

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL

Fecha de Evaluación : 27/03/2023 **Nº Ficha / H.C.:** 01283053
Certifica que el Sr.(a) :
Apellidos y Nombres : CHILON INFANTE, EDWIN JAVIER
Documento de Identidad : DNI 41047368 **Edad:** 42 años **Genero:** MASCULINO
Empresa : NEGOCIOS LA CENTRAL SRL
Obra o Proyecto : OHLA- DEFENSAS RIBEREÑAS DEL RIO CAÑETE Y DEL RIO HUAURA
Puesto al que postula (Sólo Pre Ocupacional) : CONDUCTOR DE VEHICULO
Puesto actual : --
Grupo sanguíneo y Factor Rh : O POSITIVO

Tipo de Evaluación:

- ☒ **Pre Ocupacional**
☐ **Periódico**
☐ **Retiro**
☐ **Visita**
☐ **Reincorporación laboral**

Aptitud:

- ☐ **APTO**
 (para el puesto en el que trabaja o postula)
☒ **APTO CON RESTRICCION**
 (para el puesto en el que trabaja o postula)
☐ **NO APTO**
 (para el puesto en el que trabaja o postula)
☐ **EVALUADO**

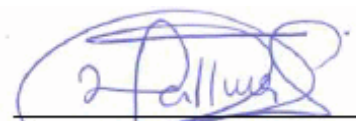
Restricciones:

- USO DE LENTES CORRECTORES PERMANENTE.
- USO DE LENTES CORRECTORES PARA VISION DE CERCA.
- USO Estricto DE PROTECTORES AUDITIVOS EN CASO DE EXPOSICION A ZONA DE RUIDO > = 85 DB.

RECOMENDACIONES:

01. USO Estricto DE PROTECTORES AUDITIVOS EN CASO DE EXPOSICION A ZONA DE RUIDO > = 85 DB, DURANTE LA JORNADA LABORAL DE 8 HORAS. CONTROL AUDIOMETRICO EN 3 MESES.
02. INTERCONSULTA A ENDOCRINOLOGIA, INTERCONSULTA A NUTRICION. CONTROL MENSUAL DE PESO. PLAZO 6 MESES.
03. REALIZAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. EVALUACION POR NUTRICION. CONTROL DE PERFIL LIPIDICO EN 3 MESES.
04. USO DE LENTES CON PROTECCIÓN UV. USO DE LUBRICANTE OCULAR. CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGIA.
05. CONTINUAR USO DE LENTES CORRECTORES PERMANENTE. CONTROL OFTALMOLOGICO ANUAL.
06. CONTINUAR USO DE LENTES CORRECTORES PARA VISION DE CERCA. CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGIA.
07. SE RECOMIENDA CONTROL DE GLUCOSA. SI PERSISTE RESULTADO, INTERCONSULTA A ENDOCRINOLOGIA.
08. CONTINUAR TRATAMIENTO ESTABLECIDO POR MEDICO TRATANTE. CONTROL ANUAL POR ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGIA.
09. INTERCONSULTA A DERMATOLOGIA PARA EVALUACION.

Fecha de Vencimiento: 27/03/2024


DRA. MONICA MALLMA SILVA
 Medicina Ocupacional y Medio Ambiente
 C.M.P. 38504 - R.N.E. 39065

Sello y Firma del Médico que CERTIFICA

INFORME MÉDICO PARA EL TRABAJADOR

N° FICHA: 01283053

Tipo del Examen:	PREOCUPACIONAL	Fecha del Examen:	27/03/2023	Puesto Específico:	CONDUCTOR DE VEHICULO
Estimado Sr.(a)	CHILON INFANTE, EDWIN JAVIER				

Por medio del presente informe le hacemos llegar los resultados de su Examen Médico Ocupacional que incluye sus diagnósticos recomendaciones y la fecha de vencimiento de su examen.

Resultados de Importancia:					
	Normal	Anormal	Valor Normal		
Glucosa	-	102.4 mg/dL	Menor de 115 mg/dl	Edad	42 años
Colesterol Total	171.0 mg/dl	-	Menor de 200 mg/dl	Peso	85 Kg
Colesterol HDL	-	31.0 mg/dl	Mayor a 35 mg/dl	Talla	1.64 m
Triglicéridos	83.0 mg/dl	-	Menor a 150 mg/dl	IMC	31.6 Kg/m2
Hemoglobina	14.70 g/dl	-	V: 13.00 a 20.00 g/dl - M: 11.5 a 19.00 g/dl	Presión Arterial	120/80 mmHg
Riesgo Coronario	5.5	-	Varon < 5.0 Mujer < 4.4	Grupo Sanguíneo	O POSITIVO

	Normal	Anormal	Diagnostico	Recomendaciones
Examen Clínico	-	X	1. OBESIDAD GRADO I//2. DESCARTAR ONICOMICOSIS PEDIA // 3. COLESTEROL HDL DISMINUIDO // 4. GLUCOSA ALTERADA EN AYUNAS	1. INTERCONSULTA A ENDOCRINOLOGIA, INTERCONSULTA A NUTRICION. CONTROL MENSUAL DE PESO. PLAZO 6 MESES.//2. INTERCONSULTA A DERMATOLOGIA PARA EVALUACION. // 3. REALIZAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. EVALUACION POR NUTRICION. CONTROL DE PERFIL LIPIDICO EN 3 MESES. // 4. SE RECOMIENDA CONTROL DE GLUCOSA. SI PERSISTE RESULTADO, INTERCONSULTA A ENDOCRINOLOGIA.
Electrocardiograma	X	-	NORMAL	NINGUNO
Radiografía de Tórax	-	X	1. LEVE ESCOLIOSIS DORSO LUMBAR LEVE	1. CONTINUAR TRATAMIENTO ESTABLECIDO POR MEDICO TRATANTE. CONTROL ANUAL POR ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGIA.
Espirometría	-	-	NO APLICA	-
Audiometría	-	X	1. OTRAS ALTERACIONES: HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL LEVE BILATERAL	1. USO Estricto DE PROTECTORES AUDITIVOS EN CASO DE EXPOSICION A ZONA DE RUIDO > = 85 DB, DURANTE LA JORNADA LABORAL DE 8 HORAS. CONTROL AUDIOMETRICO EN 3 MESES.
Odontología	-	-	NO APLICA	-
Oftamología	-	X	1. PTERIGION NASAL 1° AMBOS OJOS//2. ASTIGMATISMO MIOPICO AMBOS OJOS CORREGIDO//3. PRESBICIA CORREGIDA	1. USO DE LENTES CON PROTECCIÓN UV. USO DE LUBRICANTE OCULAR. CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGIA.//2. CONTINUAR USO DE LENTES CORRECTORES PERMANENTE. CONTROL OFTALMOLOGICO ANUAL.//3.
Ev. Musculo Esquelética	X	-	NORMAL	NINGUNO
Prueba Esfuerzo	-	-	NO APLICA	-
Psicológico	X	-	NORMAL	NINGUNO
Test Fobias y Somnolencia	X	-	NORMAL	TEST DE FOBIAS : NORMAL

Su aptitud es:	Restricciones:
APTO (-) APTO CON RESTRICCIONES (X) NO APTO (-)	- USO DE LENTES CORRECTORES PERMANENTE. - USO DE LENTES CORRECTORES PARA VISION DE CERCA. - USO Estricto DE PROTECTORES AUDITIVOS EN CASO DE EXPOSICION A ZONA DE RUIDO > = 85 DB.

Fecha de Vencimiento de su Examen:	27/03/2024
---	------------

El trabajador deja constancia de haber comprendido el contenido de este informe y debe realizar su próximo examen médico ocupacional durante el mes de vencimiento. En caso de tener observaciones solo requiere presentar los certificados de haber regularizado dichas observaciones. Se entrega copia de Examen Médico Ocupacional.



Firma del Trabajador (*)




DRA. MONICA MALLMA SILVA
Medicina Ocupacional y Medio Ambiente
CNP 38504 - RNE 38065

Firma y Sello del Médico Ocupacional

(*) Mediante mi firma y huella digital autorizo que el presente documento sea llenado posteriormente de manera exclusiva con los resultados médicos de mi persona.

DECLARACIÓN JURADA DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

N° Ficha Médica : 01283053

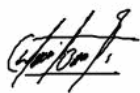
Fecha : 27/03/2023

Yo, CHILON INFANTE, EDWIN JAVIER identificado con DNI 41047368 trabajador de la empresa NEGOCIOS LA CENTRAL SRL con domicilio en ASOC. LA FLORIDA MZ. E LT. 9 DTTO. VILLA MARIA DEL TRIUNFO PROV. LIMA DPTO. LIMA Telefono 990252939; por la presente acepto que me realicen examen médico: PREOCUPACIONAL en el Centro Médico HOLOMEDIC SERVICIOS INTEGRALES S.A.C..

Expreso que mis respuestas dadas durante el examen son auténticas y esto consciente que el ocultar o falsear información me puede causar daño por lo que asumo la responsabilidad de ello.

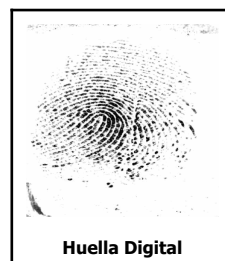
Autorizo al Centro Médico HOLOMEDIC SERVICIOS INTEGRALES S.A.C. a proporcionar información concerniente a mi estado de salud, resultados de mis exámenes auxiliares, evaluaciones médico ocupacional, contenido en mi ficha médica, al responsable del servicio Médico Ocupacional de la empresa OHL.

La presente autorización se ampara en lo dispuesto en los **Art. 5° (2° párrafo), Art 13°, 25°, 27°, 29° (3° párrafo) de la Ley General de Salud N° 26842.**



Firma del Postulante

CHILON INFANTE, EDWIN JAVIER
DNI 41047368



Huella Digital

AUTORIZACION DE LIBERACION DE INFORMACION DE SALUD

Yo, **CHILON INFANTE, EDWIN JAVIER**, identificado(a) con DNI **41047368**, domiciliado(a) en **ASOC. LA FLORIDA MZ. E LT. 9 DTTO. Villa Maria del Triunfo PROV. Lima DPTO. Lima**.

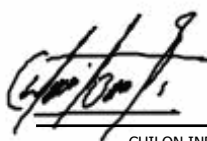
Autorizo al Establecimiento de Salud **HOLOMEDIC SERVICIOS INTEGRALES S.A.C.** a proporcionar informacion concerniente a mi estado de salud, resultados de mi evaluación médica ocupacional y pruebas funcionales contenidas en mi Historia clínica al Médico encargado de la Vigilancia Médica Ocupacional de la Empresa **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**, para su evaluación, administración y archivo de la misma.

La presente autorización se encuentra dentro de los parámetros que establece Art. 25° de la Ley General de Salud N° 26842.

De acuerdo a lo expresado, firmo el presente documento del día **lunes, 27 de marzo de 2023**.



HUELLA DIGITAL



CHILON INFANTE, EDWIN JAVIER

D.N.I: DNI 41047368

ANEXO N°02
FICHA MEDICO OCUPACIONAL

N° Ficha Médica : 01283053		Fecha: 27/03/2023																							
Tipo de Evaluación :		Pre Ocupacional: ☒	Periódico: ☐	Retiro: ☐	Otros: ☐																				
Lugar del Examen :		Departamento: LIMA	Provincia: LIMA	Distrito: LIMA																					
I. DATOS DE LA EMPRESA																									
Razón Social :		NEGOCIOS LA CENTRAL SRL																							
Actividad Económica :		4922 - OTRAS ACTIVIDADES DE TRANSPORTE POR VÍA TERRESTRE																							
Lugar de Trabajo :		NEGOCIOS LA CENTRAL SRL																							
Ubicación:		Departamento: LIMA	Provincia: LIMA	Distrito: SAN JUAN DE MIRAFLORES																					
Puesto al que Postula (sólo pre ocupacional):		CONDUCTOR DE VEHICULO		Puesto de Trabajo:																					
II. FILIACION DEL TRABAJADOR																									
Apellidos y Nombres :		CHILON INFANTE, EDWIN JAVIER		Area de Trabajo: SUPERFICIE																					
Fecha de Nacimiento :		16/07/1980		Edad: 42 años																					
Documento Identidad :		DNI 41047368																							
Domicilio Fiscal :		ASOC. LA FLORIDA MZ. E LT. 9 DTTO. VILLA MARIA DEL TRIUNFO PROV. LIMA DPTO. LIMA																							
Residencia en Lugar de Trabajo		SI ☐	NO ☒																						
ESSALUD ☐	EPS ☐	OTROS ☐	NINGUNO ☒																						
SCTR ☐	OTROS ☐																								
Correo Electrónico :		VARONEDWINCHILONINFANTE@GMAIL.COM		Teléfono: 990252939																					
Estado Civil: CASADO(A)		Grado de Instrucción: Secundaria Completa		N° Total Hijos Vivos: 4																					
				N° Dependientes: 5																					
III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES (VER ADJUNTO HISTORIA OCUPACIONAL)																									
IV. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES																									
Alergias		Diabetes	TBC	Hepatitis B	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th>Hábitos Nocivos</th><th>Tipo</th><th>Cantidad</th><th>Frecuencia</th></tr></thead><tbody><tr><td>Alcohol</td><td>---</td><td>---</td><td>Niega</td></tr><tr><td>Tabaco</td><td>---</td><td>---</td><td>Niega</td></tr><tr><td>Drogas</td><td>---</td><td>---</td><td>Niega</td></tr><tr><td colspan="4">Medicamentos: NINGUNO</td></tr></tbody></table>	Hábitos Nocivos	Tipo	Cantidad	Frecuencia	Alcohol	---	---	Niega	Tabaco	---	---	Niega	Drogas	---	---	Niega	Medicamentos: NINGUNO			
Hábitos Nocivos	Tipo	Cantidad	Frecuencia																						
Alcohol	---	---	Niega																						
Tabaco	---	---	Niega																						
Drogas	---	---	Niega																						
Medicamentos: NINGUNO																									
ITS		Tifoidea	Bronquitis	Neoplasia																					
Asma		HTA	Convulsiones																						
Quemaduras :		NIEGA																							
Intoxicaciones :		NIEGA																							
Cirugías :		NIEGA																							
Otros: 1998: ACCIDENTE COMUN: LESIONES PUNZOCORTANTES EN PIERNA IZQUIERDA, SUTURADAS // 2021: COVID 19 CONFIRMADO POR PRUEBA DE LABORATORIO																									
ACTIVIDAD FISICA: NO		RAM: NIEGA																							
V. ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES																									
Padre :		NIEGA		Madre :	NIEGA																				
Esposa(o) :		NIEGA		Hijos vivos :	4																				
				Hijos fallecidos :	0																				
Absentismo: Enfermedades y Accidentes (asociado al trabajo o no)																									
Enfermedad, Accidente		Asociado al Trabajo		Año	Días de descanso																				
NINGUNO																									
VI. EVALUACION MEDICA																									
Anamnesis: NIEGA MOLESTIAS ACTUALES																									
Examen Clínico:																									
Talla : 1.64 m		Peso: 85 Kg	IMC: 31.6 Kg/m2	Per. Abdominal: 103 cm	F Respiratoria: 18 x min																				
PA : 120/80 mmHg		Temperatura: 36.3 °C		Otros: Cintura: 103 cm	Cadera: 109 cm ICC: 0.94																				
F Cardíaca: 70 x min		Sat O2: 98 %																							
Ectoscopia: ABEG, ABEH, (OBESIDAD I°)		MUJER: FUR: ---		PAP: --	MAC: --																				
				G: --	P: --																				
Estado Mental: LOTEP																									

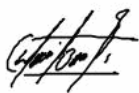
EXAMEN FISICO						Nº Ficha Médica: 01283053																																																					
Ojos y Anexos	AGUDEZA VISUAL	SIN CORREGIR		CORREGIDA		FONDO DE OJO:																																																					
		OD	OI	OD	OI		OD		OI																																																		
	VISION DE CERCA	20/100	20/60	20/20	20/20		Normal	Anormal	Normal	Anormal																																																	
	VISION DE LEJOS	20/70	20/40	20/20	20/20	MACULA	-	-	-	-																																																	
	VISION DE COLORES	Normal				RETINA	-	-	-	-																																																	
	VISION DE PROFUNDIDAD	Normal X Anormal				NERVIO OPTICO	-	-	-	-																																																	
Organo o Sistema	Sin Hallazgos	Hallazgos																																																									
Piel	X	TIBIA ELASTICA NO ANORMALIDADES																																																									
Cabello	X	SANO, BRILLANTE Y CON BUENA IMPLANTACION																																																									
Oidos	X	PABELLON AURICULAR CONSERVADO																																																									
Nariz	X	PERMEABLE NO SECRECIONES																																																									
Boca	X	NO CONGESTIVA AMIGDALAS CONSERVADAS NO LESIONES																																																									
Faringe	X	NO CONGESTIVA AMIGDALAS CONSERVADAS NO LESIONES																																																									
Cuello	X	CILINDRICO, NO SOPLOS, MOVIL, NO TUMOR, IY (-)																																																									
Aparato Respiratorio	X	VIBRACIONES VOCALES CONSERVADAS MURMULLO VESICULAR PASA BIEN NO ESTERTORES																																																									
Aparato Cardiovascular	X	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, BUENA INTENSIDAD																																																									
Aparato Digestivo		X	BLANDO DEPRESIBLE RHA(+) NO VISCEROMEGALIA // GLOBULOSO																																																								
Aparato Genitourinario	X	PUÑO PERCUSION LUMBAR (-) PUNTO RENO URATERAL (-)																																																									
Aparato Locomotor		Ver Ficha Músculo Esquelética																																																									
Marcha	X	ADECUADA NO DESORIENTACIONES																																																									
Columna		Ver Ficha Músculo Esquelética																																																									
Miembros Superiores		X	1 TATUAJE EN 1ER DEDO IZQUIERDO																																																								
Miembros Inferiores			X	MULTIPLES CICATRICES DE +/- 5 X 1 CM EN PIERNA IZQUIERDA // ONICODISTROFIA BILATERAL																																																							
Sistema Linfático	X	NORMAL																																																									
Sistema Nervioso	X	NORMAL																																																									
Tacto Rectal: NO CORRESPONDE																																																											
Score Framingham: 2 %		Riesgo Coronario: NO CORRESPONDE																																																									
VII. CONCLUSIONES DE EVALUACION PSICOLOGICA PUEDA DESEMPEÑARSE EN EL PUESTO LABORAL VIII. CONCLUSIONES RADIOGRAFICAS RADIOGRAFÍA DE TORAX SIN NEUMOCONIOSIS GRADO 0/0 IX. HALLAZGOS PATOLOGICOS DE LABORATORIO ALTERADO X. CONCLUSION AUDIOMETRIA ALTERADO XI. CONCLUSION ESPIROMETRIA NO CORRESPONDE XII. OTROS OFTALMOLOGIA: ALTERADO ELECTROCARDIOGRAMA: DENTRO DE LIMITES NORMALES PETRINOVIC: APROBADO INTERCONSULTA: TRAUMATOLOGIA																																																											
XIII. CONCLUSIONES MEDICAS OCUPACIONALES NINGUNO <table><tr><th></th><th>P</th><th>D</th><th>R</th><th>CIE 10</th></tr><tr><td>01. OTRAS ALTERACIONES: HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL LEVE BILATERAL</td><td></td><td>X</td><td></td><td>H91.8</td></tr><tr><td>02. OBESIDAD GRADO I</td><td></td><td>X</td><td></td><td>E66.X</td></tr><tr><td>03. COLESTEROL HDL DISMINUIDO</td><td></td><td>X</td><td></td><td>E78.6</td></tr><tr><td>04. PTERIGION NASAL 1º AMBOS OJOS</td><td></td><td>X</td><td></td><td>H11.0</td></tr><tr><td>05. ASTIGMATISMO MIOPICO AMBOS OJOS CORREGIDO</td><td></td><td>X</td><td></td><td>H52.0</td></tr><tr><td>06. PRESBICIA CORREGIDA</td><td></td><td>X</td><td></td><td>H52.4</td></tr><tr><td>07. GLUCOSA ALTERADA EN AYUNAS</td><td></td><td>X</td><td></td><td>R73.6</td></tr><tr><td>08. LEVE ESCOLIOSIS DORSO LUMBAR LEVE</td><td></td><td></td><td>X</td><td>M41.5</td></tr><tr><td>09. DESCARTAR ONICOMICOSIS PEDIA</td><td>X</td><td></td><td></td><td>B35.1</td></tr></table>											P	D	R	CIE 10	01. OTRAS ALTERACIONES: HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL LEVE BILATERAL		X		H91.8	02. OBESIDAD GRADO I		X		E66.X	03. COLESTEROL HDL DISMINUIDO		X		E78.6	04. PTERIGION NASAL 1º AMBOS OJOS		X		H11.0	05. ASTIGMATISMO MIOPICO AMBOS OJOS CORREGIDO		X		H52.0	06. PRESBICIA CORREGIDA		X		H52.4	07. GLUCOSA ALTERADA EN AYUNAS		X		R73.6	08. LEVE ESCOLIOSIS DORSO LUMBAR LEVE			X	M41.5	09. DESCARTAR ONICOMICOSIS PEDIA	X			B35.1
	P	D	R	CIE 10																																																							
01. OTRAS ALTERACIONES: HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL LEVE BILATERAL		X		H91.8																																																							
02. OBESIDAD GRADO I		X		E66.X																																																							
03. COLESTEROL HDL DISMINUIDO		X		E78.6																																																							
04. PTERIGION NASAL 1º AMBOS OJOS		X		H11.0																																																							
05. ASTIGMATISMO MIOPICO AMBOS OJOS CORREGIDO		X		H52.0																																																							
06. PRESBICIA CORREGIDA		X		H52.4																																																							
07. GLUCOSA ALTERADA EN AYUNAS		X		R73.6																																																							
08. LEVE ESCOLIOSIS DORSO LUMBAR LEVE			X	M41.5																																																							
09. DESCARTAR ONICOMICOSIS PEDIA	X			B35.1																																																							
Otras Conclusiones <table><tr><td>01. OTRAS ALTERACIONES: HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL LEVE BILATERAL</td><td></td><td>X</td><td></td><td>H91.8</td></tr><tr><td>02. OBESIDAD GRADO I</td><td></td><td>X</td><td></td><td>E66.X</td></tr><tr><td>03. COLESTEROL HDL DISMINUIDO</td><td></td><td>X</td><td></td><td>E78.6</td></tr><tr><td>04. PTERIGION NASAL 1º AMBOS OJOS</td><td></td><td>X</td><td></td><td>H11.0</td></tr><tr><td>05. ASTIGMATISMO MIOPICO AMBOS OJOS CORREGIDO</td><td></td><td>X</td><td></td><td>H52.0</td></tr><tr><td>06. PRESBICIA CORREGIDA</td><td></td><td>X</td><td></td><td>H52.4</td></tr><tr><td>07. GLUCOSA ALTERADA EN AYUNAS</td><td></td><td>X</td><td></td><td>R73.6</td></tr><tr><td>08. LEVE ESCOLIOSIS DORSO LUMBAR LEVE</td><td></td><td></td><td>X</td><td>M41.5</td></tr><tr><td>09. DESCARTAR ONICOMICOSIS PEDIA</td><td>X</td><td></td><td></td><td>B35.1</td></tr></table>										01. OTRAS ALTERACIONES: HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL LEVE BILATERAL		X		H91.8	02. OBESIDAD GRADO I		X		E66.X	03. COLESTEROL HDL DISMINUIDO		X		E78.6	04. PTERIGION NASAL 1º AMBOS OJOS		X		H11.0	05. ASTIGMATISMO MIOPICO AMBOS OJOS CORREGIDO		X		H52.0	06. PRESBICIA CORREGIDA		X		H52.4	07. GLUCOSA ALTERADA EN AYUNAS		X		R73.6	08. LEVE ESCOLIOSIS DORSO LUMBAR LEVE			X	M41.5	09. DESCARTAR ONICOMICOSIS PEDIA	X			B35.1					
01. OTRAS ALTERACIONES: HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL LEVE BILATERAL		X		H91.8																																																							
02. OBESIDAD GRADO I		X		E66.X																																																							
03. COLESTEROL HDL DISMINUIDO		X		E78.6																																																							
04. PTERIGION NASAL 1º AMBOS OJOS		X		H11.0																																																							
05. ASTIGMATISMO MIOPICO AMBOS OJOS CORREGIDO		X		H52.0																																																							
06. PRESBICIA CORREGIDA		X		H52.4																																																							
07. GLUCOSA ALTERADA EN AYUNAS		X		R73.6																																																							
08. LEVE ESCOLIOSIS DORSO LUMBAR LEVE			X	M41.5																																																							
09. DESCARTAR ONICOMICOSIS PEDIA	X			B35.1																																																							

APTITUD

MEDICAMENTO APTO (-) MEDICAMENTO APTO CON RESTRICCIONES (X) MEDICAMENTO NO APTO (-) EVALUADO (-) OBSERVADO (-)

XIV. RECOMENDACIONES

01. USO Estricto DE PROTECTORES AUDITIVOS EN CASO DE EXPOSICION A ZONA DE RUIDO > = 85 DB, DURANTE LA JORNADA LABORAL DE 8 HORAS. CONTROL AUDIOMETRICO EN 3 MESES.
02. INTERCONSULTA A ENDOCRINOLOGIA, INTERCONSULTA A NUTRICION. CONTROL MENSUAL DE PESO. PLAZO 6 MESES.
03. REALIZAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. EVALUACION POR NUTRICION. CONTROL DE PERFIL LIPIDICO EN 3 MESES.
04. USO DE LENTES CON PROTECCIÓN UV. USO DE LUBRICANTE OCULAR. CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGIA.
05. CONTINUAR USO DE LENTES CORRECTORES PERMANENTE. CONTROL OFTALMOLOGICO ANUAL.
06. CONTINUAR USO DE LENTES CORRECTORES PARA VISION DE CERCA. CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGIA.
07. SE RECOMIENDA CONTROL DE GLUCOSA. SI PERSISTE RESULTADO, INTERCONSULTA A ENDOCRINOLOGIA.
08. CONTINUAR TRATAMIENTO ESTABLECIDO POR MEDICO TRATANTE. CONTROL ANUAL POR ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGIA.
09. INTERCONSULTA A DERMATOLOGIA PARA EVALUACION.



Firma del Examinado



Huella Digital Indice derecho(*)



DRA. MÓNICA MALLMA SILVA
Medicina Ocupacional y Medio Ambiente
CNP 38504 - RNE 39065

Sello y Firma del Médico que CERTIFICA

()Mediante mi firma y huella autorizo
que el presente documento sea llenado
posteriormente de manera exclusiva con
los resultados médicos de mi persona.*

Apellidos y Nombres : CHILON INFANTE, EDWIN JAVIER
Lugar de Nacimiento : CAJAMARCA
Profesión :

Sexo: Masculino

[illegible]

Año	Mes	Día
2023	03	27

[Handwritten signature]


DRA. YULAL CHÁVEZ DOMADOR
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 087713
AREA DE SALUD OCUPACIONAL
Firma y Sello del Médico Evaluador

E-mail: atencionalcliente@holomedic.com.pe / consolidados@holomedic.com.pe

FICHA MÚSCULO ESQUELÉTICA

I. DATOS GENERALES

NºFICHA: 01283053

Pág. 1/3

Apellidos y Nombres : CHILON INFANTE, EDWIN JAVIER

Fecha: 27/03/2023

Empresa : NEGOCIOS LA CENTRAL SRL

Puesto de Trabajo : CONDUCTOR DE VEHICULO

Tiempo de Trabajo: --

Aptitud de Espalda : 11

II. EVALUACIÓN

Flexibilidad/Fuerza	Excelente : 1	Promedio : 2	Regular : 3	Pobre : 4	Ptos*
ABDOMEN					3
CADERA					2
MUSLO					3
ABDOMEN LATERAL					3
				TOTAL:	11

OBSERVACIONES
NINGUNA

III. EVALUACIÓN DE RANGOS

RANGOS ARTICULARES	Óptimo : 1	Limitado : 2	Muy Limitado : 3	Ptos*	Dolor contra resistencia** Si/NO
Abducción de hombro (Normal 0°-180°)				1	NO
Abducción del hombro (0°-80°)				1	NO
Rotación externa (0°-90°)				1	NO
Rotación interna (0°-90°)				1	NO
			TOTAL:	4	

OBSERVACIONES
NINGUNA

* En Ptos colocar el grado que corresponde a la capacidad del paciente.

** Repetir cada movimiento contra resistencia leve a moderada y evaluar fortaleza y presencia de dolor.

IV. DESCRIPCIÓN DE LA TAREAS (actividades relacionadas al puesto)							NºFICHA: 01283053		Pág. 2/3	
Actividades que realiza: CONDUCTOR DE VEHICULO										
Tiempo de Tarea					Tipo de Tarea					
Nº de horas/día en el trabajo --					Movimiento de Hombro y cintura escapular --					
Esporádico --					Movimiento de pronosupinación en codo y/o muñeca --					
Continuo : >2h y <4h --					Repetidas extensiones y flexiones de muñeca --					
Continuo : >4h --					Trabajos contra resistencia --					
Nº de horas/semana en el trabajo: --					Otros (especificar): --					
Ciclo de Trabajo					Manipulación manual de cargas					
Largo : >2 minutos --					< de 1kg. --					
Moderado : 30 segundos - 1 a 2 minutos --					Entre 1 kg. y 3kg. --					
Corto : hasta 30 segundos --					> de 3kg. --					
V. EVALUACIÓN COLUMNA VERTEBRAL										
EVALUACIÓN ESTÁTICA	DESVIACIONES DEL EJE LATERAL			DESVIACIÓN DEL EJE ANTERO POSTERIOR			PALPACIÓN			
	Normal	Concavidad derecha	Concavidad izquierda	Normal	Aumentada	Disminuida	Apófisis espinosas dolorosas	Contractura muscular		
Columna cervical	X			X						
Columna dorsal	X			X						
Columna lumbar	X				X					
EVALUACIÓN DINÁMICA	MOVILIDAD - DOLOR									
	Flexión	Extensión	Laterización izquierda	Laterización derecha	Rotación izquierda	Rotación derecha	Irradiación	Alt masa muscular		
Columna cervical	0	0	0	0	0	0	0	0		
Columna dorsal	0	0	0	0	0	0	0	0		
Columna lumbar	0	0	0	0	0	0	0	0		
VI. EVALUACIÓN DE ARTICULACIONES										
EVALUACIÓN DINÁMICA	MOVILIDAD - DOLOR									
	Flexión	Extensión	Laterización izquierda	Laterización derecha	Rotación izquierda	Rotación derecha	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	0	0	NO	NO		
Codo izquierdo	0	0	0	0	0	0	NO	NO		
Muñera derecha	0	0	0	0	0	0	NO	NO		
Muñera izquierda	0	0	0	0	0	0	NO	NO		
Manos y dedos der.	0	0	0	0	0	0	NO	NO		
Manos y dedos izq.	0	0	0	0	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	0	0	0	0	NO	NO		
Rodilla izquierda	0	0	0	0	0	0	NO	NO		
Tobillo derecha	0	0	0	0	0	0	NO	NO		
Tobillo izquierda	0	0	0	0	0	0	NO	NO		
Puntuación y Referencia (signos y síntomas)										
Grado 0 Ausencia de signos y síntomas					Grado 3 Grado 2 más limitación funcional evidente clinicamente					
Grado 1 Contractura y/o dolor a la movilización					Grado 4 Dolor en reposo					
Grado 2 Grado 1 más dolor a la palpación y/o percusión										

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS:

AUMENTO DE LA CURVATURA LUMBAR

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS MUSCULOESQUELETICOS:

NIEGA

CONCLUSIONES:

01. DESCARTAR DORSOPATIA EN REGION LUMBAR

RECOMENDACIONES:

01. EVALUACION POR TRAUMATOLOGIA. REALIZAR POSTURAS ADECUADAS Y RUTINAS DE ESTIRAMIENTO EN JORNADA LABORAL.



LIC. PAUL JAIR FLORES CORDOVA
TECNOLOGO MEDICO DE TERAPIA FISICA Y
REHABILITACION
C.T.M.P: 13929
Firma y Sello del Médico

Nº FICHA

: 01283053

FECHA EVALUACIÓN

: 27/03/2023

FICHA OFTALMOLÓGICA**Apellidos y Nombres** : CHILON INFANTE, EDWIN JAVIER**EDAD:** 42 años**Puesto Trabajo** : CONDUCTOR DE VEHICULO**Empresa** : NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**ANTECEDENTES GENERALES** : NINGUNO**ANTECEDENTES OCULARES** : NINGUNO

Lentes de contacto:

Tipo:

AGUDEZA VISUAL	SIN CORREGIR		CORREGIDA		AGUJERO ESTENOPEICO		VISION BINOCULAR	REFLEJOS PUPILARES
	OD	OI	OD	OI	OD	OI		
VISIÓN DE LEJOS	20/70	20/40	20/20	20/20	-		20/20	PRESENTES
VISIÓN DE CERCA	20/100	20/60	20/20	20/20	-			

EXAMEN CLINICO EXTERNO	Ojo derecho		Ojo izquierdo	
	Normal	Anormal	Normal	Anormal
Párpado	X	-	X	-
Conjuntiva	-	X	-	X
Córnea	X	-	X	-
Iris	X	-	X	-
Cristalino	X	-	X	-
Movimientos oculares	X	-	X	-
Campimetría por Confrontación	X	-	X	-

FONDO DE OJO	Ojo derecho		Ojo izquierdo	
	Normal	Anormal	Normal	Anormal
Mácula	-	-	-	-
Retina	-	-	-	-
Nervio Optico	-	-	-	-

REFRACCIÓN		ESF	CIL	EJE	DIP
Lejos	OD	-			-
	OI	-			
Cerca	ADD	-			-

VISIÓN DE COLORES	Normal	Anormal	Descripción
Test de Ishihara	X	-	
Reconoce Colores Rojo, Verde, Amarillo y Azul	X	-	--
Reconoce 12 Colores (codigo del electricista)	X	-	--
VISIÓN ESTEREOSCÓPICA	X	-	32" ARCO

TONOMETRÍA	Ojo Derecho	-	Test de Schirmer	Ojo Derecho	--	--
	Ojo Izquierdo	-		Ojo Izquierdo	--	--

EX. FORIA	Ojo derecho		Ojo izquierdo	
	Normal	Anormal	Normal	Anormal
	-	-	-	-

EX. ENCANDILAMIENTO	Ojo derecho		Ojo izquierdo	
	Normal	Anormal	Normal	Anormal
	X	-	X	-

Visión Nocturna	Ojo derecho	Normal
	Ojo izquierdo	Normal

Test de Hirschberg	Ojo derecho	No Aplica
	Ojo izquierdo	No Aplica

DIAGNÓSTICO:

01. ASTIGMATISMO MIOPICO AMBOS OJOS CORREGIDO
02. PRESBICIA CORREGIDA
03. PTERIGION NASAL I° AMBOS OJOS

RECOMENDACIONES:

01. CONTINUAR USO DE LENTES CORRECTORES PERMANENTE. CONTROL OFTALMOLOGICO ANUAL.
02. CONTINUAR USO DE LENTES CORRECTORES PARA VISION DE CERCA. CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGIA.
03. USO DE LENTES CON PROTECCIÓN UV. USO DE LUBRICANTE OCULAR. CONTROL ANUAL POR OFTALMOLOGIA.


DR. EFREN SOTOMAYOR MAGUINA
MEDICO OFTALMOLOGO
C.M.P. 12018 R.N.E. 11344
LIC. HECTOR AEDO MEZA
TECNOLOGO MEDICO OPTOMETRA
C.T.M.P. 6770

CUESTIONARIO DE SOMNOLENCIA DIURNA DE EPWORTH

Nº Ficha: 01283053

NOMBRE : CHILON INFANTE, EDWIN JAVIER

EMPRESA : NEGOCIOS LA CENTRAL SRL

CARGO : CONDUCTOR DE VEHICULO

FECHA : 27/03/2023**EDAD** : 42

¿Qué tan posible es que usted cabecee o se quede dormido en la siguientes situaciones? Considere los últimos meses de sus actividades habituales. No se refiere a sentirse cansado debido a actividad física. Aunque no haya realizado últimamente las situaciones descritas, considere como le habrían afectado. Use la siguiente escala y marque con una X la opción más apropiada para cada situación.

- Nunca cabecearía
- Poca probabilidad de cabecear
- Moderada probabilidad de cabecear
- Alta probabilidad de cabecear

SITUACIÓN	Nunca	Poca	Moderada	Alta
1. Sentado y Leyendo.	X	-	-	-
2. Viendo Televisión.	-	-	X	-
3. Sentado (por ejemplo en el teatro, en una reunión, en el cine, en una conferencia, escuchando la misa o el culto).	X	-	-	-
4. Como pasajero en un automóvil, micro durante una hora o menos de recorrido.	X	-	-	-
5. Recostado en la tarde si las circunstancias lo permiten.	-	-	X	-
6. Sentado conversando con alguien.	X	-	-	-
7. Sentado luego de almuerzo y sin haber bebido alcohol.	-	X	-	-
8. Conduciendo el automóvil cuando se detiene algunos minutos por razones del tráfico.	-	X	-	-
9. Parado y apoyándose o no en una pared o mueble.	X	-	-	-
¿Usted maneja vehículos motorizados? (auto, camioneta, ómnibus, micro, combi, etc...) No - Si X				

TODA LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO A HOLOMEDIC ES VERDADERA, NO HABIENDO OMITIDO NINGÚN DATO EN FORMA VOLUNTARIA

NO PRESENTA INDICADORES DE SOMNOLENCIA DIURNA.

[Handwritten signature]

Firma del Trabajador

Huella

LIC. RENZO HUGO MENDOZA LAZARO
PSICOLOGIA
C.P. P.: 16974

Firma y Sello

CUESTIONARIO DE SINTOMAS DE FATIGA DE YOSHITAKE

Nro Ficha: 01283053

NOMBRE : CHILON INFANTE, EDWIN JAVIER
EMPRESA : NEGOCIOS LA CENTRAL SRL
CARGO : CONDUCTOR DE VEHICULO

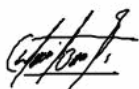
FECHA : 27/03/2023
EDAD : 42

Responda marcando con un aspa (X) si usted presenta los siguientes síntomas al momento de realizar sus actividades laborales:

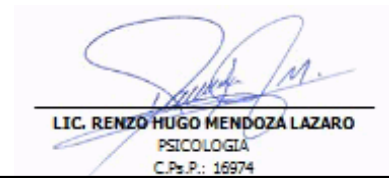
		SI	NO
1	¿Siente pesadez en la cabeza?	-	X
2	¿Siente el cuerpo cansado?	-	X
3	¿Tiene cansancio en las piernas?	-	X
4	¿Tiene deseos de bostezar?	-	X
5	¿Siente la cabeza aturdida, atontada?	-	X
6	¿Esta soñoliento?	-	X
7	¿Siente la vista cansada?	-	X
8	¿Siente rigidez o torpeza en los movimientos?	-	X
9	¿Se siente poco firme e inseguro al estar de pie?	-	X
10	¿Tiene deseos de acostarse?	X	-
11	¿Siente dificultad para pensar?	-	X
12	¿Está cansado de hablar?	-	X
13	¿Esta nervioso?	-	X
14	¿Se siente incapaz de fijar la atención?	-	X
15	¿Se siente incapaz de ponerle atención a las cosas?	-	X
16	¿Se le olvidan fácilmente las cosas?	-	X
17	¿Le falta confianza en sí mismo?	-	X
18	¿Se siente ansioso?	-	X
19	¿Le cuesta trabajo mantener el cuerpo en una buena postura?	-	X
20	¿Se le agotó la paciencia?	-	X
21	¿Tiene dolor de cabeza?	-	X
22	¿Siente los hombros entumecidos?	-	X
23	¿Tiene dolor de espaldas?	-	X
24	¿Siente opresión al respirar?	-	X
25	¿Tiene sed?	-	X
26	¿Tiene la voz ronca?	-	X
27	¿Se siente mareado?	-	X
28	¿Le tiemblan los párpados?	-	X
29	¿Tiene temblor en las piernas o en los brazos?	-	X
30	¿Se siente mal?	-	X

Conclusiones: NO PRESENTA INDICADORES DE FATIGA.

La información que he propocionado es verdadera, no habiendo omitido ningún dato de forma voluntaria.




Firma y Huella de Trabajador



LTC. RENZO HUGO MENDOZA LAZARO
 PSICOLOGIA
 C.Ps.P.: 16974

Firma y Sello Evaluador

**LECTURA DE RADIOGRAFIA DE TORAX UTILIZANDO LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LA OIT
DE RADIOGRAFIAS DE NEUMOCONIOSIS**

PLACA Nº	41047368										Lector	DRA. MONICA CUEVA DELGADILLO											
Nombre	CHILON INFANTE, EDWIN JAVIER										Edad	42 años											
Fecha de Lectura	27/03/2023										Fecha de radiografía	27/03/2023											
I. Calidad Radiográfica	1.	Buena	☒	Causas	1.	Sobreexposición		5.	Escápulas														
	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 parenquimatosas pase a III A. Pleurales)																							
2.1. Zonas Afectadas (marque TODAS las zonas afectadas)					2.2. Profusión (opacidades pequeñas) (escala de 12 puntos) (Consulte las radiografías estándar marque la subcategoría de profusión)					2.3. Forma y Tamaño (Consulte las radiografías estándar; se 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)								
	Der.	Izq.	0/-	☒	0/1	Primario		Secundario			☒												
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								
3.1. Placas Pleurales (0=Ninguno, 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 5mm							
								2	Entre 1/4 y 1/2 de la pared lateral del tórax						b	De 5 a 10mm							
								3	>1/2 de la pared lateral del tórax						c	Mayor a 10mm							
Pared Torácica de Perfil				☒	D	I	☒	D	I	☒	D	I	☒	D	I	☒	D	I					
De frente				☒	D	I	☒	D	I	☒	D	I	☒	D	I	☒	D	I					
Diafragma				☒	D	I	☒	D	I	☒	D	I	☒	D	I	☒	D	I					
Otro(s) sitio(s)				☒	D	I	☒	D	I	☒	D	I	☒	D	I	☒	D	I					
3.2. Engrosamiento Difuso de la Pleura (0=Ninguno; D=Hemitórax derecho; I=Hemitórax izquierdo)																							
Pared Torácica						Calcificación						Extensión						Ancho					
De perfil						☒	D	I	☒	D	I	☒	D	I	☒	D	I	☒	D	I			
Diafragma						☒	D	I	☒	D	I	☒	D	I	☒	D	I	☒	D	I			
IV. SIMBOLOS *												-	SI	☒	NO								
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										

CONCLUSION: Habiendo realizado la lectura de la Radiografía de Torax **41047368** con metodología OIT, utilizando el set completo de Radiografía OIT como patrón, se concluye:

RADIOGRAFIA DE TORAX SIN NEUMOCONIOSIS GRADO 0/0


EDWIN JESÚS GIRALDO CABALLERO
 TÉCNICO MÉDICO RADIOLOGO
 CTMP: 03939


MONICA CUEVA DELGADILLO
 MÉDICO RADIOLOGO
 C.M.P.: 027735 R.N.E.: 015099

Nº FICHA: 01283053

COLUMNA LUMBAR

APELLIDOS Y NOMBRES : CHILON INFANTE, EDWIN JAVIER
DOC. IDENTIDAD : 41047368
FECHA : 27/03/2023
EMPRESA : NEGOCIOS LA CENTRAL SRL
EXAMEN : RADIOGRAFIA REGION LUMBAR

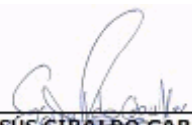
El estudio radiográfico de la columna lumbar en incidencia frontal y lateral muestra:

DIAGNOSTICOS

- EJE LATERALIZADO A LA DERECHA (ANGULO DE COBB 1°).
- OSTEOFITOS LATERALES.
- LORDOSIS FISIOLÓGICA DE LA COLUMNA LUMBAR CONSERVADA.
- CUERPOS VERTEBRALES DE MORFOLOGÍA CONSERVADA. NO HAY IMAGENES DE LESIONES LÍTICAS NI BLASTICAS SUGESTIVAS DE PROCESO INFECCIOSO NI TUMORAL.
- PEDÍCULOS, APÓFISIS ESPINOSAS, APÓFISIS TRANSVERSALES Y ARTICULACIONES INTERAPOFISARIAS TIENEN APARIENCIA NORMAL.
- ESPACIOS INTERVERTEBRALES CONSERVADOS, SIN EVIDENCIA DE LESIONES TRAUMÁTICAS O ENFERMEDAD DISCAL.
- PARTES BLANDAS OBSERVABLES SIN ALTERACIÓN.

CONCLUSIONES

ESPONDILOSIS LUMBOSACRA, LEVE ESCOLIOSIS LUMBOSACRA (ANGULO DE COB 1°).



EDWIN JESÚS GIRALDO CABALLERO
 TECNÓLOGO MÉDICO RADIOLOGO
 CTMP: 03939



MONICA CUEVA DELGADILLO
 MEDICO RADIOLOGO
 C.M.P.: 027735 R.N.E.: 015099

CHILON INFANTE EDWIN JAVIER

Hombre

42Años

ID:21344

Deparmet.:

N° Sala:01283053

Inform diagnóst:

DENTRO DE LIMITES NORMALES

HR : 70 bpm

P : 113 ms

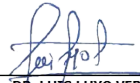
PR : 160 ms

QRs : 90 ms

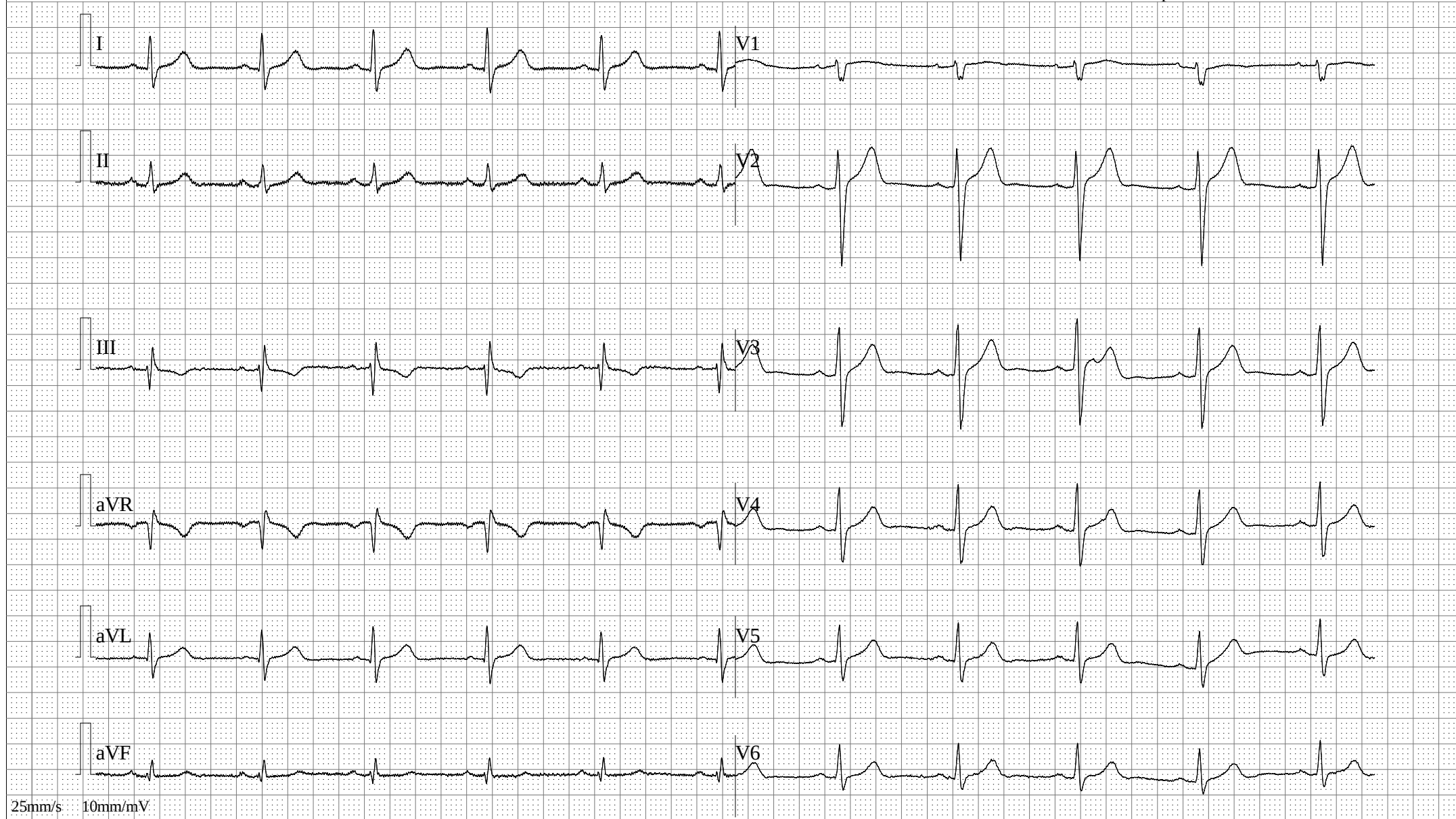
QT/QTc : 405/437 ms

P/QRS/T : 45/30/11 deg.

RV5/SV1 : 0.836/0.282 mV


DR. LUIS LUYO VERA
MÉDICO CARDIOLOGO
C.M.P. 26017 - R.N.E. 12562

Informe confirmado por:LUIS LUYO VERA



25mm/s 10mm/mV

0.50-100Hz AC50

Test:2023/03/27 07:37

Imprimir:2023/03/27 11:30

Smart ECG Viewer V2.42

Nº FICHA

: 01283053

FECHA EVALUACIÓN

: 27/03/2023

FICHA DE EVALUACIÓN DE AUDIOMETRÍA

Apellidos y Nombres : CHILON INFANTE, EDWIN JAVIER

EDAD: 42 años

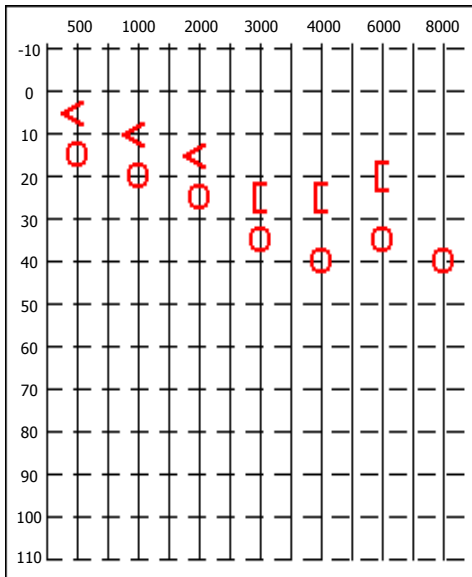
SEXO: Masculino

Empresa : NEGOCIOS LA CENTRAL SRL

Años de trabajo: 10

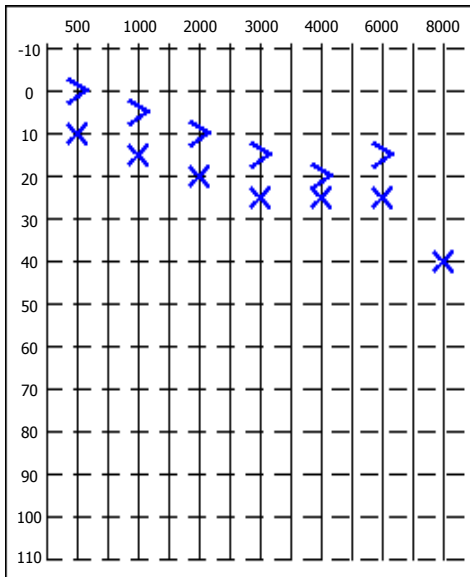
Nº de horas expuesto a ruido por jornada: 1

Antecedentes	SI	NO	Síntomas Actuales	SI	NO	Condición Preexamen	SI	NO
Infecciones óticas		X	Dificultad para oír		X	Ruido Previo (14h)		X
Enfermedad crónica		X	Dolor de oído		X	Var. barométrica (24h)		X
TEC		X	Zumbido		X	Ocupacional Uso de EPA	SI	NO
Tabaco		X	Mareos		X	Tapones	X	
Servicio militar	X		Secreciones		X	Orejas		X
Hobbies con ruido	X		OTOSCOPIA OIDO DERECHO: CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO PERMEABLE, MEMBRANA TIMPANICA OPACA OTOSCOPIA OIDO IZQUIERDO: CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO PERMEABLE, MEMBRANA TIMPANICA OPACA COMENTARIOS: --					
Exp. laboral a químicos		X						
Vibraciones		X						
Radiación		X						
Uso de Ototóxicos		X						



Oído Derecho

	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
AEREO	15	20	25	35	40	35	40
OSEO	5	10	15	25	25	20	-



Oído Izquierdo

	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
10	15	20	25	25	25	40	
0	5	10	15	20	15	-	

	VA	VO
Rojo=OD	O	<
Azul=OI	X	>

INTERPRETACION CLINICA

01. OTRAS ALTERACIONES: HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL LEVE BILATERAL

INTERPRETACION OCUPACIONAL

HIPOACUSIA POR OTRAS ALTERACIONES BILATERAL.

RECOMENDACIONES

01. USO Estricto DE PROTECTORES AUDITIVOS EN CASO DE EXPOSICION A ZONA DE RUIDO > = 85 DB, DURANTE LA JORNADA LABORAL DE 8 HORAS. CONTROL AUDIOMETRICO EN 3 MESES.

LIC. JOSEFINA ELIZABETH NUÑEZ VIDAL
C.E.P. 68836
LICENCIADA EN ENFERMERIA
CERTIFICACION CAOHIC N° 484092

[Firma]

Firma y Huella del Trabajador



DRA. CLAUDIA HERRERA HERRERA
MÉDICO CIRUJANO - OTORRINOLARINGÓLOGO
C.M.P. 46923 - R.N.E. 22382

(*) Mediante mi firma y huella digital autorizo que el presente documento sea llenado posteriormente de manera exclusiva con resultados medicos de mi persona.

Interpretado según Clasificación de Klockhoff

			Ingresado :	27/03/2023 06:52 a.m.	
Paciente :	CHILON INFANTE, EDWIN JAVIER			Impreso :	30/03/2023 01:31 p.m.
Sexo :	MASCULINO			Edad : 42 a.	Doc.Ident : 41047368
Cliente :	NEGOCIOS LA CENTRAL SRL - OHLA- DEFENSAS RIBERE			Num.Orden :	83053
				Sede :	SEDE SURQUILLO
ANALISIS		RESULTADO	UNID	RANGO REFERENCIAL	
				METODO	

ACIDO URICO	4.1	mg/dl	Hombre: 3.5 - 7.2 Mujer : 2.6 - 6.0	COLORIMETRICO
--------------------	-----	-------	--	---------------

EXAMEN COMPLETO DE ORINA**EX. MACROSCOPICO**

COLOR	AMARILLO	AMARILLO
ASPECTO	TRANSPARENTE	TRANSPARENTE

EX. QUIMICO

DENSIDAD	1.020	gr/cm3	1. 000 - 1. 025	TIRA REACTIVA
PH	7		5 - 7	
GLUCOSA	NEGATIVO		NEGATIVO	CROMATOGRAFIA
PROTEINAS	NEGATIVO		NEGATIVO	
HEMOGLOBINA	NEGATIVO		NEGATIVO	
CUERPOS CETONICOS	NEGATIVO		NEGATIVO	
BILIRRUBINA	NEGATIVO		NEGATIVO	
UROBILINOGENO	NEGATIVO		NEGATIVO	
NITRITOS	NEGATIVO		NEGATIVO	
ESTERASA LEUCOCITARIA	NEGATIVO		NEGATIVO	
ACIDO ASCORBICO	NEGATIVO		NEGATIVO	

EX. MICROSCOPICO (SEDIMENTO)

CELULAS EPITELIALES	0 - 1	Cel/campo		
HEMATIES	0 - 2	Cel/campo	0 - 4	
LEUCOCITOS	0 - 1	Cel/campo	0 - 4	
LEUCOCITOS AGLUTINADOS	NEGATIVO	Cel/campo	NEGATIVO	
PIOCITOS	NEGATIVO	Cel/campo	NEGATIVO	
GERMENES	NEGATIVO	Cel/campo	NEGATIVO	
LEVADURAS	NEGATIVO	Cel/campo	NEGATIVO	DIRECTO
PARASITOS	NEGATIVO	Cel/campo	NEGATIVO	
FILAMENTO MUCOIDE	NEGATIVO	Cel/campo	NEGATIVO	
CILINDROS	NEGATIVO	Cel/campo	NEGATIVO	
HIFAS DELGADAS	NEGATIVO		NEGATIVO	

CRISTALES

CISTINA	NEGATIVO	Cel/campo	NEGATIVO
URATOS AMORFOS	NEGATIVO	Cel/campo	NEGATIVO
ACIDO URICO	NEGATIVO	Cel/campo	NEGATIVO
FOSFATOS AMORFOS	NEGATIVO	Cel/campo	NEGATIVO
OXALATOS CALCICOS	NEGATIVO	Cel/campo	NEGATIVO
FOSFATO TRIPLE	NEGATIVO	Cel/campo	NEGATIVO

GLUCOSA BASAL	102.4	mg/dL	70 - 110	ENZIM. COLOR.
----------------------	--------------	-------	----------	---------------

GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH

GRUPO SANGUINEO	O			LANDSTEINER
FACTOR RH	POSITIVO			



LIC. SILVIA HERRERA GUERRERO
 HOLOMEDIC SERVICIOS INTEGRALES
 C.T.M.P.: 1719
 TECNOLOGIA MEDICO LABORATORIO

			Ingresado :	27/03/2023 06:52 a.m.	
Paciente :	CHILON INFANTE, EDWIN JAVIER			Impreso :	30/03/2023 01:31 p.m.
Sexo :	MASCULINO			Edad :	42 a.
				Doc.Identity :	41047368
Cliente :	NEGOCIOS LA CENTRAL SRL - OHLA- DEFENSAS RIBERE			Num.Order :	83053
				Sede :	SEDE SURQUILLO
ANALISIS		RESULTADO	UNID	RANGO REFERENCIAL	
				METODO	

HEMOGRAMA COMPLETO**RECuento CELULAR**

LEUCOCITOS	4.90	x10 ³ /uL	Hombres y Mujeres: 4.00 - 10.00	
HEMATIES	4.79	x10 ⁶ /uL	4.00 - 5.50	IMPEDANCIA
PLAQUETAS	224.00	x10 ³ /uL	150 - 450	IMPEDANCIA

HEMOGLOBINA/HEMATOCRITO

HEMATOCRITO	43.10	%	Hombre: 40 - 54 Mujer: 36 - 48	ALT. PULSO ACUM
HEMOGLOBINA	14.70	g/dl	Hombre Adulto: 13.0 - 16.0 Mujer No Embarazada: 11.5 - 14.5	CIANOMETAHB

CONSTANTES CORPUSCULARES

VCM	89.98	fl	80 - 97	
HCM	30.69	pg	27 - 33	
CCMH	34.11	g/dl	32 - 37	
VPM	9.20	fL	7.60 - 10.80	
RDW	14.20	%	11.80 - 15.60	

FORM. DIFERENCIAL PORCENTUAL

NEUTROFILOS SEGMENTADOS	53.2	%	55 - 65	
MONOCITOS	6.0	%	3 - 8	
EOSINOFILOS	1.7	%	0.5 - 4	
ABASTONADOS	0.0	%	0 - 5	
LINFOCITOS	39.1	%	25 - 35	
BASOFILOS	0.0	%	0 - 1	

FORM. DIFERENCIAL ABSOLUTA

NEUTROFILOS SEGMENTADOS	2.6	x10 ³ /uL	4.00 - 7.00	
MONOCITOS	0.29	x10 ³ /uL	0.20 - 0.80	
EOSINOFILOS	0.08	x10 ³ /uL	0.05 - 0.40	
ABASTONADOS	0.0	x10 ³ /uL	0.15 - 0.45	
LINFOCITOS	1.9	x10 ³ /uL	1.50 - 4.00	
BASOFILOS	0.0	x10 ³ /uL	0.05 - 0.10	

PACK DE 5 DROGAS

COCAINA EN ORINA	NEGATIVO	NEGATIVO	CROMATOGRAFIA
MARIHUANA	NEGATIVO	NEGATIVO	CROMATOGRAFIA
DOSAJE DE EXTASIS	NEGATIVO		CROMATOGRAFIA
BENZODIAZEPINAS	NEGATIVO	NEGATIVO	CROMATOGRAFIA
OPIACEOS	NEGATIVO	NEGATIVO	CROMATOGRAFIA



LIC. SILVIA HERRERA GUERRERO
 HOLOMEDIC SERVICIOS INTEGRALES
 C.T.M.P.: 1719
 TECNOLOGIA MEDICO LABORATORIO

			Ingresado :	27/03/2023 06:52 a.m.	
Paciente :	CHILON INFANTE, EDWIN JAVIER			Impreso :	30/03/2023 01:31 p.m.
Sexo :	MASCULINO			Edad : 42 a.	Doc.Ident : 41047368
Cliente :	NEGOCIOS LA CENTRAL SRL - OHLA- DEFENSAS RIBERE			Num.Orden :	83053
				Sede :	SEDE SURQUILLO
ANALISIS		RESULTADO	UNID	RANGO REFERENCIAL	
				METODO	

PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL	171.0	mg/dl	Deseable: < 200 Limite superior: 200 - 239	PRECIPITACION
TRIGLICERIDOS	83.0	mg/dl	Limite alto: >= 240 Normal: < 150 Limite Superior: 150 - 199	ENZIM. COLOR.
COLESTEROL HDL	31.0	mg/dl	Limite Alto: >= 200 Deseable: >= 40	ENZIM. COLOR.
COLESTEROL LDL	123.40	mg/dl	Bajo: < 40 Óptimo: <100 Cercano a lo Optimo: 100 - 129 Limite Alto: 130 - 159 Alto: 160 - 189 Muy Alto: >= 190	
COLESTEROL VLDL	16.60	mg/dl	10 - 35	
RIESGO CORONARIO	5.5		Hombre < 5.0 / Mujer < 4.4	


LIC. SILVIA HERRERA GUERRERO
 HOLOMEDIC SERVICIOS INTEGRALES
 C.T.M.P.: 1719
 TECNOLOGÍA MÉDICO LABORATORIO

AUTORIZACION DE PRUEBA DE DETECCION DE DROGAS EN EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES

DECLARACION:	Fecha : 27/03/2023
	N° Ficha : 01283053

Yo, CHILON INFANTE, EDWIN JAVIER

DNI/CE DNI 41047368

Domicilio ASOC. LA FLORIDA MZ. E LT. 9 DTTTO. VILLA MARIA DEL TRIUNFO PROV. LIMA DPTO. LIMA

Puesto de Trabajo CONDUCTOR DE VEHICULO

Proyecto OHLA- DEFENSAS RIBEREÑAS DEL RIO

AUTORIZACION:

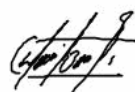
☒ Que me realicen las pruebas en mención, asumiendo la responsabilidad y veracidad de los resultados.

☐ Me niego a que me realicen la prueba.

"La negativa del trabajador a someterse a cualquiera de las pruebas de detección de drogas se considerará como reconociendo de estar bajo la influencia de drogas".

ANTECEDENTES:

	NO	SI		
¿Sufre de alguna enfermedad?	☒	☐	¿Cuál?	
¿Consume algún medicamento?	☒	☐	¿Cuál?	
¿Consume coca en forma folklórica (masticar-chacchar)?	☒	☐	¿Cuándo fue la ultima vez que consumió (día/hora)?	
¿Toma Mate de Coca?	☒	☐	¿Cuándo fue la ultima vez que consumió (día/hora)?	
¿Consume Cocaína o marihuana?	☒	☐	¿Cuándo fue la ultima vez que consumió (día/hora)?	
¿Se ha realizado tratamiento quirúrgico o dental en las ultimas 48 horas?	☒	☐	¿Cuándo, donde nombre del cirujano?	

**Huella Digital**

Firma del Trabajador

**AUTORIZACION DE PRUEBA DE DETECCION DE DROGAS EN EXAMENES MEDICO
OCUPACIONALES**

RESULTADO DE LA PRUEBA:

Drogas	Resultado
Éxtasis (MDMA)	NEGATIVO
Opiáceos (OPI)	NEGATIVO
Benzodiacepinas (BZO)	NEGATIVO
Cocaína (COC)	NEGATIVO
Marihuana (THC)	NEGATIVO


LIC. SILVIA HERRERA GUERRERO
HOLOMEDIC SERVICIOS INTEGRALES
C.T.M.P.: 1719
TECNICO DE MEDICO LABORATORIO

Firma y Sello del Evaluador

INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

ID: 01283053

FECHA DE EVALUACIÓN: 27/03/2023

I. DATOS GENERALES			
APELLIDOS Y NOMBRES	: CHILON INFANTE, EDWIN JAVIER	EDAD:	42
GRADO DE INSTRUCCIÓN	: SECUNDARIA COMPLETA	ESTADO CIVIL	: CASADO DNI: 41047368
PUESTO/OCUPACION	: CONDUCTOR DE VEHICULO	AREA DE TRABAJO	: SUPERFICIE
EMPRESA	: NEGOCIOS LA CENTRAL SRL	PROY.UNIDAD DE DESTINO	: OHLA- DEFENSAS RIBEREÑAS DEL RIO CAÑETE Y DEL RIO HUAURA
MOTIVO DE EVALUACIÓN	:	PRE OCUPACIONAL	☒
		PERIÓDICO	☐
		RETIRO	☐

II. HISTORIA FAMILIAR	
CASADO, TIENE 04 HIJOS DE 21, 14, 10 Y 06 AÑOS DE EDAD. RESIDE EN EL DISTRITO DE VILLA MARIA DEL TRIUNFO CON SU FAMILIA.	

III. ACCIDENTES Y ENFERMEDADES (DURANTE EL TIEMPO DE TRABAJO)	
NIEGA ANTECEDENTES Y/O ENFERMEDADES	

IV. EXAMEN MENTAL			
OBSERVACIONES DE CONDUCTA			
Presentación:	Adecuado ☒	Inadecuado	☐
Postura:	Erguida ☒	Encorvada	☐
Discurso:	Ritmo : Lento ☐	Rápido	☐
	Tono : Bajo ☐	Moderado	☒
	Articulación : Con dificultad ☐	Sin dificultad	☒
Orientación:	Tiempo : Orientado ☒	Desorientado	☐
	Espacio : Orientado ☒	Desorientado	☐
	Persona : Orientado ☒	Desorientado	☐

V. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EMPLEADOS EN LA PRESENTE EVALUACIÓN	
TEST PAUL GRIEQUER, TEST DE WONDERLIC, PSICOSENSOMÉTRICO BÁSICO, YOSHITAKE, EPWORTH, VULNERABILIDAD AL ESTRÉS AUDIT, TEST DE FOBIAS, BC2-BC4 , BENDER Y MACHOVER.	

VI. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN	
ÁREA COGNITIVA:	NIVEL INTELECTUAL PROMEDIO, TIENE CAPACIDAD PARA ADECUAR CONSCIENTEMENTE SU PENSAMIENTO A NUEVAS EXIGENCIAS POR TANTO PROCESA Y ALMACENA INFORMACIÓN COORDINADA, INFIERE CONCLUSIONES A PARTIR DE COMPONENTES DE INFORMACIÓN; DESCUBRE RELACIONES EXISTENTES EN LO MÁS COMPLEJO, COMPRENDE SUTILEZAS DEL IDIOMA Y UTILIZA PERFECTAMENTE LOS DATOS VERBALES.
PERSONALIDAD:	ADAPTADO, SE DESCARTA PSICOPATOLOGÍA.
ÁREA EMOCIONAL:	EL EVALUADO SE PRESENTA EMOCIONALMENTE ESTABLE, PROCEDERÁ CON LA MADUREZ ESPERADA EN SITUACIONES DE TENSION. MANTIENE ADECUADAS RELACIONES INTERPERSONALES, POR ENDE SE ESFUERZA POR CREAR LAZOS POSITIVOS, MOSTRÁNDOSE SOCIABLE Y AFABLE BENEVOLENTE; GUSTA DE APOYAR Y COMPLACER A LAS PERSONA.
COORDINACIÓN VISOMOTRIZ:	ADECUADA MADUREZ DE COORDINACIÓN, NO SE DETECTA LA PRESENCIA DE LESIONES DE TIPO ORGÁNICA CEREBRAL.
ORIENTACIÓN ESPACIAL:	ADECUADA CAPACIDAD DE PERCEPCIÓN RÁPIDA DE LA ORIENTACIÓN ESPACIAL: ENFOCAR Y LOCALIZAR PERMANENTEMENTE POSICIONES EN RELACIÓN A PUNTOS CARDINALES (ESTE, OESTE, NORTE Y SUR) Y PUNTOS INTERMEDIOS.
ACTITUD FRENTE AL TRÁNSITO:	CONDUCE CON PERCEPCIÓN Y ACEPTACIÓN DEL RIESGO ADECUADA, REALIZA UNA CONDUCCIÓN PRECAVIDA, ATENTA Y RESPONSABLE. CONDUCE CON UN ALTO NIVEL DE SEGURIDAD, SIENDO CAPAZ DE CONTROLAR ADECUADAMENTE SU CONDUCTA.

VII. INDICADORES LABORALES		APLICA	☐	NO APLICA	☒
RIESGOS PSICOSOCIALES:					
DIMENSIONES:	FAVORABLE	INTERMEDIO	DESFAVORABLE		
EXIGENCIAS PSICOLÓGICAS	-	-	-		
TRABAJO ACTIVO Y DESARROLLO DE HABILIDADES	-	-	-		
APOYO SOCIAL EN LA EMPRESA Y CALIDAD DE LIDERAZGO	-	-	-		
COMPENSACIONES	-	-	-		
DOBLE PRESENCIA	-	-	-		

FORTALEZAS:

-

DEBILIDADES:

-

VIII. INDICADORES CLÍNICOS

ALCOHOLISMO:	NO PRESENTA INDICADORES SIGNIFICATIVOS.
FATIGA:	NO PRESENTA INDICADORES SIGNIFICATIVOS.
SOMNOLENCIA:	NO PRESENTA INDICADORES SIGNIFICATIVOS.
ESTRÉS:	NO PRESENTA INDICADORES SIGNIFICATIVOS.
FOBIAS: ACROFOBIA/CLAUSTROFOBIA:	NO PRESENTA INDICADORES SIGNIFICATIVOS DE ESTAR EXPERIMENTANDO TRASTORNOS DE ANGUSTIA, FOBIA SOCIAL, AGORAFOBIA, CLAUSTROFOBIA O ACROFOBIA.
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN:	NO APLICA.
PSICOPATOLOGÍAS:	NO APLICA.
DESCARTE DE ORGANICIDAD:	SUS FUNCIONES COGNITIVAS SE ENCUENTRAN CONSERVADAS Y SIN ALTERACIONES. SE DESCARTA LA PRESENCIA DE UN TRASTORNO DE TIPO ORGÁNICO.

IX. OBSERVACIONES:

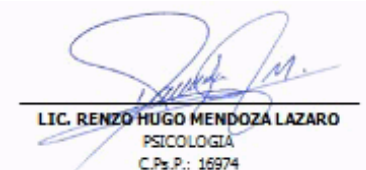
NINGUNA.

X. APTITUD

APTO	X	AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN CUMPLE CON LOS REQUISITOS DEL PERFIL DEL PUESTO PARA EL CUAL FUE EVALUADO.
APTO/CON RECOMENDACIÓN	-	
EVALUADO	-	
NO APTO	-	

XI. RECOMENDACIONES

NINGUNA.



LIT. RENZO HUGO MENDOZA LAZARO
PSICOLOGIA
C.Ps.P.: 16974

FIRMA Y SELLO DEL PSICÓLOGO

Test de Estrés

Inventario de ítems sobre vulnerabilidad al estrés

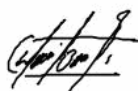
Apellidos y Nombres : CHILON INFANTE, EDWIN JAVIER

Fecha : 27/03/2023

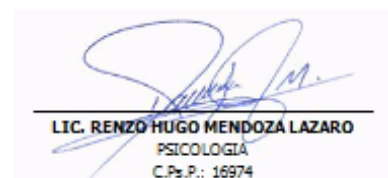
Comprueba si eres vulnerable al estrés. A continuación aparece una lista de problemas que las personas a veces tenemos, léelos atentamente y contesta **Sí**, cuando consideras que el problema en cuestión te afecta habitualmente, y **No** en caso de que problema no te afecte en absoluto o lo haga raramente.

1. Tendencia a sufrir frecuentes dolores de cabeza.	Si	-	No	<u>X</u>
2. Sensación de estar constantemente en estado de tensión y de no hallarse nunca relajado.	Si	-	No	<u>X</u>
3. Estar excesivamente cansado la mayor parte del tiempo; no sentirse lo suficientemente descansado y fresco después de dormir.	Si	-	No	<u>X</u>
4. Sensaciones de presiones en la cabeza, como si tuvieran gomas muy tensas alrededor de ella.	Si	-	No	<u>X</u>
5. Sensación de falta de energía e impulso; necesidad de todas las reservas de energía para realizar las tareas ordinarias.	Si	-	No	<u>X</u>
6. Temblores, excesivo sudor, taquicardia.	Si	-	No	<u>X</u>
7. Problemas de sueño, pesadillas, sueño sin descansar.	Si	-	No	<u>X</u>
8. Sensación de ahogo y tensión sin razón para ello.	Si	-	No	<u>X</u>
9. Llegar a la conclusión de que las situaciones nos superan demasiado.	Si	<u>X</u>	No	-
10. Darse cuenta de que los propios sentimientos se hieren con facilidad, ser excesivamente sensible.	Si	<u>X</u>	No	-
11. Encontrar siempre algo por lo que preocuparse.	Si	-	No	<u>X</u>
12. Sentarse para tener un momento de relax y pensar en aspectos negativos del pasado y el futuro.	Si	-	No	<u>X</u>
13. Ser bastante consciente de los procesos del propio organismo; tales como latidos violentos del corazón, pinchazos, etc.	Si	-	No	<u>X</u>
14. Reaccionar en exceso ante pequeños problemas diarios, tanto en casa como en el trabajo.	Si	-	No	<u>X</u>
15. Creer que sucederá lo peor, aun cuando el riesgo es muy pequeño; por ejemplo, no sentirse tranquilo hasta que toda la familia se encuentre, segura, en casa.	Si	-	No	<u>X</u>
16. Querer llamar a la oficina durante vacaciones para asegurarse de que todo va bien.	Si	-	No	<u>X</u>
17. Tomarse a nivel personal todo aquello que sale mal.	Si	-	No	<u>X</u>
18. Experimentar sobresaltos cuando suena el teléfono o se produce algún pequeño ruido extraño.	Si	-	No	<u>X</u>
19. No ser capaz de concentrarse, en casa o en el trabajo, distraerse fácilmente por problemas irrelevantes y poco deseados.	Si	-	No	<u>X</u>
20. Experimentar oleadas de miedo, ansiedad o sensaciones de pánico sin razón aparente.	Si	-	No	<u>X</u>
21. Encontrarse muy indeciso; emplear demasiado tiempo para tomar decisiones, dejando a un lado cosas que tienen que hacerse.	Si	-	No	<u>X</u>
22. Sentir que se está perdiendo el control sobre muchas situaciones de la vida propia; que uno es víctima desvalida de la circunstancias.	Si	-	No	<u>X</u>

CONCLUSIÓN: NO PRESENTA INDICADORES DE ESTRÉS.



Firma y Huella del Trabajador

LIT. RENZO HUGO MENDOZA LAZARO
PSICOLOGIA
C.Ps.P.: 16974

Firma y Sello del Evaluador

TEST DE FOBIAS

Nº Ficha: 01283053

NOMBRE : CHILON INFANTE, EDWIN JAVIER
EMPRESA : NEGOCIOS LA CENTRAL SRL
CARGO : CONDUCTOR DE VEHICULO

FECHA : 27/03/2023
EDAD : 42

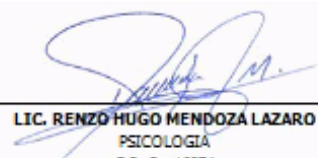
- | | | | | |
|---|----|--------------------------|----|-------------------------------------|
| 1. ¿Ud. tiene miedo a las arañas (Aracnofobia)? | SI | ☐ | NO | ☒ |
| 2. ¿Ud. presenta temor intenso y miedo a ser juzgado negativamente en situaciones sociales (Sociofobia)? | SI | ☐ | NO | ☒ |
| 3. ¿Ud. tiene miedo a viajar en avión (Aerofobia)? | SI | ☐ | NO | ☒ |
| 4. ¿Ud. no se siente seguro o tiene miedo en espacios abiertos? | SI | ☐ | NO | ☒ |
| 5. ¿Ud. presente temor o miedo a espacios encerrados (Claustrofobia), por ejemplo quedarse encerrado en un ascensor? | SI | ☐ | NO | ☒ |
| 6. ¿Ud. presenta miedo o ansiedad a las alturas? | SI | ☐ | NO | ☒ |
| 7. ¿Ud. tiene miedo ante la presencia de rayos y truenos de las tormentas en climas extremos, sintiéndose con ansiedad al respecto (Brontofobia)? | SI | ☐ | NO | ☒ |
| 8. ¿Ud. tiene miedo ante la presencia de víboras e insectos y animales menores, sintiéndose con ansiedad al respecto (Ofidiofobia, Zoofobia)? | SI | ☐ | NO | ☒ |

CONCLUSIÓN:

NO PRESENTA INDICADORES DE FOBIAS NI DE RIESGO PARA EL PUESTO DE TRABAJO.



Firma y Sello del Trabajador

LIC. RENZO HUGO MENDOZA LAZARO
 PSICOLOGIA
 C.Ps.P.: 16974

Firma y Sello

CUESTIONARIO AUDIT

Apellidos y Nombres : CHILON INFANTE, EDWIN JAVIER

N° Ficha : 01283053

Documento de Identidad : DNI 41047368

Fecha : 27/03/2023

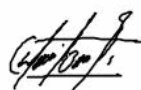
Empresa : NEGOCIOS LA CENTRAL SRL

Edad : 42

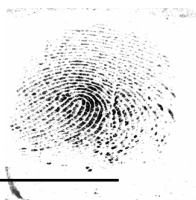
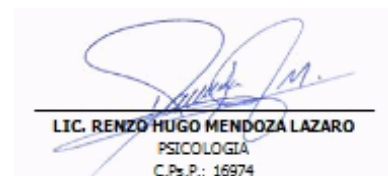
PREGUNTAS	NUNCA	MENOS DE UNA VEZ AL MES	MENSUALMENTE	SEMANALMENTE	TODOS O CASI TODOS LOS DIAS	TOTAL
	0	1	2	3	4	
1. ¿Qué tan seguido toma usted alguna bebida alcoholica?	X	-	-	-	-	0
2. ¿Cuántos tragos suele tomar usted en un día típico de consumo de alcohol?	X	-	-	-	-	0
3. ¿Qué tan seguido toma usted 6 ó más tragos en una sola ocasión?	X	-	-	-	-	0
4. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted no pudo parar de beber una vez que había empezado?	X	-	-	-	-	0
5. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, su consumo de alcohol alteró el desempeño de sus actividades normales?	X	-	-	-	-	0
6. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted necesito beber en la mañana para recuperarse de haber bebido mucho el día anterior?	X	-	-	-	-	0
7. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted tuvo remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	X	-	-	-	-	0
8. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted no fue capaz de recordar lo que sucedió la noche anterior porque habia estado bebiendo?	X	-	-	-	-	0
	NO		SI, PERO NO EN EL ÚLTIMO AÑO		SI, EN EL ÚLTIMO AÑO	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado físicamente herido debido a que usted habia bebido alcohol?	X		-		-	0
10. ¿Algún familiar, amigo, médico y otro profesional de la salud ha mostrado preocupación por la forma en que usted consume bebidas alcoholicas o le ha sugerido que deje de beber?	X		-		-	0
PUNTAJE TOTAL						0

Diagnostico:

NO PRESENTA INDICADORES DE CONSUMO DE RIESGO.



Firma y Huella Trabajador

Firma y Sello Evaluador

Nombre: Chilon Infante Edwin Javier

Sexo: Masculino

Edad: 42 años. (16/07/1980)

Grupo sanguíneo: 0 +

Estado civil: Casado

Estudios: Secundarios

Domicilio: Asoc. La Florida Mz. E. Lte. 9, Villa María Del Triunfo

Empresa: Negocios La Central Srl

Usa lente óptico: Si

Usa lente de contacto: No

Usa audifono: No

Examen tomado el día 27/03/2023

Tipo de examen: A3-C (Profesional - Sin datos)

RESULTADO: APROBADO**Test de reactimetría simple**

Prueba #1: 0.34 Segundos (Rápido)

Prueba #2: 0.34 Segundos (Rápido)

Prueba #3: 0.33 Segundos (Muy rápido)

Prueba #4: 0.35 Segundos (Rápido)

Prueba #5: 0.40 Segundos (Medio lento)

Prueba #6: 0.31 Segundos (Muy rápido)

Prueba #7: 0.29 Segundos (Muy rápido)

Prueba #8: 0.30 Segundos (Muy rápido)

Prueba #9: 0.35 Segundos (Rápido)

Prueba #10: 0.30 Segundos (Muy rápido)

Resultado: APROBADO Promedio: 0.33 Segundos

Responsable de este examen: Lic. Renzo Hugo Mendoza Lazaro

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

01:94 segundos.

Aprobado

Test de perimetria

Ojo izquierdo

Hasta 85 grados

Aprobado

Ojo derecho

Hasta 85 grados

Aprobado

Perimetria Vertical

Hasta 70 grados

Aprobado

Resultado: APROBADO

Responsable de este examen: Lic. Renzo Hugo Mendoza Lazaro

Test de palancas

Tiempo de error: 1.17 (Aprobado)

Cantidad de errores: 2 (Aprobado)

Tiempo de examen: 33.00 (Aprobado)

Resultado: APROBADO

Responsable de este examen: Lic. Renzo Hugo Mendoza Lazaro

Test de punteado

Cantidad de errores: 7 (Aprobado)

Cantidad de aciertos: 42 (Aprobado)

Tiempo de acierto: 5.77 (Aprobado)

Resultado: APROBADO

Responsable de este examen: Lic. Renzo Hugo Mendoza Lazaro



holo**medic**
RENZO HUGO MENDOZA LAZARO
PSICÓLOGO
C.P.S. P 16974

N° Ficha: 01283053

FICHA DE SINTOMATOLOGÍA COVID19 PARA REGRESO AL TRABAJO
DECLARACIÓN JURADA

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad. También he sido informado que de omitir o falsear información estaré perjudicando la salud de mis compañeros, lo cual es una falta grave:

EMPRESA: NEGOCIOS LA CENTRAL SRL

R.U.C.: 20504832661

DATOS DEL TRABAJADOR
Apellidos y Nombre: CHILON INFANTE, EDWIN JAVIER

N° DNI: 41047368

EDAD: 42

Fecha de Nacimiento: 16/07/1980

Dirección: ASOC. LA FLORIDA MZ. E LT. 9 DTTO. VILLA MARIA DEL TRIUNFO PROV. LIMA DPTO. LIMA

Celular: 990252939

Área de trabajo: SUPERFICIE

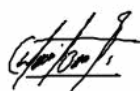
Puesto de Trabajo: CONDUCTOR DE VEHICULO

En los últimos 14 días calendario ha tenido alguno de los síntomas siguientes:

ITEM	PREGUNTAS	SI	NO
1	Sensación de alza térmica o fiebre	-	X
2	Tos, estornudos o dificultad para respirar	-	X
3	Dolor de garganta	-	X
4	Congestión o secreción nasal	-	X
5	Expectoración o flema amarilla o verdosa	-	X
6	Perdida del olfato o perdida del gusto	-	X
7	Dolor abdominal, nauseas o diarrea	-	X
8	Dolor de Pecho	-	X
9	Desorientación o confusión	-	X
10	Coloración azul en los labios	-	X
11	Contacto con personas con caso confirmado de COVID19	-	X
12	Está tomando alguna medicación (detallar cuales)	-	X
13	Ha visitado algún establecimiento de salud	-	X

Tiene los siguientes factores de riesgo:

ITEM	FACTORES DE RIESGO	SI	NO
1	Edad mayor de 65 años	-	X
2	Hipertensión arterial	-	X
3	Enfermedad cardiovascular	-	X
4	Cáncer	-	X
5	Diabetes mellitus	-	X
6	Obesidad con IMC mayor a 40	-	X
7	Insuficiencia renal crónica	-	X
8	Asma	-	X
9	Enfermedad o tratamiento inmunosupresor	-	X
10	Otra (detallar):	-	X



Firma del Trabajador y huella digital

HOJA DE INTERCONSULTA - 1

Paciente: EDWIN JAVIER CHILON INFANTE

Fecha: 17/03/2023

Edad: 42 años Sexo: MASCULINO

N° Ficha: 01283053

Empresa: EMPRESAS LA CENTRAL S.R.L.

Puesto Laboral: CONDUCTOR DE VEHICULO

Especialidad a la que se Consulta: TRAUMATOLOGIA

Motivo de Consulta:

PACIENTE PRESENTA EN RADIOGRAFIA LUMBAR ESPONDILOLISIS LUMBOSACRA, LIEVE ESCOLIOSIS LUMBOSACRA (ANGULO DE COB 17°), OSTEOTITIS PRESENTA EN EVALUACION CLINICA AUMENTO DE LA CURVATURA LUMBAR. SE SOLICITA EVALUACION POR ESPECIALIDAD SIENDO REQUERIDO INDISPENSABLE DE LA EMPRESA A LA CUAL POSTULA.

Diagnóstico(s):

01. ESPONDILOLISIS LUMBOSACRA POR RADIOGRAFIA LUMBAR
02. LIEVE ESCOLIOSIS LUMBOSACRA POR RADIOGRAFIA LUMBAR
03. OSTEOTITIS POR RADIOGRAFIA LUMBAR
04. DESCARTAR DORSOPATIA EN REGION LUMBAR

CIE10

M47.0

M41.5

M25.7

M41.9

Médico Evaluador:

Nombre Completo: ANTONIA DEL PILAR POZO NIÑO

Colegiatura: 63743

[Firma]
DRA. ANTONIA DEL PILAR POZO NIÑO
C.O.P. 0000
AREA DE SALUD OCCUPACIONAL

RESPUESTA A LA INTERCONSULTA (*)

Evaluación: Paciente lleva asintomático; con alteraciones en Rx torax lumbar; se realizó test de exploración funcional en rangos articulares conservados. Músculo espinal normal; resto de la evaluación en línea normal.

Diagnóstico(s):

Escoliosis Dorsal lumbar leve

CIE10

M41.9

Tratamiento e Indicaciones Médicas:

Medicaciones: Ibuprofeno 400mg 3 veces al día. Uso de faja de apoyo a su columna lumbar; Terapias adecuadas p/ mantener peso. Tener un peso saludable.

Instrucciones Otorientación:

Sin Restricciones Laborales

Fecha de Próximo Control:

12 meses

APTITUD MÉDICA

:

APTO ☒

NO APTO ()

Por la presente el médico especialista firmante asume la responsabilidad médica legal de la actitud otorgada al paciente luego de la evaluación realizada.

Médico Especialista: (FIRMA DEL MÉDICO ESPECIALISTA DEBE SER IDENTICA AL DNI.)

Nombre Completo:

JOSÉ FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

Colegiatura:

073782

RNE:

045369

Fecha y Hora de la Evaluación:

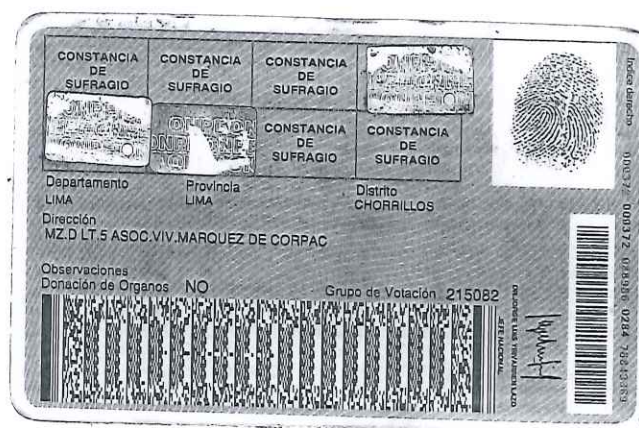
28-03-23

1:10 pm

[Firma]
Dr. FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ JOSÉ
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
C.O.P. 0782 RNE 45369

Firma y Sello

(*) Si el especialista no desea firmar y sellar dicha interconsulta, se le solicita al paciente traer un Informe Médico del Especialista con la RESPUESTA A LA INTERCONSULTA



CERTIFICADO DE VACUNACIÓN / VACCINATION CERTIFICATE



VACUNADO / VACCINATED

Nombres y apellidos / Full name

EDWIN JAVIER CHILON INFANTE

Documento de Identidad / ID number

DNI: 41047368

Fecha de Nacimiento / Date of Birth

16/07/1980

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	15/08/2021	SINOPHARM (202107B1818)	LIMA SUR - Colegio Pedro Ruiz Gallo - LIMA LIMA CHORRILLOS
2° DOSIS	06/09/2021	SINOPHARM (202107B2022)	LIMA SUR - Colegio Pedro Ruiz Gallo - LIMA LIMA CHORRILLOS
3° DOSIS	25/02/2022	ASTRAZENECA (78039)	LIMA SUR - Complejo Deportivo Nro 1 Chorrillos - LIMA LIMA CHORRILLOS
4° DOSIS	23/09/2022	ModernaTX (000336A)	LIMA NORTE - MISMO ESTABLECIMIENTO DE SALUD -

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

Fecha de Emisión / Date of issue: 27/03/2023, 6:53 am