANTO GRANDE LIMA - LIMA - SAN JUAN DE LURIGANCHO				Area de trabajo	Superficie	X	Subsuelo
Ubicación	Departamento	Lima	Provincia	Lima	Distrito	San Juan De Lurigancho		
Puesto al que postula (solo pre ocupacional)	CONDUCTOR							
II.- FILIACIÓN DEL TRABAJADOR (Llenar con letra clara o marque con un X lo solicitado)								
Apellidos y Nombres	BALDERA TINEO SANTOS BERNARDINO					Estado civil:	SOLTERO	
Fecha de nacimiento	27/06/1993	Edad	29			Doc. de identidad	73261983	
Domicilio (Avenida / Calle / Jirón / Pasaje)	CALLE SOLF Y MURO 1670 PP.JJ. SANTO ROSA - -					Teléfono	920232957	
Distrito	Lambayeque	Provincia	Lambayeque			Departamento	Lambayeque	
Residencia en lugar de trabajo	SI	NO	X	Tiempo de residencia en Lugar de trabajo			años	
Correo electrónico		Grado de instrucción	TECNICO COMPLETO		N° total de hijos vivos	0	N° de dependientes	0
III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES (VER ADJUNTO: HISTORIA OCUPACIONAL)								
EMPRESA	AREA DE TRABAJO	OCUPACION	FECHA		TIEMPO	EXPOSICION OCUPACIONAL	EPP	
			Inicio	Fin				
TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.		CONDUCTOR	Jul / 2022	/				
IV. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES (Llenar con letra clara o marque con un X)								
Alergias	NIEGA	Diabetes	NIEGA		TBC	NIEGA		
Hepatitis B	NIEGA	Asma	NIEGA		HTA	NIEGA		
ITS	NIEGA	Tifoidea	NIEGA		Bronquitis	NIEGA		
Neoplasia	NIEGA	Convulsiones	NIEGA		Cirugías	NIEGA		
Otros	NIEGA	Intoxicaciones	NIEGA					
Hábitos nocivos	Tipo		Cantidad			Frecuencia		
Alcohol	CERVEZA					POCO		
Tabaco	NO							
Drogas	NO							
Medicamentos	NO							
Actividad Física	NO							
V. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES (Llenar con letra clara)								
Padre	Niega	Madre	Niega		Hermanos	Niega		
Espos(a)	Niega	Hijos vivos N°	0		Hijos fallecidos	0		
Absentismo: enfermedades y accidentes (asociado a trabajo o no)								
Enfermedad, Accidentes					Asociado al trabajo		Año	Días de descanso
					SI	NO		
-								
-								
-								
-								
Huella Firma								

VI. EVALUACIÓN MEDICA (Llenar con letra clara o marque con un X)											
Anamnesis		NO REFIERE MOLESTIAS									
Examen clínico	Talla: 172 (cm)	Peso (Kg)	90	IMC	30.42	Perímetro abdominal	100				
	Fr. Resp.: 16	F. Card.	83	PA	90 / 70	Temperatura	Afebril 35				
	Otros	Cintura: 98; P.Cadera: 109; P.TORAXICO: 108; Sat O2: 98									
Ectoscopia	X	ABEG, ABEH, ABEN									
Estado mental	X	LOTEP									
EXAMEN FÍSICO											
Órgano o Sistema	Sin Hallazgos	Hallazgos									
Ojos y anexos		Agudeza Visual	OD	20/50 0.8	OI	20/50 0.8	Con correctores	OD	20/20 1	OI	20/20 1
		Fondo de Ojo					Visión de colores				
		Visión de profundidad									
Piel		TIBIA, HIDRATADA, ELASTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS; NO LESIONES.									
Cabeza	SIN ALTERACIONES RELEVANTES										
Oídos	SIN ALTERACIONES RELEVANTES										
Nariz	SIN ALTERACIONES RELEVANTES										
Boca	SIN ALTERACIONES RELEVANTES										
Faringe	SIN ALTERACIONES RELEVANTES										
Cuello	SIN ALTERACIONES RELEVANTES										
Aparato Respiratorio	SIN ALTERACIONES RELEVANTES										
Aparato Cardiovascular	SIN ALTERACIONES RELEVANTES										
Aparato Genitourinario	SIN ALTERACIONES RELEVANTES										
Aparato Locomotor	SIN ALTERACIONES RELEVANTES										
Aparato Digestivo	SIN ALTERACIONES RELEVANTES										
Marcha	SIN ALTERACIONES RELEVANTES										
Columna	SIN ALTERACIONES RELEVANTES										
Miembros superiores	SIN ALTERACIONES RELEVANTES										
Miembros inferiores	SIN ALTERACIONES RELEVANTES										
Sistema linfático	SIN ALTERACIONES RELEVANTES										
Sistema nervioso	SIN ALTERACIONES RELEVANTES										


 CENTRO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL
 "SAI COT BUCAR" S.A.C.
 DEMETRIO JULIO MATICORENA AGRAMONTE
 MEDICO OCUPACIONAL
 C.M.P. 33652
 R.N.E. 15444

V.B.

FIRMA Y SELLO MÉDICO EVALUADOR

VII. CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN AUDIOMETRIA		
NORMOACUSIA BILATERAL		
VIII. CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN FISICO OCUPACIONAL		
EXAMEN FÍSICO NORMAL		
IX. CONCLUSIONES DE EVALUACION MÚSCULO ESQUELÉTICA		
EXAMEN NORMAL		
X. CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA		
AMETROPIA CORREGIDA BILATERAL.		
XI. CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA		
Colaborador APTO para el puesto		
XII. CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN RADIOGRAFIA DE TORAX		
XIII. CONCLUSIONES DE PSICOSENSOMETRIA		
APTO		
XIV. HALLAZGO PATOLÓGICO DE LABORATORIO		
XV. Diagnostico Medico Ocupacional (P:presuntivo, D:definitivo, R:repetido)	Tipo	CIE-10
OBESIDAD I (IMC: 30.42)	P	
AMETROPIA CORREGIDA BILATERAL.	P	H52.X
XVI. RECOMENDACIONES		
DIETA HIPOCALÓRICA E HIPOGRASA Y EJERCICIO FÍSICO		
EVALUACIÓN POR OFTALMOLOGÍA. USO DE CORRECTORES VISUALES PERMANENTES.		
 DIAGNOSTICO: APTO CON RESTRICCIONES PARA EL PUESTO EN EL QUE TRABAJA O POSTULA		
		
		Nombre, Firma y Sello del Médico Evaluador
P (Presuntivo), D (Definitivo), R (Repetido)		



HISTORIA OCUPACIONAL

Apellidos y Nombres: BALDERA TINEO SANTOS BERNARDINO N° de historia: 24355 Fecha Nacimiento: 27/06/1993 Sexo: Masculino

Profesión: CONDUCTOR

Fecha de Inicio	Empresas	Altitud	Actividades de la Empresa	Área de Trabajo	Ocupación	Tiempo de Trabajo		Peligros / Agentes Ocupacionales	Uso EPP
						Superficie	Subsuelo		Tipo EPP
Jul / 2022	TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.	Hasta 2500 msnm			CONDUCTOR		NO		

2022	07	14
------	----	----

Año Mes Día

Firma del Trabajador


CENTRO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL
"SALUD Y BIENESTAR S.A.C."
Oscar Antonio Díaz González
CNP 76544

p. Médico del Trabajo



ANEXO 16 A

EVALUACION MÉDICA PARA ASCENSO A GRANDES ALTITUDES (mayor a 2,500 m.s.n.m)

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: BALDERA TINEO SANTOS BERNARDINO
 Documento de identidad: 73261983 Fecha de nacimiento: 27/06/1993
 Edad: 29 años Dirección: CALLE SOLF Y MURO 1670 PP.JJ. SANTO ROSA - Lambayeque
 Empleador: TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.
 Actividad a realizar: CONDUCTOR

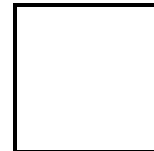
FUNCIONES VITALES: FC 83 x min PA 90 / 70 mmHg FR 16 x min
 IMC 30.42 kg/m2 Sat O2 98 %

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

	SI	NO
Cirugía mayor reciente		X
Desórdenes de la coagulación, trombosis, otros.		X
Diabetes Mellitus		X
Hipertensión Arterial		X
Embarazo	-	-
Problemas neurológicos: Epilepsia, vértigo, otros.		X
Infecciones recientes (de moderadas a severas).		X
Obesidad.		X
Problemas Cardíacos: Marcapasos, coronariopatía, otros.		X
Problemas Respiratorios: Asma, EPOC, otros.		X
Problemas Oftalmológicos: Retinopatía, glaucoma, otros.		X
Problemas Digestivos: sangrado digestivo, hepatitis, cirrosis hepática, otros.		X
Apnea del Sueño.		X
Alergias:		X
Otra Condición médica importante:		X

Uso de medicación actual : _____

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



Firma del paciente

Conforme a la declaración del / de la paciente certifico que se encuentra APTO para ascender a grandes altitudes (mayor a 2,500 m.s.n.m) sin embargo, no aseguro el desempeño durante el ascenso ni durante su permanencia.

Observaciones:

DATOS DEL MÉDICO

Apellidos y Nombres: OSCAR MAURICIO DIAZ GONZALES
 Dirección: Las Acacias 215, Urb. Santa Victoria - Chiclayo - Perú
 CMP: 76844 Fecha: 14-07-2022 Firma y sello: _____





Tipo de evaluación: PRE OCUPACIONAL	
Historia Clínica: 24355 Fecha: Chiclayo de 14 de Julio 2022	
Empresa: TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.	Cargo: CONDUCTOR
Apellidos y Nombre: BALDERA TINEO SANTOS BERNARDINO	
Doc. de identidad: 73261983	Edad: 29
Fecha Ncto.: 27/06/1993	Lugar Ncto.: Lambayeque - Lambayeque - Lambayeque
Domicilio: Lambayeque - Lambayeque - Lambayeque	
Teléfono: 920232957	Estado Civil: SOLTERO Sexo: Masculino

ELECTROCARDIOGRAMA**Pregunta**

ELECTROCARDIOGRAMA

FRECUENCIA

PR

QRS

QT

Eje

RESULTADO

RITMO SINUSAL

UNIDAD DE MEDIDA

95%

lpm

mseg

mseg

mseg

OBSERVACIONES:**CONCLUSIONES**

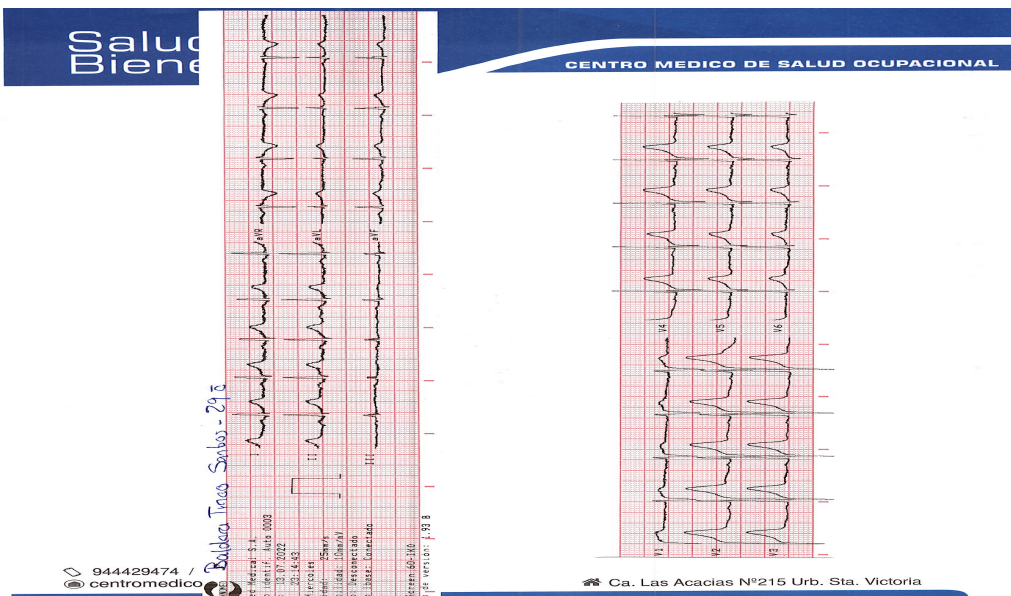
NORMAL

Profesional que realiza la evaluación

FERNANDEZ ITALA

Sello / Firma**Médico Evaluador**

ESCOBAR VARELA HUGO

Sello / Firma



FICHA DE EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA

Tipo de evaluación: PRE OCUPACIONAL			
Historia Clínica: 24355 Fecha: Chiclayo de 14 de Julio 2022			
Empresa: TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.		Cargo: CONDUCTOR	
Apellidos y Nombre: BALDERA TINEO SANTOS BERNARDINO			
Doc. de identidad: 73261983	Edad: 29	Fecha Ncto.: 27/06/1993	Lugar Ncto.: Lambayeque - Lambayeque - Lambayeque
Domicilio: Lambayeque - Lambayeque - Lambayeque			
Teléfono: 920232957		Estado Civil: SOLTERO	Sexo: Masculino

ANTECEDENTES

HTA	SI ☐	NO ☒	Diabetes M.	SI ☐	NO ☒	Glaucoma	SI ☐	NO ☒	Tos nocturno	SI ☐	NO ☒
Soldadura	☐	☒	Radiaciones	☐	☒	Sust. químicas	☐	☒	Otros		

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECTORES		CON CORRECTORES	
	Ojo Derecho (O.D.)	Ojo Izquierdo (O.I.)	Ojo Derecho (O.D.)	Ojo Izquierdo (O.I.)
DE LEJOS	20/50	20/50	20/20	20/20
DE CERCA	0.8	0.8	1	1

ANEXOS

Ptosis	OD ☐	OI ☐	Blefaritis	OD ☐	OI ☐	Dermatocalasia	OD ☐	OI ☐	Conjuntivitis	OD ☐	OI ☐
Pterigium	☐	☐	Chalazion	☐	☐	Estrabismo	☐	☐	Otros:		

FONDO DE OJOS

Maculopatía	SI ☐	NO ☒	Normal	SI ☐	NO ☒	Diabética	OD ☐	OI ☒
Edema papilar	☐	☒	Retinopatía	☐	☒	Hipertensiva	☐	☒
Neuritis	☐	☒	Arteriopatía	☐	☒	Hemorragia	☐	☒
Atrofia de nervio óptico	☐	☒				Etiología a determinar	☐	☒

CAMPIMETRÍA

Ojo derecho

Ojo izquierdo

TONOMETRÍA

mmHg

mmHg

VISIÓN DE COLORES

Ojo derecho

Ojo izquierdo

Visión nocturna

Motilidad Ocular

Reflejos Pupilares

Visión de profundidad

DIAGNÓSTICO

Ojos

OBSERVACIONES

CENTRO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL
 "SALUD Y BIENESTAR S.A.C."
 Oscar Mauricio Díaz González
 GMP. 76844

FIRMA Y SELLO



FORMATO DE CAMPIMETRÍA

IZQUIERDO					DERECHO					
☐	SI	☐	NO	85		85	☐	SI	☐	NO
☐	SI	☐	NO	70		70	☐	SI	☐	NO
☐	SI	☐	NO	55		55	☐	SI	☐	NO
☐	SI	☐	NO	N		N	☐	SI	☐	NO

DESCRIPCIÓN

El postulante debe de reconocer las luces de la izquierda y de la derecha en el angulo igual, o mayor a 70 grados, en cada ojo en posición de mirada frontal para ambas categorías profesionales y no profesionales.

APROBADO:

Solo si llega a 70 grados en ambos ojos.

DESAPROBADO:

Si llega solo hasta 55.

EVALUACIÓN AUDIOMETRÍA

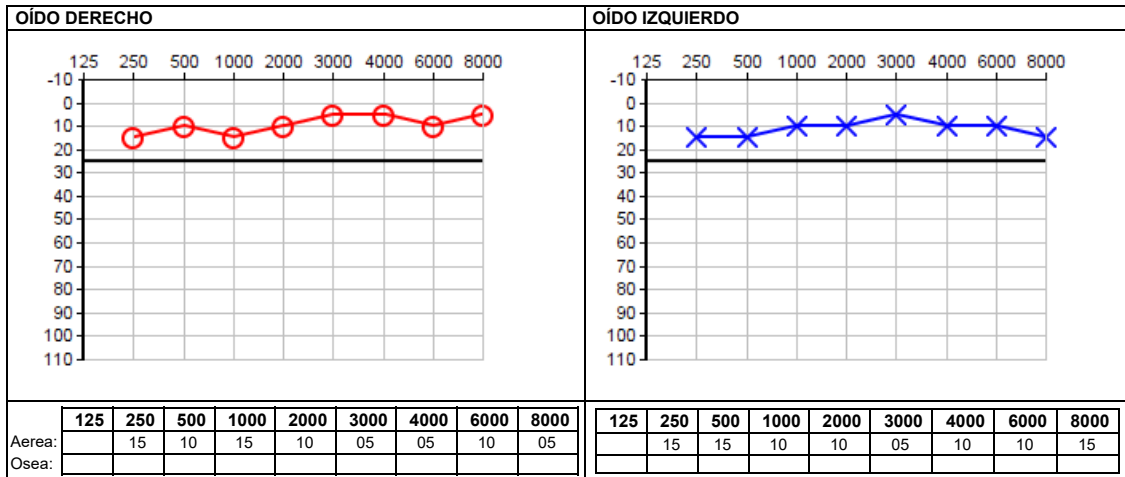
Historia Clínica:	24355	Fecha de examen:	14/07/2022
Empresa:	TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.		
Examen:	PRE OCUPACIONAL		
Apellidos y Nombre:	BALDERA TINEO SANTOS BERNARDINO	Sexo:	Masculino
Edad:	29		
Ocupación:	CONDUCTOR	Años de trabajo:	
Tiempo de exp. total ponderado 8h/d:			
EPP:	☒ Tapones ☐ Orejeras ☐ Ninguno Ruido(precepción) ☒ No molesto ☐ Moderado ☐ Muy intenso		

ANTECEDENTES RELACIONADOS:	SINTOMAS ACTUALES
Consumo de tabaco	NO
Servicio militar	NO
Hobbies con exposición al ruido	NO
Exposición laboral a químicos	NO
infección al Oído	NO
Uso de Ototoxicos	NO
Disminución de la audición	NO
Dolor de oídos	NO
Zumbido	NO
Mareos	NO
Otros	NO

OTOSCOPIA

OD CAE	permeable	☒	no permeable	☐	cerumen	☐	secreciones	☐	Tímpano	normal	☒	anormal	☐
OI CAE	permeable	☒	no permeable	☐	cerumen	☐	secreciones	☐	Tímpano	normal	☒	anormal	☐

AUDIOMETRÍA



Conclusiones

NORMOACUSIA

Profesional que realiza la audiometría

CHAVARRY VILLANUEVA MILAGROS

Sello / Firma



Médico Evaluador

MATICORENA AGRAMONTE DEMETRIO JULIO

Sello / Firma





HISTORIA PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

N° HC	24355	Fecha de evaluación:	14 DIA	07 MES	22 AÑO	
I.- DATOS GENERALES:						
Apellidos y nombres	BALDERA TINEO SANTOS BERNARDINO					
Edad	29 años					
Fecha de Nacimiento	27-06-1993					
Lugar de Nacimiento	Lambayeque - Lambayeque - Lambayeque					
Estado Civil	SOLTERO					
Grado de Instrucción	TECNICO COMPLETO					
Lugar de Residencia	CALLE SOLF Y MURO 1670 PP.JJ. SANTO ROSA					
Evaluación	Pre-Ocupacional ☒ Ocupacional ☐ Retiro ☐					
II.- MOTIVO DE LA EVALUACIÓN						
Evaluación Psicológica Pre-Ocupacional						
III. DATOS OCUPACIONALES						
3.1- EMPRESA ACTUAL (postula, trabaja o trabajó)						
Nombre de la Empresa	TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.					
Actividad de la Empresa						
Área de trabajo	MINA Superficie (X) Subsuelo () Tiempo total laborando ---					
Puesto	CONDUCTOR					
Principales Riesgos						
Expresa que no.						
Medidas de Seguridad						
Capacitaciones de seguridad laboral y salud ocupacional.						
3.2- ANTERIORES EMPRESA (experiencia laboral)						
Fecha	Nombre de la empresa	Act. de la empresa	Puesto	Tiempo		Causa de retiro
				SUP	SUB	
MAY. - 30 JUN. 2022	J&RC TRANSPORTE Y SERVICIOS SAC	TRANSPORTE	CONDUCTOR	X		REDUCCIÓN DE PERSONAL
IV. HISTORIA FAMILIAR						
Soltero, vive con sus abuelos.						
V.- ACCIDENTES Y ENFERMEDADES: (durante el tiempo de trabajo)						
Expresa que ninguno.						



HISTORIA PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

VI.- Hábitos (pasatiempos, consumo de tabaco, alcohol y/o drogas)			
Consumo de alcohol solo en reuniones, niega fumar.			
VII.- OTRAS OBSERVACIONES			
Téc. Mecánico agrícola - SENATI			
VIII.- EXAMEN MENTAL			
8.1- OBSERVACION DE CONDUCTAS:			Ptje
-Presentación:	Adecuado (X)	Inadecuado ()	Inventario Millón de estilos de Personalidad - MIPS
-Postura:	Erguida (X)	Encorvada ()	
-Discurso:	Ritmo Lento () Rápido () Fluido (X)		Escala de Motivaciones Psicosociales - MPS
	Tono: Bajo () Moderado (X) Alto ()		Luria - DNA Diagnóstico neuropsicológico de Adultos
	Articulación Con dificultad () Sin dificultad (X)		Escala de Apreciación del Estrés - EAE
-Orientación:	Tiempo: Orientado (X) Desorientado ()		Inventario de Burnout de Maslach
	Espacio: Orientado (X) Desorientado ()		Clima Laboral
	Persona: Orientado (X) Desorientado ()		Batería de Conductores
8.2- PROCEDIMIENTOS COGNITIVOS			WAIS
• Lúcido, atento:	Atento		Test BENTON
• Pensamiento:	Lógico o coherente		Test de Bender
• Percepción:	Adecuada		Inventario de la ansiedad ZUNG
• Memoria:	Corto Plazo () Mediano Plazo (X) Largo Plazo ()		Inventario de la depresión ZUNG
• Inteligencia:	N.Promedio Superior () Superior () Muy Superior ()		Escala de Memoria de Wechsler
	N. Promedio (X) N Promedio bajo () Fronterizo () RM Leve ()		TEST DE RAVEN
	RM Moderado () RM Severo () RM Profundo ()		TEST WARTEGG
• Apetito:	Adecuado		TEST DE MACHOVER
• Sueño:	Adecuado		
• Personalidad:	Ávido		
• Afectividad:	Aparentemente estable		
• Conducta Sexual:	Aparentemente normal		
IX. DIAGNÓSTICO FINAL:			
Área Cognitiva: Procesos cognitivos conservados			
Área Emocional: Aparentemente estable			
Lic. SEGOBIA MEDINA YESDRA C.Ps.P SADITT 18651 PSICOLOGA / O			



INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

Nro. Inf: PQ3018-000001		N° HC: 24355							
I.- Datos Generales									
Apellidos y Nombres: BALDERA TINEO SANTOS BERNARDINO									
Edad: 29 años	Lugar de Nacimiento: Lambayeque - Lambayeque - Lambayeque	Fecha de Nacimiento: <table border="1"><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr><tr><td>14</td><td>07</td><td>22</td></tr></table>		Día	Mes	Año	14	07	22
Día	Mes	Año							
14	07	22							
Grado de Instrucción: TECNICO COMPLETO	Lugar de Residencia: Lambayeque - Lambayeque - Lambayeque								
Puesto de trabajo: CONDUCTOR									
Empresa donde labora: TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.		Fecha de evaluación: <table border="1"><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr><tr><td>14</td><td>07</td><td>22</td></tr></table>		Día	Mes	Año	14	07	22
Día	Mes	Año							
14	07	22							
II.- MOTIVO DE EVALUACIÓN									
Evaluación Psicológica Pre-Ocupacional									
III.- Observación de Conductas									
Presentación	Adecuado (X)	Inadecuado ()							
Postura	Erguida (X)	Encorvada ()							
Discurso	Ritmo:	Lento ()	Rápido ()						
	Tono:	Bajo ()	Moderado (X)						
	Articulación:	con dificultad ()	sin dificultad (X)						
Orientación	Tiempo:	Orientado (X)	Desorientado ()						
	Espacio:	Orientado (X)	Desorientado ()						
	Personal:	Orientado (X)	Desorientado ()						
IV.- RESULTADOS DE EVALUACIÓN									
• Nivel Intelectual	: Normal promedio								
• Coordinación Visomotriz	: No se aplico								
• Nivel de Memoria	: Mediano Plazo								
• Personalidad	: Según test de Luscher: Interpretación psicológica: Quiere compensar por todo lo que cree que ha perdido viviendo con exagerada intensidad; de este modo cree que puede librarse de todas las cosas que lo oprimen. Esta ansioso de evitar mas contrariedades y cualquier disminución de posición o restigio. Intenta asegurarse de que no será despreciado; necesita urgentemente seguridad.								
• Afectividad	: Aparentemente estable								
• Riesgo Psicosocial	: No se aplico								
• Nivel de estrés	: No se aplico								
• Fobias	: No se aplico								
OTROS RESULTADOS									
• Fatiga y Somnolencia	Según test de fatiga: Presenta somnolencia diurna baja.								
• Estrés laboral	Según test; maneja bien el estrés.								
V.- CONCLUSIONES									
Area Cognitiva: Procesos cognitivos conservados									
Area Emocional: Aparentemente estable									
APTO ☒ NO APTO ☐ OBSERVADO ☐ APTO CON RESTRICCION ☐ EVALUADO ☐									
VI. RECOMENDACIONES									
Se sugiere capacitación de inducción.									
 YESDRA SADITT SEGOBIA MEDINA PSICÓLOGA C. Ps. P. 18651 Lic. SEGOBIA MEDINA YESDRA SADITT CPs P 18651 PSICOLOGA / O									



Cuestionario de Estrés Laboral (OIT-OMS)

Tipo de evaluación: PRE OCUPACIONAL			
Historia Clínica: 24355 Fecha: Chiclayo de 14 de Julio 2022			
Empresa: TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.		Cargo: CONDUCTOR	
Apellidos y Nombre: BALDERA TINEO SANTOS BERNARDINO			
Doc. de identidad: 73261983	Edad: 29	Fecha Ncto.: 27/06/1993	Lugar Ncto.: Lambayeque - Lambayeque - Lambayeque
Domicilio: Lambayeque - Lambayeque - Lambayeque			
Teléfono: 920232957	Estado Civil: SOLTERO		Sexo: Masculino

Para cada ítem se debe indicar con qué frecuencia la condición descrita es una fuente actual de estrés, anotando el número que mejor la describa:

Si la condición:

NUNCA
RARAS VECES
OCASIONALMENTE
ALGUNAS VECES
FRECUENTEMENTE
GENERALMENTE
SIEMPRE

Valor
1
2
3
4
5
6
7

Ítem	Condición	Valor
1	La gente no comprende la misión y metas de la organización.	1
2	La forma de rendir informes entre superior y subordinado me hace sentir presionado.	1
3	No estoy en condiciones de controlar las actividades de mi área de trabajo.	1
4	El equipo disponible para llevar a cabo el trabajo a tiempo es limitado.	1
5	Mi supervisor no da la cara por mí ante los jefes.	1
6	Mi supervisor no me respeta.	1
7	No soy parte de un grupo de trabajo de colaboración estrecha.	1
8	Mi equipo no respalda mis metas profesionales.	1
9	Mi equipo no disfruta de estatus o prestigio dentro de la organización.	1
10	La estrategia de la organización no es bien comprendida.	1
11	Las políticas generales iniciadas por lo gerencia impiden el buen desempeño.	1
12	Una persona a mi nivel tiene poco control sobre el trabajo.	1
13	Mi supervisor no se preocupa de mi bienestar personal.	1
14	No se dispone de conocimiento técnico para seguir siendo competitivo.	1
15	No se tiene derecho a un espacio privado de trabajo.	1
16	La estructura formal tiene demasiado papeleo.	1
17	Mi supervisor no tiene confianza en el desempeño de mi trabajo.	1
18	Mi equipo se encuentra desorganizado.	1
19	Mi equipo no me brinda protección en relación con injustas demandas de trabajo que me hacen los jefes.	1
20	La organización carece de dirección y objetivo.	1
21	Mi equipo me presiona demasiado.	1
22	Me siento incómodo al trabajar con miembros de otras unidades de trabajo.	1
23	Mi equipo no me brinda ayuda técnica cuando es necesario.	1
24	La cadena de mando no se respeta.	1
25	No se cuenta con la tecnología para hacer un trabajo de importancia.	1

Diagnosticos

--



ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

Tipo de evaluación: PRE OCUPACIONAL			
Historia Clínica: 24355 Fecha: Chiclayo de 14 de Julio 2022			
Empresa: TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.		Cargo: CONDUCTOR	
Apellidos y Nombre: BALDERA TINEO SANTOS BERNARDINO			
Doc. de identidad: 73261983	Edad: 29	Fecha Ncto.: 27/06/1993	Lugar Ncto.: Lambayeque - Lambayeque - Lambayeque
Domicilio: Lambayeque - Lambayeque - Lambayeque			
Teléfono: 920232957	Estado Civil: SOLTERO		Sexo: Masculino

Este "test" le ayudará a evaluar si presenta excesiva tendencia a la somnolencia diurna, lo que puede condicionar la capacidad para determinados trabajos, y debe ser estudiado.

A fin de cumplimentarlo, escoja el valor más apropiado de entre los propuestos para cada situación.

Para su fiabilidad debe imaginar la situación exacta que se plantea, que la actividad a que se refieren las propuestas, despierta en usted un grado de interés o atención similar o equiparable al que requiere su puesto de trabajo y que no se encuentra excesivamente cansado.

Relacionar cada número con la respuesta a marcar:

0 = NUNCA

1 = BAJA

2 = MODERADA

3 = ALTA

SITUACIÓN

- Está sentado y leyendo una revista o periódico.

0 1 2 3

- Está viendo un programa de televisión que le interesa suficientemente.

0 1 2 3

- Está sentado en un lugar público (ej. En un cine, restaurante, espectáculo...).

0 1 2 3

- Es pasajero en un coche, viajando durante una hora sin paradas.

0 1 2 3

- Está tumbado para descansar al mediodía cuando las circunstancias lo permiten.

0 1 2 3

- Está sentado y charlando con alguien.

0 1 2 3

- Está sentado después de la comida de mediodía, sin haber tomado alcohol.

0 1 2 3

- En un coche, mientras está parado durante unos minutos por retención en el tráfico.

0 1 2 3

Este cuestionario es CONFIDENCIAL. Se realiza según protocolo de Vigilancia de la Salud para su trabajo.

APELLIDOS Y NOMBRES BALDERA TINEO SANTOS BERNARDINO

FECHA 14-07-2022

YESDRA GOTTI SERRA MEDINA

 PSICÓLOGA

 C. Ps. P. 18651

FIRMA

Diagnosticos

TEST DE EPWORTH						
Se hace constancia que el Sr. (a)						
APELLIDOS Y NOMBRES:	BALDERA TINEO SANTOS BERNARDINO					
Doc. de identidad:	73261983	Edad	29	años	Género:	Masculino
Puesto a:	CONDUCTOR					
EMPRESA	TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.					
Historia Clínica:	24355					
Conclusiones: Los resultados obtenidos en este test indican no padecer somnolencia diurna.						
Recomendaciones: Se sugiere capacitación de inducción.		Sello y Firma del Médico que CERTIFICA 				
Fecha: 14-07-2022						



TEST DE FOBIAS

APELLIDOS, NOMBRES BALDERA TINEO SANTOS BERNARDINO			
EDAD	29	GRADO DE INSTRUCCIÓN	TECNICO COMPLETO
FECHA DE NACIMIENTO	27-06-1993	DNI	73261983
DIRECCIÓN	CALLE SOLF Y MURO 1670 PP.JJ. SANTO ROSA		
EMPRESA	TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.	CARGO	CONDUCTOR

CONCENTRATE Y RESPONDE CON TRANSPARENCIA LAS PREGUNTAS QUE A CONTINUACION SE MENCIONAN

1. ¿Tomas con frecuencia el elevador?

No.
Todo depende.
Sí.

**5. Se te acerca un hombre/mujer guapo(a) pero extraño
¿Vestido de negro...que haces?**

Huyes de él.
Lo observas cuidadosamente.
Te le acercas brevemente.

2. ¿Cuál de estos personajes te gusta más?

Ricky Ricardo. (Actor cómico)
Sherlock Holmes. (Detective)
James Bond. (Agente Secreto)

6. Crees que las películas

Horrible.
Una idiotez.
Fabulosas.

3. De estas tres oraciones... ¿Cuál te ofrece una mayor seguridad?

Tener el pan de cada día.
Tener un buen seguro.
Sentirse libre cueste lo que cueste.

7. Se va la luz y quedas en la oscuridad. Tú

Te quedaste petrificada.
Buscas una vela enseguida.
Te sientes en esa situación como un búho en la oscuridad.

4. ¿Qué cubierto prefieres?

La cucharita.
El tenedor.
El cuchillo.

8. ¿Qué animal te gustaría ser?

Un cordero.
Un zorro.
Una serpiente.



TEST SFC

APELLIDOS Y NOMBRES: BALDERA TINEO SANTOS BERNARDINO

HC: 24355

PREGUNTAS	NO	NO SÉ	SI
¿Tienes una fatiga que antes no tenías y que te dura más de seis meses?			
¿Esta fatiga afecta de forma importante tu vida y tu capacidad para realizar tareas?			
¿Has acudido a un buen equipo médico y han descartado otras enfermedades que puedan ser causa de tu fatiga?			
¿Tienes actualmente o has tenido en los últimos seis meses al menos cuatro de los siguientes síntomas? • Dolor de garganta • Crecimiento de nódulos linfáticos • Dolor de cabeza • Dolor en las articulaciones, pero sin inflamación • Dolores musculares • Sueño no reparador • Trastornos de memoria, concentración, expresión... • Malestar o fatiga post-esfuerzo superior a 24 horas.			
¿Has tenido alguna de las siguientes enfermedades? • Cualquier enfermedad (especialmente si no ha sido tratada o si tú no has cumplido las prescripciones médicas) que pueda justificar tu fatiga. • Cualquier enfermedad psiquiátrica pasada o actual con episodios psicóticos, trastorno bipolar, esquizofrenia, demencias orgánicas, anorexia. • Abuso de sustancias tóxicas, como por ejemplo el alcohol, al menos en los dos años anteriores a desarrollarse tu fatiga o en cualquier momento.			
Si entre todos tus síntomas, tuvieses que elegir los tres que más te han molestado en los últimos tres meses, incluirías... • Fatiga extenuante. • Trastornos cognitivos con alteraciones de la memoria, concentración, torpeza, dificultad en la búsqueda de palabras para expresarte. • Dolor			
¿Has notado la aparición de alguna de las siguientes molestias? • Alergias, ya sean estacionales, medicamentosas o incluso alimentarias (cosas que "te sientan mal") • Intolerancia a olores (perfumes, insecticidas...) • Intolerancia a cantidades mínimas de alcohol.			
¿Has tenido alguno de los siguientes síntomas? • Alergias, ya sean estacionales, medicamentosas o incluso alimentarias (cosas que "te sientan mal") • Intolerancia a olores (perfumes, insecticidas...) • Intolerancia a cantidades mínimas de alcohol.			
¿Has tenido alguno de los siguientes problemas? • Un incremento notable en tus emociones y/o irritabilidad. • Dificultad para manejarse bien en situaciones de estrés o conflictivas cuando tú, antes, las solucionabas bien.			
¿Has notado la aparición de alguno de los siguientes síntomas (que antes no tenías)? • Sensación de distensión abdominal, gases o digestiones pesadas. • Crisis de diarrea o estreñimiento. • Ardor gástrico o reflujo • Náuseas • Alteraciones en la orina, como picor, escozor o micción muy frecuente, sin que se demuestre ninguna infección.			
¿tienes menos de 40 años?			
¿Has sido diagnosticada/o de fibromialgia?			


 CENTRO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL
 "SALUD Y BIENESTAR" S.A.C.
 YESDRA SADIT SEGOBIA MEDINA
 PSICÓLOGA
 C. Ps. P. 18651

FIRMA PSICOLOGO(A)



EVALUACIÓN OSTEOMUSCULAR

Tipo de evaluación: PRE OCUPACIONAL						
Historia Clínica: 24355 Fecha: Chiclayo de 14 de Julio 2022						
Empresa: TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.				Cargo: CONDUCTOR		
Apellidos y Nombres: BALDERA TINEO SANTOS BERNARDINO						
Doc. de identidad: 73261983		Edad: 29	Fecha Ncto.: 27/06/1993	Lugar Ncto.: Lambayeque - Lambayeque - Lambayeque		
Domicilio: Lambayeque - Lambayeque - Lambayeque						
Teléfono: 920232957		Estado Civil: SOLTERO (A)		Sexo: Masculino		

Aptitud de Espalda	Excelente: 1	Promedio: 2	Regular: 3	Pobre: 4	Ptos	Observaciones
FLEXIBILIDAD FUERZA ABDOMEN					2	NO
CADERA					2	NO
MUSLO					2	NO
ABDOMEN LATERAL					2	NO
TOTAL					8	

Rangos Articulares	Óptimo: 1	Limitado: 2	Muy Limitado: 3	Ptos	Dolor contra resistencia SI / NO
Abducción de hombro (Normal 0° - 180°)				1	NO
Aducción de hombro (Normal 0° - 80°)				1	NO
Rotación externa (Normal 0°-90°)				1	NO
Rotación interna de hombro				1	NO
Observaciones:				TOTAL	4

No tiene limitaciones funcionales para su completa participación en actividades que requieran levantar peso bajo condiciones adecuadas de instrucción relacionadas a los mecanismos propios del cuerpo

Según la EVALUACIÓN DE CAPACIDAD FÍSICA, el médico que suscribe CERTIFICA que el trabajador:

☒ No tiene limitaciones funcionales

☐ Tiene limitaciones funciones

CENTRO MEDICO DESARROLLO OCUPACIONAL
 "SALUD Y BIENESTAR S.A.C."
 Oscar Matucio Diaz Gonzalez
 C.M.P. 76844

V.B.

FIRMA MÉDICO EVALUADOR

Historia Clínica: 24355								
COLUMNA VERTEBRAL								
EVALUACIÓN ESTÁTICA	DESVIACIONES DEL EJE LATERAL			DESVIACIONES DEL EJE ANTERO-POSTERIOR			PALPACIÓN	
	Normal	Concavidad derecha	Concavidad izquierda	Normal	Aumentada	Disminuida	Apófisis espinosas dolorosas	Contractura muscular
Columna Cervical	SI	-	-	SI	-	-	NO	NO
Columna Dorsal	SI	-	-	SI	-	-	NO	NO
Columna Lumbar	SI	-	-	SI	-	-	NO	NO
EVALUACIÓN DINÁMICA	MOVILIDAD - DOLOR							
	Flexión	Extensión	Lateralización izquierda	Lateralización derecha	Rotación izquierda	Rotación derecha	Irradiación	Alt. Masa Muscular
Columna Cervical	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Columna Dorsal	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Columna Lumbar	0	0	0	0	0	0	NO	NO
EVALUACIÓN. DINÁMICA DE ARTICULACIONES	MOVILIDAD - DOLOR							
	Abducción	Aducción	Flexión	Extensión	Rotación Externa	Rotación Interna	Irradiación	Alt. Masa Muscular
Hombro derecho	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Hombro izquierdo	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Codo derecho			0	0	0	0	NO	NO
Codo izquierdo			0	0	0	0	NO	NO
Muñeca derecha	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Muñeca izquierda	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Manos y dedos derechos			0	0			NO	NO
Manos y dedos izquierdos			0	0			NO	NO
Cadera derecha	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Cadera izquierda	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Rodilla derecha			0	0			NO	NO
Rodilla izquierda			0	0			NO	NO
Tobillo derecho			0	0	0	0	NO	NO
Tobillo izquierdo			0	0	0	0	NO	NO
PUNTUACIÓN DE REFERENCIA (SIGNOS Y SÍNTOMAS)				DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS				
Grado 0 X	Ausencia de signos y síntomas.							
Grado 1	Contractura y/o dolor a la movilización.							
Grado 2	Grado 1 más dolor a la palpación y/o percusión							
Grado 3	Grado 2 más limitación funcional evidente clínicamente							
Grado 4	Dolor en reposo							
DIAGNÓSTICO								
EXAMEN NORMAL								
VALORACIÓN		APTO	X	NO APTO	EN OBSERVACION			
RECOMENDACIONES								

V.B.

Firma y sello del médico C.M.P.



CENTRO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL
"SALUD Y BIENESTAR SAC"
Oscar Mauricio Díaz González
C.M.P. 76844

INFORME RADIOGRÁFICO CON METODOLOGÍA OIT-2000

PLACA N°		HCL		24355		Lector								
Nombre		BALDERA TINEO SANTOS BERNARDINO						Edad	29 años					
Fecha de lectura		14 Día	07 Mes	2022 Año	Fecha de radiografía				14 Día	07 Mes	2022 Año			
I. Calidad Radiográfica		1 Buena	☒		Causas	1 Sobreexposición			5 Escapulas					
		2 Aceptable				2 Subexposición	☒		6 Artefacto					
		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. Porfusión (opacidad pequeñas) (escala de 12 puntos) (Consulte las radiografías estándar; marque la subcategoría)			2.3. Forma y Tamaño (Consulte las radiografías estándar; se requieren dos símbolos; marque un primario y 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		0				
Superior			1/0	1/1	1/2	p	s	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 del tórax						a De 3 a 5 mm				
				2 Entre 1/4 y 1/2 de la pared lateral del tórax						b De 5 a 10 mm				
				3 > 1/2 de la pared lateral del tórax						c Mayor a 10 mm				
Perfil		0	D	I	0	D	I	0	D	I	0	D	I	
De frente		0	D	I	0	D	I	0	D	I	0	D	I	
Diafragma		0	D	I	0	D	I	0	D	I	0	D	I	
Otro(s) sitio(s)		0	D	I	0	D	I	0	D	I	0	D	I	
Obliteración del Angulo Costofrenico											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	0	D	I
De frente			0	D	I	0	D	I	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 TÓRAX RADIOLÓGICAMENTE DE ASPECTO CONSERVADO. SIN PATRÓN NEUMOCONIÓTICO.														
Firma y sello del médico		 DRA. ROSANA FLORES TIPISMANA MEDICA RADIOLOGA CMP 29534- RNE 18243												



EVALUACIÓN PSICOSENSOMÉTRICO

I.- DATOS DEL PACIENTE:

Tipo de evaluación: PRE OCUPACIONAL	
Historia Clínica: 24355 Fecha: Chiclayo de 14 de Julio 2022	
Empresa: TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.	Cargo: CONDUCTOR
Apellidos y Nombre: BALDERA TINEO SANTOS BERNARDINO	
Doc. de identidad: 73261983 Edad: 29	Fecha Ncto.: 27/06/1993
Lugar Ncto.: Lambayeque - Lambayeque	
Domicilio: CALLE SOLF Y MURO 1670 PP.JJ. SANTO ROSA	
Teléfono: 920232957	Estado Civil: SOLTERO
Sexo: Masculino	

II.-RESULTADO DE EVALUACIÓN:

EXAMEN	RESULTADO	
	Dentro del parámetro	Fuera del parámetro
Test de control temporo espacial	X	
Test de coordinación bimanual	X	
Test de coordinacion bimanual fina (Palanca)	X	
Test de coordinación visomotora (punteo)	X	
Test de reacciones múltiples condicionada	X	
Test de reacción simple	X	

RESULTADO

APROBADO	X
NO APROBADO	


 CENTRO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL
 "SALUD Y BIENESTAR S.A.C."
 Oscar Mauricio Díaz González
 CMP: 76844

FIRMA DEL EVALUADOR



CENTRO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL SALUD Y BIENESTAR

EXAMEN DE PSICOSOMETRIA

Fecha: PRE OCUPACIONAL	Hora: PRE OCUPACIONAL
APELLIDOS Y NOMBRES: BALDERA TINEO SANTOS BERNARDINO	
NUMERO DOCUMENTO: 73261983	EDAD: 29
FECHA NACIMIENTO: 27/06/1993	
SEXO: Masculino	ESTADO CIVIL: SOLTERO
DOMICILIO: CALLE SOLF Y MURO 1670 PP.JJ. SANTO ROSA	

SENSOMETRIA**TEST DE VISION LEJANA**

BINOCULAR 20/30
 MONOCULAR IZQUIERDO 20/30
 MONOCULAR DERECHO 20/30
 FORIA VERTICAL Y HORIZONTAL
 SEÑALES DE TRANSITO
 ESTEREOPSIS
 COLORES ISHIHARA
 CAMPIMETRIA

TEST DE VISION NOCTURNA

VISION NOCTURNA
 ENCADILAR
 RECUPERACION

TEST DE AUDIOMETRIA

TEST DE AUDIOMETRIA

TEST DE PALANCA

TEST DE PALANCA APROBADO
 TIEMPO 0.45
 TIEMPO EN ERROR 0.89
 ERRORES 11

TEST DE PUNTEADO

TEST DE PUNTEADO APROBADO
 PERMANENCIA 5.17
 ACIERTOS 25
 ERRORES 14

TEST DE REACCION

TEST DE REACCION APROBADO
 TIEMPO DE PROMEDIO 0.300
 TIEMPO TOTAL 2.970
 INTENTOS 10

EXAMEN TOXICOLOGICO

Cocaína:
Marihuana:
Alcohol:
GRUPO SANGUINEO: O POSITIVO
OBSERVACIONES:

DICTAMEN

RESTRICCIONES:

OBSERVACIONES:


 CENTRO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL
 "SALUD Y BIENESTAR SAC"
 Oscar Muñoz Díaz González
 C.M.P. 76844

FIRMA DEL EVALUADOR



HISTORIA CLÍNICA 24355	TIPO EVALUACIÓN PRE OCUPACIONAL
EMPRESA TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.	CARGO CONDUCTOR
APELLIDOS Y NOMBRES: BALDERA TINEO SANTOS BERNARDINO	
DNI 73261983	EDAD 29 años
ESTADO CIVIL SOLTERO	SEXO MASCULINO
FECHA: 14-07-2022	

HEMATOLOGIA			
EXAMEN	RESULTADO ACTUAL	UNIDAD	VALORES NORMALES

HEMOGRAMA COMPLETO**HEMOGRAMA**

ERITROCITOS	5.1	millones/mm ³	Hombres: 4.2 - 6.3 Mujeres 3.9 - 5.8
LEUCOCITOS	8.9	10 ³ /mm ³	4.5 - 10
HEMOGLOBINA	15.6	G/ DL	Hombres: 13.0 – 18 g/dl Mujeres: 12.0 – 16 g/dl
HEMATOCRITO	47	%	Hombres: 38 – 54 % Mujeres: 36 - 47 % Niños < 3 años:32-42

CONSTANTES CORPUSCULARES

VCM (volumen corpuscular Medio)	90.90	Fl	80 - 99
HCM (Hemoglobina Corpuscular Media)	30.00	Pg.	27 - 32
CCMH (Concentración de hemoglobina corpuscular media)	33.33	g/dl	32 - 36

FORMULA LEUCOCITARIA

PROMIELOCITOS	00	%	0
METAMIELOCITOS	00	%	0
NEUTROFILOS SEGMENTADOS	56	%	45– 65 %
NEUTROFILOS ABASTONADOS	00	%	0– 3 %
EOSINOFILOS	04	%	0 - 4 %
BASOFILOS	00	%	0 – 1 %
MONOCITOS	05	%	0 – 8 %
LINFOCITOS	35	%	25 – 35 %

RESULTADO

HEMOGRAMA COMPLETO	NORMAL
--------------------	--------

GRUPO SANGUÍNEO

GRUPO SANGUÍNEO	O FACTOR RH POSITIVO
-----------------	----------------------

RESULTADO


 CENTRO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL
 "SALUD Y BIENESTAR" S.A.C.
 Yessica Yessica Medina Cueva
 JEF. LOCAL
 C.B. 13100



HISTORIA CLÍNICA 24355	TIPO EVALUACIÓN PRE OCUPACIONAL
EMPRESA TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.	CARGO CONDUCTOR
APELLIDOS Y NOMBRES: BALDERA TINEO SANTOS BERNARDINO	
DNI 73261983 EDAD 29 años	ESTADO CIVIL SOLTERO SEXO MASCULINO
FECHA: 14-07-2022	

UROANALISIS			
EXAMEN	RESULTADO ACTUAL	UNIDAD	VALORES NORMALES
EXAMEN DE ORINA COMPLETO			
EXAMEN DE ORINA			
COLOR	AMARILLO		
ASPECTO	LIGERAMENTE TURBIO		
PH	7.0		5.0 - 9.0
DENSIDAD	1015		1000 - 8
PROTEINAS	NEGATIVO		NEGATIVO
PIGMENTOS BILIARES	NEGATIVO		NEGATIVO
GLUCOSA	NEGATIVO		NEGATIVO
UROBILINOGENO	NEGATIVO		NEGATIVO
CETONAS	NEGATIVO		NEGATIVO
NITRITOS	NEGATIVO		NEGATIVO
SANGRE	NEGATIVO		NEGATIVO
EXAMEN MICROSCOPICO			
CELULAS EPITELIALES	ESCASOS		ESCASOS
LEUCOCITOS ISLADOS	0 - 2	x campo	< 5
HEMATIES	0 - 2	x campo	< 5
FILAMENTO MUCOIDES	NO SE OBSERVAN		NO SE OBSERVO
CILINDROS	NO SE OBSERVAN		NO SE OBSERVO
C. FOSF. TRIPLES	NO SE OBSERVAN		NO SE OBSERVO
CRISTALES DE FOSFATOS	NO SE OBSERVAN		NO SE OBSERVO
HONGOS	NO SE OBSERVAN		NO SE OBSERVO
GERMENES	ESCASOS		-----
OBSERVACIONES:			
LEUCOCITOS AGLUTINADOS	NO SE OBSERVAN	x campo	0 X CAMPO
RESULTADO			
EXAMEN DE ORINA COMPLETO	NORMAL		


 CENTRO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL
 "SALUD Y BIENESTAR" S.A.C.
 Jessica Yessica Medina Cueva
 SINDICA
 CIP 13100



HISTORIA CLÍNICA 24355	TIPO EVALUACIÓN PRE OCUPACIONAL
EMPRESA TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.	CARGO CONDUCTOR
APELLIDOS Y NOMBRES: BALDERA TINEO SANTOS BERNARDINO	
DNI 73261983 EDAD 29 años	ESTADO CIVIL SOLTERO SEXO MASCULINO
FECHA: 14-07-2022	

BIOQUIMICA			
EXAMEN	RESULTADO ACTUAL	UNIDAD	VALORES NORMALES
GLUCOSA BASAL	96.6	mg/dl	70 - 115
COLESTEROL	199.8	mg/dl	< 200 deseable 200 - 240 mg/dl limite Alto riesgo > 240 elevado
TRIGLICERIDOS	166.4	mg/dl	<200 Deseable 200-400 limite alto >400 mg/dl alto

 CENTRO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL
"SALUD Y BIENESTAR" S.A.C.
.....
Yessica Yessenia Medina Cueva
2022-07-14
069 13100

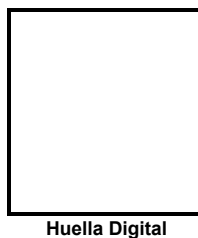


**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXAMEN MÉDICO Y
AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE RESULTADOS Y FIRMA Y HUELLA
DIGITAL**

Yo, **BALDERA TINEO SANTOS BERNARDINO** , identificado con Doc. de identidad: N° **73261983** , domiciliado en **CALLE SOLF Y MURO 1670 PP.JJ. SANTO ROSA** distrito de **Lambayeque** Provincia y departamento de **Lambayeque** certifico con este documento, que he sido informado acerca de la naturaleza y propósito de los Exámenes Ocupacionales y pruebas complementarias conforme a lo establecido en el artículo 79° literal e) de la Ley N° 29783, ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, y el artículo 107 de Reglamento de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, que la empresa **TRANSPORTE TS HNOS S.A.C.** solicita, de acuerdo a los riesgos de mi puesto de trabajo y que todas mi dudas y preguntas han sido absueltas. Por tanto de forma voluntaria otorgo mi consentimiento para que procedan a realizar los exámenes que correspondan y así mismo autorizo que los resultados sean entregados al área de salud ocupacional de la empresa y el uso de mi firma y huella digital, con la finalidad de realizar la vigilancia médica ocupacional ordenada por la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo 29783 y su modificatoria Ley 30222.

En Lima, 14 de **Julio** de 2022

Firma Digital
Artículo 79 Obligaciones del trabajador



Huella Digital

En materia de prevención de riesgos laborales, los trabajadores tienen las siguientes obligaciones.

Artículo 107 .- En el caso del inciso e) del artículo 79 de la Ley, se precisa que los exámenes médicos son aquellos que expresamente catalogados como obligatorios, según las normas expedidas por el Ministerio de Salud. La negativa por parte del trabajador a someterse a exámenes no obligatorios no podrá considerarse como falta sujeta a sanción por parte del empleador, con excepción de aquellos exámenes exigidos por normas internas de la organización en el caso de tratarse de actividades de alto riesgo.

En este caso las normas internas deben estar debidamente fundamentadas y previamente a su aprobación ser puestas en conocimiento del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajador o Supervisor.