



HISTORIA MÉDICO OCUPACIONAL

NEGOCIOS LA CENTRAL SRL

EXAMEN PRE OCUPACIONAL

ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO

DNI: 40828009

**CERTIFICADO DE APTITUD
MÉDICO OCUPACIONAL**

DNI: 40828009
Nro. Reg.: PQ1249-000001
Fecha: 11-01-2023

Tipo de Evaluación Médica Ocupacional (EMO)		PREOCUPACIONAL				
Nombres y Apellidos		ELIAS GARCIA, LUIS ALBERTO				
DNI	40828009	Edad	41 años	Género	F :	M :X
Grupo y Factor	B POSITIVO					
Alergias						
Medicación habitual	CAPTOPRIL 25MG --> 1 TAB DIARIA					
Fecha del examen	11-01-2023	Fecha de Caducidad	10-01-2024			
Empresa	NEGOCIOS LA CENTRAL SRL					
Puesto de trabajo (al que postula)	CONDUCTOR DE CAMIONETA					
Puesto actual o última ocupación	-					
Historia Clínica	40828009					
Conclusiones						
LA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL SE REALIZÓ DE ACUERDO AL PERFIL MÉDICO SOLICITADO.						
APTITUD EN RELACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO						
APTO		X		RESTRICCIONES		
APTO CON RESTRICCIÓN						
NO APTO						
RETIRO (EMO Evaluado)						
OBSERVADO						
RECOMENDACIONES						
- CONTROL OFTALMOLOGICO PERIODICO. - DIETA BAJA EN CALORIAS Y REALIZAR EJERCICIOS FÍSICOS TRES VECES POR SEMANA, ADEMAS DE CONTROL COMPLEMENTARIO POR NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGIA. - ACUDIR A SUS CONTROLES Y SEGUIR EstrictAMENTE LAS RECOMENDACIONES DEL ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA. CAMBIAR ESTILO DE VIDA: ALIMENTACIÓN SALUDABLE, BAJA EN SAL - GRASAS, Y ACTIVIDAD FÍSICA - 30 MINUTOS DIARIOS. SE RECOMIENDA NO FUMAR SE RECOMIENDA NO CONSUMIR ALCOHOL						
 Dr. CRISTIAN CARRASCO VILLADOMA Medicina Ocupacional y Medio Ambiente C.M.P. N° 38637 R.N.E. N° 22431			 JOSEPH J. ROBLES CAMONES MÉDICO CIRUJANO CMP: 96258			
Sello y Firma de Médico que CERTIFICA			Sello y Firma de Médico que CERTIFICA			
FECHA DE EMISIÓN:			11-01-2023			

Tipo de Evaluación Médica Ocupacional (EMO)		PREOCUPACIONAL					
Nombres y Apellidos		ELIAS GARCIA, LUIS ALBERTO					
DNI	40828009	Edad	41 años	Género	F :	M :X	
Grupo y Factor		B POSITIVO					
Alergias							
Medicación habitual		CAPTOPRIL 25MG --> 1 TAB DIARIA					
Fecha del examen		11-01-2023	Fecha de Caducidad		10-01-2024		
Empresa		NEGOCIOS LA CENTRAL SRL					
Puesto de trabajo (al que postula)			CONDUCTOR DE CAMIONETA				
Puesto actual o última ocupación			-				
Historia Clínica		40828009					
Conclusiones							
LA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL SE REALIZÓ DE ACUERDO AL PERFIL MÉDICO SOLICITADO.							
APTITUD EN RELACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO							
APTO		X					
APTO CON RESTRICCIÓN							
NO APTO							
RETIRO (EMO Evaluado)							
OBSERVADO							
 Dr. CRISTIAN CARRASCO VILLADOMA Medicina Ocupacional y Medio Ambiente C.M.P. N° 38637 R.N.E. N° 22431  JOSEPH J. ROBLES CAMONES MÉDICO CIRUJANO CMP: 96258							
Sello y Firma de Médico que CERTIFICA				Sello y Firma de Médico que CERTIFICA			
FECHA DE EMISIÓN:				11-01-2023			

EMPRESA: NEGOCIOS LA CENTRAL SRL
APELLIDO Y NOMBRES: ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO
PUESTO: CONDUCTOR DE CAMIONETA
FECHA DE EXAMEN: 11-01-2023
TIPO DE EXAMEN: PREOCUPACIONAL

ID / DNI: 40828009
EDAD: 41 años
SEXO: Masculino
N° HC: 40828009

Peso: 96 kg **Talla:** 1.67 m **IMC:** 34.42 Kg/.m2 **PA:** 110 / 80 mmHg **Cintura:**
Cadera: **ICC:** **FC:** 69 min **FR:** 20 min **T°:** Afebril °C

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

HIPERTENSION ARTERIAL: CAPTOPRIL 25MG --> 1 TAB DIARIA; OBESIDAD: GRADO I

RESULTADO DE EXÁMENES

EXAMEN MÉDICO OBESIDAD, GRADO I, HIPERTENSION ARTERIAL, **Anamnesis:** NO REFIERE SINTOMAS NI MOLESTIAS ASOCIADOS A LOS SISTEMAS CORPORALES.
MUSCULOESQUELÉTICO SIN ALTERACIONES MÚSCULO ESQUELÉTICOS..
AUDIOMETRÍA NORMAL
OFTALMOLOGÍA **VC:** TRASTORNO DE LA REFRACCIÓN, AMETROPIA LEVE NO CORREGIDA. , **VL:** EMETROPE, Transparencia conservada de ambos campos pulmonares, sin evidencia de infiltrados, nódulos, masas ni cavitaciones.
RAYOS X DE TORAX Senos costodiafragmáticos y cardiofrénicos libres.
Hilios pulmonares conservados.
Vasculatura pulmonar de configuración y distribución habitual.
Silueta cardiovascular conservada.
Tejidos blandos de densidad habitual
Estructuras óseas de morfología y densidad conservada.
EVALUACIÓN EKG: RITMO SINUSAL NORMAL.
PSICOLOGÍA APTO PSICOLOGICAMENTE.NO EVIDENCIA NIVELES SIGNIFICATIVOS DE ESTRÉS, NI FATIGA LABORAL, NI TAMPOCO SOMNOLENCIA, NI PRESENTA TEMORES A LAS ALTURAS.
ODONTOLOGÍA NO APLICA POR COVID 19.
PSICOSENSOMÉTRICO
ALTURA ESTRUCTURAL APTO

EXÁMENES DE LABORATORIO
DENTRO DE LÍMITES NORMALES

CONCLUSIONES

H52.7 TRASTORNO DE LA REFRACCIÓN, AMETROPIA LEVE NO CORREGIDA.
E66.9 OBESIDAD, GRADO I
I10.X HIPERTENSION ARTERIAL

APTITUD

- ☒ APTO
☐ NO APTO
☐ APTO CON RESTRICCIONES

OBSERVACIONES

RECOMENDACIONES

- CONTROL OFTALMOLOGICO PERIODICO.
- DIETA BAJA EN CALORIAS Y REALIZAR EJERCICIOS FÍSICOS TRES VECES POR SEMANA, ADEMAS DE CONTROL COMPLEMENTARIO POR NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGIA.
- ACUDIR A SUS CONTROLES Y SEGUIR EstrictAMENTE LAS RECOMENDACIONES DEL ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA. CAMBIAR ESTILO DE VIDA: ALIMENTACIÓN SALUDABLE, BAJA EN SAL - GRASAS, Y ACTIVIDAD FÍSICA - 30 MINUTOS DIARIOS. SE RECOMIENDA NO FUMAR SE RECOMIENDA NO CONSUMIR ALCOHOL

RESTRICCIONES




FIRMA Y HUELLA DEL TRABAJADOR


JOSEPH J. ROBLES CAMONES
MÉDICO CIRUJANO
CMP: 96258

FIRMA DEL MÉDICO

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR(A):			
Apellidos y Nombres:	ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO		
Documento de Identidad:	40828009	Edad:	41 años
Sexo:	MASCULINO		
Puesto que postula (solo pre-ocupacional)	CONDUCTOR DE CAMIONETA		
Ocupación Actual:			
Empresa:	NEGOCIOS LA CENTRAL SRL		
Empresa Sub-Contratista:			
Alergias:	NIEGA		
Medicación actual:	CAPTOPRIL 25MG --> 1 TAB DIARIA		
Grupo y Factor:	B POSITIVO	Tipo de Evaluación Médica Ocupacional (EMO):	PREOCUPACIONAL

FUNCIONES VITALES

P.A.: 110/80 mmHg **FC:** 69 x' **FR:** 20 x'
PESO: 96 Kg **TALLA:** 1.67 m **IMC:** 34.42 Kg/m2
PERÍMETRO ABDOMINAL: 114 cm **SATURACIÓN:** 98 % **TEMPERATURA:** Afebril

RESULTADOS DE LABORATORIO

Hemoglobina: 15.60 g/dL **Glucosa:** 109 g/dL **Colesterol:** 182 mg/dl
Triglicéridos: 121 mg/dl **Examen de orina:** NORMAL

RESULTADOS DE EXÁMENES

EXAMEN MÉDICO OBESIDAD, GRADO I , HIPERTENSION ARTERIAL
MUSCULOESQUELÉTICO SIN ALTERACIONES MÚSCULO ESQUELÉTICOS..
AUDIOMETRÍA NORMOACUSIA POR AUDIOMETRIA
OFTALMOLOGÍA **VC:** TRASTORNO DE LA REFRACCIÓN, AMETROPIA LEVE NO CORREGIDA. , **VL:** EMETROPE,
RAYOS X DE TORAX EXAMEN RADIOLÓGICO DE TORAX NORMAL ,
COLUMNA LUMBAR
EVALUACIÓN EKG: RITMO SINUSAL NORMAL.
PSICOLOGÍA APTO PSICOLOGICAMENTE.NO EVIDENCIA NIVELES SIGNIFICATIVOS DE ESTRÉS, NI FATIGA LABORAL, NI TAMPOCO SOMNOLENCIA, NI PRESENTA TEMORES A LAS ALTURAS.
LABORATORIO SIN ALTERACIONES.
ODONTOLOGÍA NO APLICA POR COVID 19.
PSICOSENSOMÉTRICO APROBADO
ALTURA ESTRUCTURAL APTO

RECOMENDACIONES

- CONTROL OFTALMOLOGICO PERIODICO.
- DIETA BAJA EN CALORIAS Y REALIZAR EJERCICIOS FÍSICOS TRES VECES POR SEMANA, ADEMAS DE CONTROL COMPLEMENTARIO POR NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGIA.
- ACUDIR A SUS CONTROLES Y SEGUIR EstrictAMENTE LAS RECOMENDACIONES DEL ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA.
CAMBIAR ESTILO DE VIDA: ALIMENTACIÓN SALUDABLE, BAJA EN SAL - GRASAS, Y ACTIVIDAD FÍSICA - 30 MINUTOS DIARIOS.
SE RECOMIENDA NO FUMAR SE RECOMIENDA NO CONSUMIR ALCOHOL


JOSEPH J. ROBLES CAMONES
MÉDICO CIRUJANO
CMP: 96258

Sello y Firma de Médico que CERTIFICA

CONSTANCIA DE ATENCIÓN

EL COORDINADOR MÉDICO DE LA CLÍNICA DE SALUD OCUPACIONAL CARDENI S.A.C. SUSCRIBE LO SIGUIENTE:

DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE EL SR.(SRTA) **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO** IDENTIFICADO CON DNI N° **40828009**, HA SIDO EVALUADO(A) O ATENDIDO(A) EN SUS EXÁMENES MÉDICO **PREOCUPACIONAL**, EL DÍA **11-01-2023**.

HORA INICIO: 08:02:27

HORA FIN: 10:42:45

SE EXPIDE LA PRESENTE, PETICIÓN DEL INTERESADO(A), O DE LA EMPRESA PARA LOS FINES QUE ESTIME CONVENIENTE.



NESTOR RAUL CHUMBES GARCIA
MEDICO CIRUJANO
C. M. P. 089190

Sello y firma de Médico que CERTIFICA

CONSENTIMIENTO DE TOMA DE MUESTRAS TEST DE DROGAS

Yo, ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO, identificado con DNI N° 40828009, con domicilio en CALLE PUEBLO NUEVO 426, distrito de SAYAN, provincia de HUAURA y departamento de LIMA, en pleno uso de mis facultades autorizo a la empresa CARDENI S.A.C., a que se me realice el Dosaje de Drogas en muestra de orina.

¿Usted ha consumido algún antiinflamatorio (Ibuprofeno, Naproxeno, Ketoprofeno) en los últimos 3 días? NO

¿Usted ha consumido algún antihistamínico (para alergias) en los últimos 3 días? NO

¿Usted ha consumido algún antigripal en los últimos 4 días? NO

¿Usted ha recibido algún anestésico local (Lidocaína) en los últimos 3 días? NO

¿Usted ha consumido de forma habitual alguna bebida que contenga coca (MATE DE COCA), en los últimos 3 días? NO



Firma y huella del Trabajador

DNI : 40828009

NESTOR RAUL CHUMBES GARCIA
MEDICO CIRUJANO
C. M. P. 089190

TECNÓLOGO MÉDICO

Yo, ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO, identificado(a) con Documento Nacional de Identidad ☒ / Carné de Extranjería ☐ / Pasaporte ☐ N° 40828009, con domiciliado(a) real en CALLE PUEBLO NUEVO 426, distrito de Sayan, provincia de Huaura y departamento de Lima, **DECLARO QUE:**

He sido debidamente informado(a) por parte de mi empleador, la empresa NEGOCIOS LA CENTRAL SRL, respecto al proceso de Evaluación Médico Ocupacional a la cual me someteré voluntaria y libremente, como parte del Programa de Vigilancia en Salud, por lo cual manifiesto expresamente mi consentimiento para su realización.

Asimismo, autorizo a la empresa **CARDENI SAC**, a realizarme los Exámenes Médicos Ocupacionales (EMO), enviar el Certificado de Aptitud respectivo, la Historia Médico Ocupacional, así como los documentos vinculados, en formato digital y/o físico, al Departamento Médico de mi empleador. En el caso que mi empleador no cuente con Médico Ocupacional, autorizo únicamente la entrega de mi Certificado de Aptitud.

Finalmente, manifiesto que se me ha informado con claridad y oportunidad, los alcances de la referida atención, así como la posibilidad de negarme a la misma, por ser mi derecho reconocido.

Lima, 11 de Enero del 2023



Firma y huella del trabajador

DNI : 40828009

Base Legal:

Inciso 6.6.2., del artículo 6.6. referido a la Conformidad de la Vigilancia de la salud de los trabajadores contenida en el Documento Técnico Protocolos de Exámenes Médico Ocupacionales y Guías de Diagnóstico de los Exámenes Médicos Obligatorios por Actividad, aprobado por la Resolución Ministerial N°312-2011-MINSA.

Apartado 12, inciso 2 de la Recomendación N° 171 de la OIT sobre los Servicios de la Salud en el Trabajo.

Artículo 15, inciso h) de la Ley N° 26842, Ley General de Salud.

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

Yo, ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO, identificado con DNI N° 40828009, con domicilio en CALLE PUEBLO NUEVO 426, distrito de SAYAN, provincia de HUAURA y departamento de LIMA. Declaro que he sido informado de la naturaleza y propósito por las cuales se me practica el examen médico ocupacional, por parte del médico del Establecimiento de salud CARDENI S.A.C. entiendo que es necesario para poder identificar de manera oportuna, posibles enfermedades relacionadas con el trabajo. También dejo constancia que todas mis preguntas y dudas al respecto han sido absueltas por el médico a cargo de mi examen médico.

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

Asimismo, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 13° y 25° de la ley 26842, Ley General de Salud, autorizo al Establecimiento de Salud que me practica el examen médico ocupacional a proporcionar información concerniente a mi estado de salud, resultado de mis exámenes auxiliares, evaluaciones médico ocupacionales y a entregar una copia de mi historia clínica y toda la información resultante de mi examen médico ocupacional al área correspondiente de NEGOCIOS LA CENTRAL SRL para su información y custodia, en cumplimiento de lo señalado en la Ley 29783. Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.



Firma y huella del trabajador

DNI : 40828009

DECLARACIÓN JURADA DE SINTOMÁTICO RESPIRATORIO

Mediante la presente, Yo, ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO, identificado con DNI N° 40828009, con domicilio en CALLE PUEBLO NUEVO 426, distrito de SAYAN, provincia de HUAURA y departamento de LIMA, declaro bajo juramento que EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS NO HE PRESENTADO SÍNTOMAS DE TUBERCULOSIS, lo que incluye:

- Tos persistente por dos o más semanas.
- Pérdida de peso.
- Fatiga.
- Fiebre.
- Sudores nocturnos.
- Dolor torácico.
- Dificultad respiratoria
- Expectoración con sangre (hemoptisis).

Declaro bajo juramento que la información suministrada es auténtica y tomo conocimiento de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en la misma, deliberada o no, está tipificada como falta grave, según el Texto único Ordenado del D. Leg. No. 728, Ley de Productividad y Competitividad Laboral DECRETO SUPREMO No. 00-97-TR. Que a través del Artículo 25 - Inciso d) especifica como falta grave: "..... la información falsa al empleador con la intención de causarle perjuicio y obtener una ventaja....."



Firma y huella del Trabajador

DNI: 40828009

NESTOR RAUL CHUMBES GARCIA
MEDICO CIRUJANO
C. M. P. 089190

Sello y firma de Médico que CERTIFICA

1. DATOS PERSONALES:

Apellidos y Nombres: **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO**

Documento de Identidad: **40828009**

Edad: **41 años**

Sexo: **MASCULINO**

Razón Social de la Empresa: **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**

Puesto al que postula (Solo pre-ocupacional): **CONDUCTOR DE CAMIONETA**

Ocupación actual o ultima ocupación:

Historia Clínica: **40828009**

Tipo de Atención: **PREOCUPACIONAL**

Nota: Proporcionar información falsa al empleador está tipificada como falta grave, según lo dispuesto en el inciso del artículo 25 del TUO de la Ley de Productividad y Competitividad Laboral.

Estimado(a) trabajador(a): Con el fin de poder recabar los antecedentes y síntomas médicos más importantes en usted, le solicitamos leer detenidamente y responder las siguientes preguntas:

Usted ha sido diagnosticado alguna vez de :

- | | | |
|---|--|-----------------------------|
| 1- TUBERCULOSIS | NO ☒ | SI ☐ |
| 2- De haberla tenida. ¿recibió usted tratamiento? | NO ☒ | SI ☐ |

En la actualidad usted presenta:

- | | | |
|--|--|-----------------------------|
| 3- Tos por mas de 15 días. | NO ☒ | SI ☐ |
| 4- Baja de peso inexplicable. | NO ☒ | SI ☐ |
| 5- Sudoración nocturna importante. | NO ☒ | SI ☐ |
| 6- Expectorcación (tos) con sangre. | NO ☒ | SI ☐ |
| 7- Familiares o amigos con Tuberculosis. | NO ☒ | SI ☐ |
| 8- Sospecha de Tuberculosis. | NO ☒ | SI ☐ |

*** Asociado a otros síntomas respiratorios de sospecha de tuberculosis**

Observaciones:

Conclusiones:

Se considera al paciente Sintomatico respiratorio NO ☒ SI ☐

De acuerdo a esta declaración se sugiere estudios ampliatorios
NO ☒ SI ☐



Firma y huella del Trabajador
DNI: 40828009

1.DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO**

Documento de Identidad: **40828009**

Edad: **41 años**

Sexo: **MASCULINO**

Razón Social de la Empresa: **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**

Puesto al que postula (Solo pre-ocupacional): **CONDUCTOR DE CAMIONETA**

Ocupación actual o ultima ocupación:

Historia Clínica: **40828009**

Tipo de Atención: **PREOCUPACIONAL**

PESO : 96 Kg

TALLA : 1.67 m

IMC : 34.42 Kg/m2

% GRASA : %

FECHA : 11-01-2023


NESTOR RAUL CHUMBES GARCIA
MEDICO CIRUJANO
C. M. P. 089190

1.DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO**

Documento de Identidad: **40828009**

Edad: **41 años**

Sexo: **MASCULINO**

Razón Social de la Empresa: **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**

Puesto al que postula (Solo pre-ocupacional):

Ocupación actual o ultima ocupación: **CONDUCTOR DE CAMIONETA**

Historia Clínica: **40828009**

Tipo de Atención: **PREOCUPACIONAL**

RESULTADOS:

Peso:

96 Kg.

Talla:

1.67 m.

Índice de Masa Corporal.:

34.42 kg/m2

Temperatura:

Afebril

Saturación de oxígeno (Sat O2):

98 %

Frecuencia Cardiaca.

69 Latidos/min.

Frecuencia Respiratoria.

20 Latidos/min.

Presión Arterial:

Sistólica:

110

Diastólica:

80 mmHg


.....
Lic. Tania Abriojo Mora
 ENFERMERA
C.E.P. 102481

Firma y Sello de Lincenciada en Enfermería

**DECLARACIÓN JURADA DE
DATOS MÉDICOS Y
ANTECEDENTES**

DNI: 40828009
Nro. Reg.: PQ1249-000001
Fecha: 11-01-2023

EMPRESA: NEGOCIOS LA CENTRAL SRL

FECHA: 11-01-2023

Yo: ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO de 41 años de edad, con

DNI: 40828009 declaro que toda la información proporcionada en esta declaración jurada es verdadera no habiendo omitido ningún dato voluntariamente.

1- RIESGOS LABORALES RELACIONADOS AL PUESTO DE TRABAJO

Tipo de Examen PREOCUPACIONAL

Tipo de labor

Ruido	Vibraciones	Temperatura	Químicos	Horas/días, Expuesto	
Polvo	Altura Estruc.	Cancerígenos	Posturas	Uso de EPP	si
Cargas	Altura msnm	Biológicos	Eléctricos	Restricciones Médicas:	

Otros:

2- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OCUPACIONALES

Presuntas Enfermedades relacionadas al trabajo que declara

NIEGA	Fecha:	¿Recibió tratamiento?	Días de descanso
	Fecha:	¿Recibió tratamiento?	Días de descanso

Presuntos Accidentes que declara haber padecido:

NIEGA	Fecha:	¿Dejó incapacidad?	Días de descanso
	Fecha:	¿Dejó incapacidad?	Días de descanso

3- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

CIRUGÍAS

IMA	-	Alérgias	-	Tifoidea	-	Enf. Psiquiat.	-	Fracturas	-
HTA	X	Asma	-	Neoplasias	-	Enf. Cardiov.	-	Anemia	-
ACV	-	Bronquitis	-	Quemaduras	-	Enf. Oculares.	-	Obesidad	X
TBC	-	Diabetes	-	Discopatías	-	Enf. Reumat.	-	Dislipid.	-
ETS	-	Hepatitis	-	Convulsiones	-	Enf. Pulmonares.	-	Intoxicac.	-
VIH	-	Hernias	-	Gastritis	-	Alter. de la Piel	-	Amputación	-
TEC	-	Lumbalgias	-	Úlceras	-	Tendinitis	-	Sordera	-
Fobias	-	Vertigos	-	Migrañas	-	Onicomiosis	-	Otros	-

NIEGA

SOLO SI TUVO TUBERCULOSIS

FECHA QUE TUVO TBC

¿COMPLETÓ TRATAMIENTO? Si ☐ No ☐

OBSERVACIONES:

HIPERTENSION ARTERIAL: CAPTOPRIL 25MG --> 1 TAB DIARIA; OBESIDAD: GRADO I

4- HÁBITOS NOCIVOS

	Tipo	Cantidad	Frecuencia
Alcohol	NO	NO	NO
Tabaco	NO	NO	NO
Drogas	NO	NO	NO

Medic. CAPTOPRIL 25MG --> 1 TAB DIARIA

5- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Padre Otro:HTA, ASMA BRONQUIAL

Hnos Otro:(1) HTA, (2) SANOS

Madre CA:MAMA,Otro:FALLECIDA CANCER DE MAMA

Hijos NO REFIERE

Cónyuge Otro:SANA

6- OTRAS OBSERVACIONES



FIRMA Y HUELLA DEL TRABAJADOR
DNI: 40828009

NESTOR RAUL CHUMBES GARCIA
MEDICO CIRUJANO
C. M. P. 089190

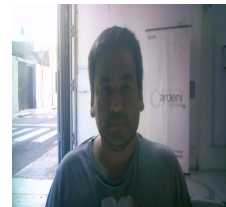
MÉDICO MEDICINA OCUPACIONAL

I. DATOS DE LA EMPRESA

Razón Social Empresa: **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL** Tipo de EMO: **PREOCUPACIONAL**
Actividad Económica: **Principal - 4922 - OTRAS ACTIVIDADES DE TRANSPORTE POR VÍA TERRESTRE**
Dirección donde labora: **AV. CENTRAL NRO. 822 A.H. PAMPLONA ALTA SEC. LEONCIO PRADO LIMA - LIMA - SAN JUAN DE MIRAFLORES**
Ubicación: **Lima - Lima - San Juan de Lurigancho** Fecha de Ingreso: **10-01-2023**
Puesto de trabajo: **CONDUCTOR DE CAMIONETA** Área: **OPERATIVO**

II. FILIACIÓN DEL TRABAJADOR(A)

Apellidos y Nombres: **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO**
Documento de Identidad: **40828009** Fec. Nac.: **22-01-1981** Edad: **41** años Sexo: **MASCULINO**
Dirección actual: **CALLE PUEBLO NUEVO 426 - -**
Departamento: **LIMA** Provincia: **HUAURA** Distrito: **SAYAN**
Correo: Teléfono: **945820152**
Estado Civil: **SOLTERO** Grado de Instrucción: **SECUNDARIA COMPLETA**
No de Hijos vivos: **0** No de dependientes: **0**



III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa	Área	Ocupación	Fecha		Tiempo Meses	Exposición Ocup.	EPP
			Inicio	Fin			
CONSORCIO VIAL AMBO	ADM	CONDUCTOR DE CAMIONETA	Jun 2019	May 2022	2 AÑOS y 11 MESES	Otros, Polvo, Ruido	mascarilla, casco, guantes, lentes, otros: ZAPATOS PUNTA DE ACERO, tapones auditivos, orejeras
CONSORCIO VIAL HUAMACHUCO	ADM	CONDUCTOR	Ene 2019	Jun 2019	5 MESES	Ruido, Otros, Polvo	mascarilla, guantes, casco: ZAPATOS PUNTA ACERO, ropa, lentes, orejeras, tapones auditivos
ALTAS CENDAS	ADM	CONDUCTOR	Dic 2017	Ene 2018	1 MES	Ruido, Otros, Polvo	guantes, casco, tapones auditivos, orejeras, otros: ZAPATOS PUNTA DE ACERO, lentes
JC CONTRATISTAS GENERALES EISR	ADM	CONDUCTOR	Feb 2017	Nov 2017		Ruido, Otros, Polvo	lentes, casco, ropa, guantes, tapones auditivos, orejeras, otros: ZAPATOS PUNTA ACERO
AVENGOA PERU	ADM	CONDUCTOR				Otros, Ruido, Polvo	lentes, casco, ropa, tapones auditivos, orejeras, otros: ZAPATOS PUNTA DE ACERO
			2021	2021			

IV. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Alergia	☐	NIEGA	Diabetes	☐	NIEGA	TBC	☐	NIEGA	Hepatitis B	☐	NIEGA
Asma	☐	NIEGA	HTA	☒	CAPTOPRIL 25MG --> 1 TAB DIARIA	ITS	☐	NIEGA	Tifoidea	☐	NIEGA
Bronquitis	☐	NIEGA	Neoplasia	☐	NIEGA	Convulsiones	☐	NIEGA	Quemadura	☐	NIEGA

Ampliación Antecedentes patológicos

HIPERTENSION ARTERIAL: CAPTOPRIL 25MG --> 1 TAB DIARIA; OBESIDAD: GRADO I

Cirugías

Intoxicaciones

Otros especificar

GxPx

G: P:

FUR

MAC

Hábitos nocivos

	Tipo	Cantidad	Frecuencia
Alcohol			
Tabaco			
Drogas			

Medicamentos

CAPTOPRIL 25MG --> 1 TAB
DIARIA

V. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Padre: Otros: HTA, ASMA
BRONQUIAL Madre: CA: MAMA, Otros: FALLECIDA
CANCER DE MAMA Hermanos: Otros: (1) HTA, (2) SANOS
Espos(a): Otros: SANA N° de Hijos vivos: 0 N° de Hijos fallecidos: 0

Absentismo: Enfermedades y Accidentes (Asociado a trabajo o no)

Asociado al trabajo

Enfermedad o Accidentes	Si	No	Año	Días Descanso
NIEGA		X		
		X		
NIEGA		X		
		X		

VI. EVALUACIÓN MÉDICA

Anamnesis: NO REFIERE SINTOMAS NI MOLESTIAS ASOCIADOS A LOS SISTEMAS CORPORALES.

Medicación Actual:

CAPTOPRIL 25MG --> 1 TAB DIARIA

Examen clínico:	Talla (m)	1.67 m	Peso (Kg)	96 kg	IMC	34.42	Cintura	
	Frec. Resp.	20	Frec. Card.	69	PA	110 / 80	Cadera	
	SAT O2	98 %	Temperat.	Afebril	Perimetro abdominal	114	ICC	

Ectoscopia:	Normal
Estado Mental:	localizado en espacio, tiempo y persona. GLASGOW 15/15

EXAMEN FÍSICO

Órgano o Sistema	Sin Hallazgos
Piel	X PIEL TIBIA, HIDRATADA Y ELASTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS.
Cabello	X
Ojos y Anexos	X Agudeza Visual de Cerca OD 0.75 OI 0.75 Con correctores Agudeza Visual de Lejos 20/ 20 20/ 20 Con correctores 20/ 20/ 20/ 20 Fondo de Ojo Visión de Colores NORMAL NORMAL Visión de Profundidad NORMAL
Oídos	
Nariz	X
Boca	X
Faringe	X
Cuello	X
Ap. Respiratorio/Tórax	X
Ap. Cardiovascular	X
Ap. Digestivo/Abdomen	X
Ap. Genitourinario	
Ap. Locomotor	X
Marcha	X
Columna	X
Miembros Superiores	X
Miembros Inferiores	X
Sistema Linfático	X
Sistema Nervioso	X

VII. CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

APTO PSICOLOGICAMENTE. NO EVIDENCIA NIVELES SIGNIFICATIVOS DE ESTRÉS, NI FATIGA LABORAL, NI TAMPOCO SOMNOLENCIA, NI PRESENTA TEMORES A LAS ALTURAS.

VIII. CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA

OIT: TRANSPARENCIA CONSERVADA DE AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN EVIDENCIA DE INFILTRADOS, NÓDULOS, MASAS NI CAVITACIONES. SENOS COSTODIAFRAGMÁTICOS Y CARDIOFRÉNICOS LIBRES. HILIOS PULMONARES CONSERVADOS. VASCULATURA PULMONAR DE CONFIGURACIÓN Y DISTRIBUCIÓN HABITUAL. SILUETA CARDIOVASCULAR CONSERVADA. TEJIDOS BLANDOS DE DENSIDAD HABITUAL ESTRUCTURAS ÓSEAS DE MORFOLOGÍA Y DENSIDAD CONSERVADA.

LUMBAR: COLUMNA LUMBO SACRA RADIOLÓGICAMENTE CONSERVADO.

IX. HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO

DENTRO DE LÍMITES NORMALES

X. CONCLUSIÓN AUDIOMÉTRICA

NORMOACUSIA POR AUDIOMETRIA

XI. CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA

XII. OTROS

- 1- MUSCULOESQUELÉTICO: SIN ALTERACIONES MÚSCULO ESQUELÉTICOS.
- 2- ELECTROCARDIOGRAMA: RITMO SINUSAL NORMAL
- 3- ODONTOLOGÍA: NO APLICA POR COVID 19
- 4- ALTURA ESTRUCTURAL: APTO
- 5- IMC: 34.42 Kg/m²
- 6- PRESIÓN ARTERIAL: 110 / 80 mmHg

XIII. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

P D R CIE 10

XIV. DIAGNÓSTICO MÉDICO OCUPACIONAL

TRASTORNO DE LA REFRACCIÓN, AMETROPIA LEVE NO CORREGIDA.
OBESIDAD, GRADO I
HIPERTENSION ARTERIAL

P	D	R	CIE 10
X			H52.7
X			E66.9
X			I10.X

☒ APTO

☐ APTO CON RESTRICCIONES

☐ NO APTO

Recomendaciones

- CONTROL OFTALMOLOGICO PERIODICO.
- DIETA BAJA EN CALORIAS Y REALIZAR EJERCICIOS FÍSICOS TRES VECES POR SEMANA, ADEMAS DE CONTROL COMPLEMENTARIO POR NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGIA.
- ACUDIR A SUS CONTROLES Y SEGUIR EstrictAMENTE LAS RECOMENDACIONES DEL ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA. CAMBIAR ESTILO DE VIDA: ALIMENTACIÓN SALUDABLE, BAJA EN SAL - GRASAS, Y ACTIVIDAD FÍSICA
- 30 MINUTOS DIARIOS. SE RECOMIENDA NO FUMAR SE RECOMIENDA NO CONSUMIR ALCOHOL



Firma y huella del Trabajador
DNI: 40828009

JOSEPH J. ROBLES CAMONES
MÉDICO CIRUJANO
CMP: 96258

Sello y Firma de Médico que CERTIFICA

1.DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO**

Documento de Identidad: **40828009**

Edad: **41 años**

Sexo: **MASCULINO**

Razón Social de la Empresa: **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**

Puesto al que postula (Solo pre-ocupacional): **CONDUCTOR DE CAMIONETA**

Ocupación actual o última ocupación:

Historia Clínica: **40828009**

Tipo de Atención: **PREOCUPACIONAL**

II. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

F. Inicio	F. Fin	Empresa	Área de trabajo	Ocupación	Tiempo de trabajo		Peligros / Agentes	Uso EPP	Uso EPP
					Subsuelo	Superficie			
Jun 2019	May 2022	CONSORCIO VIAL AMBO	ADM	CONDUCTOR DE CAMIONETA		2 AÑOS y 11 MESES	Otros, Polvo, Ruido	SI	maskarilla, casco, guantes, lentes, otros: ZAPATOS PUNTA DE ACERO, tapones auditivos, orejeras
Ene 2019	Jun 2019	CONSORCIO VIAL HUAMACHUCO	ADM	CONDUCTOR		5 MESES	Ruido, Otros, Polvo	SI	maskarilla, guantes, casco: ZAPATOS PUNTA ACERO, ropa, lentes, orejeras, tapones auditivos
Dic 2017	Ene 2018	ALTAS CENDAS	ADM	CONDUCTOR		1 MES	Ruido, Otros, Polvo	SI	guantes, casco, tapones auditivos, orejeras, otros: ZAPATOS PUNTA DE ACERO, lentes
Feb 2017	Nov 2017	JC CONTRATISTAS GENERALES EISR	ADM	CONDUCTOR			Ruido, Otros, Polvo	SI	lentes, casco, ropa, guantes, tapones auditivos, orejeras, otros: ZAPATOS PUNTA ACERO
		AVENGOA PERU	ADM	CONDUCTOR			Otros, Ruido, Polvo	SI	lentes, casco, ropa, tapones auditivos, orejeras, otros: ZAPATOS PUNTA DE ACERO

Fecha: **11-01-2023**



Firma y huella del trabajador
DNI: **40828009**

NESTOR RAUL CHUMBES GARCIA
Nombre del Médico Evaluador
Firma y Sello

1.DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO**

Documento de Identidad: **40828009**

Edad: **41 años**

Sexo: **MASCULINO**

Razón Social de la Empresa: **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**

Puesto al que postula (Solo pre-ocupacional): **CONDUCTOR DE CAMIONETA**

Ocupación actual o ultima ocupación:

Historia Clínica: **40828009**

Tipo de Atención: **PREOCUPACIONAL**

**Escala de Somnolencia Epworth
(Versión peruana Modificada)**

¿Qué tan probable es que usted cabecee o se quede dormido en las 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 el siguiente escala y marque con una X la opción más apropiada para cada situación:

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

Situación	Probabilidad de cabecear			
	Nunca	Poca	Moderada	Alta
1.- Sentado 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 en el culto)	X			
4.- Como pasajero en un automóvil, ómnibus, micro o combi 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 del almuerzo y sin haber bebido alcohol	X			
8.- Conduciendo el automóvil cuando se detiene algunos minutos por razones de trafico.	X			
9.- Parado y apoyándose o no en una pared o mueble	X			

¿Usted maneja vehículos motorizados (auto, camioneta , ómnibus, micro, combi etc)?
(X) SI () NO

Gracias por su Cooperación

Validación Peruana de la Escala de Somnolencia de Epworth. Rosales E. Rey de Castro J Huayanay L. y Zagaceta K. Octubre 2009.

Calificación: Cada situación tiene un puntaje de 0 a 3. Cero indica nunca y 3 una alta probabilidad de cabecear . El puntaje total se obtiene sumando el puntaje de cada situación. Para personas que manejan vehículos motorizados, se suman los primero 8 ítems. para personas que no manejan vehiculos motorizados, se suma los primeros siete ítems y el ítem nueve.

Puntaje mayor a 10 se considerará positivo


Miguel A. Mazaheiro Magaña
PSICÓLOGO
C. Pe. P. N° 34168

Firma y Sello del Psicólogo
N° de Colegiatura



Firma y Huella del Trabajador
DNI: 40828009



**EXAMEN DE SUFICIENCIA
PARA REALIZAR
TRABAJOS EN ALTURA
FÍSICA
(TRABAJOS VERTICALES)**

DNI: 40828009
Nro. Reg.: PQ1249-000001
Fecha: 11-01-2023

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO**
Documento de Identidad: **40828009** Edad: **41 años** Sexo: **MASCULINO**
Razón Social Empresa: **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**
Puesto al que postula (solo pre-ocupacional): **CONDUCTOR DE CAMIONETA**
Ocupación actual o última ocupación:
Historia Clínica: **40828009** Tipo de Atención: **PREOCUPACIONAL**

2. ANTECEDENTES (Del Registro Médico):	SI	NO		SI	NO
Tiene fobia o miedo a las alturas.	☐	☒	Insuficiencia cardiaca ,enfermedad coronaria,arritmias,porta marcapaso, prótesis valvular.	☐	☒
Epilepsia/convulsiones u otra enfermedad que condiciona pérdida de conciencia.	☐	☒	Crisis Asmática.	☐	☒
Alcoholismo o abuso de otras sustancias (adicción).	☐	☒	Hipertensión arterial no controlada.	☐	☒
Portador de enfermedad psiquiátrica.	☐	☒	Hipoacusia severa.	☐	☒
Diabetes mellitus o hipoglicemia no controlada.	☐	☒	Alteración de la agudeza visual(lejos).	☐	☒
Migraña.	☐	☒	Declarado INAPTO para labor de altura en el último examen ocupacional.	☐	☒
Comentarios/Detalle:	☐	☒	IMC > 32 kg/m ² .	☐	☒

3. ANTECEDENTES (Entrevista con el Paciente):

Se encuentra Usted resfriado o con algún cuadro respiratorio.	☐	☒	Consumió licor en las últimas 24 horas.	☐	☒
Sufre de vértigos o mareos diagnosticados recientemente.	☐	☒	Frecuencia de cefaleas.	☐	☒

Medicamentos que está tomando: NIEGA ALERGIAS, REFIERE TRATAMIENTO PARA HTA CON CAPTOPRIL 25MG.

4. EXAMEN FÍSICO (actual):

P.A.: 110 / 80	F.C.: 69	F.R.: 20	PESO: 96	TALLA: 1.67	IMC: 34.42	Sat O2: 98
Limitación en fuerza y/o movilidad de extremidades.	☐	☒	Alteración de la coordinación presente.	☐	☒	☒
Alteración del equilibrio.	☐	☒	Presencia de nistagmus.	☐	☒	☒
Anormalidad en la marcha.	☐	☒	Anormalidad en movimientos oculares.	☐	☒	☒
Anormalidad en la fuerza de miembros.	☐	☒	Pupilas CIRLA.	☒	☒	☒
Lenguaje anormal.	☐	☒	Asimetría facial.	☐	☒	☒
			Visión Estereoscópica alterada.	☐	☒	☒

Detalle Información:

5. CONCLUSIÓN DE LA PRESENTE EVALUACIÓN:

☒ APTO ☐ NO APTO ☐ OBSERVADO
Desde: 11-01-2023 **Hasta:** 10-01-2024

OBSERVACIONES:

NINGUNA.

RECOMENDACIONES:

DATOS DEL MÉDICO

APELLIDOS Y NOMBRES: CHUMBES GARCIA NESTOR RAUL

DIRECCIÓN: AV. SALAVERRY 341-HUACHO

CMD	FECHA	FIRMA Y SELLO
089190	11-01-2023	 NESTOR RAUL CHUMBES GARCIA MEDICO CIRUJANO C. M. P. 089190

1.DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO**

Documento de Identidad: **40828009**

Edad: **41 años**

Sexo: **MASCULINO**

Razón Social de la Empresa: **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**

Puesto al que postula (Solo pre-ocupacional): **CONDUCTOR DE CAMIONETA**

Ocupación actual o ultima ocupación:

Historia Clínica: **40828009**

Tipo de Atención: **PREOCUPACIONAL**

APTITUD DE ESPALDA

	Excelente: 1	Promedio: 2	Regular: 3	Pobre: 4	Ptos	Observaciones:
Flexibilidad Fuerza / Abdomen					2	POR OBESIDAD TIPO I
Cadera					1	
Muslo					1	
Abdomen lateral					2	POR OBESIDAD TIPO I
TOTAL					6	

RANGOS ARTICULARES

	Óptimo: 1	Limitado: 2	Muy Limitado: 3	Ptos	Dolor contra resistencia **	
					SI	NO
Abducción de hombro (Normal 0° - 180°)				1		
Abducción de hombro (Normal 0° - 60°)				1		
Rotación externa (Normal 0° - 60°)				1		
Rotación externa interna				1		
TOTAL				4		

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

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

DIAGNÓSTICOS:

- SIN ALTERACIONES MÚSCULO ESQUELÉTICOS.

RECOMENDACIONES:

- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y RELAJACIÓN. PRACTICAR MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL MANTENIENDO LA ESPALDA ERGUDA Y ALINEADA.

NESTOR RAUL CHUMBES GARCIA
MEDICO CIRUJANO
C. M. P. 089190

Sello y Firma del Médico que CERTIFICA

1. DATOS PERSONALES:

Apellidos y Nombres: **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO**
Documento de Identidad: **40828009** Edad: **41 años** Sexo: **MASCULINO**
Razón Social Empresa: **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**
Puesto al que postula (Solo pre-ocupacional): **CONDUCTOR DE CAMIONETA**
Ocupación actual o ultima ocupación:
Historia Clínica: **40828009** Tipo de Atención: **PREOCUPACIONAL**

ANTECEDENTES :

HTA:	SI ☐	NO ☒	Glaucoma:	SI ☐	NO ☒	Sustancias Químicas:	SI ☐	NO ☒
Diabetes:	☐	☒	Traumatismo:	☐	☒	Radiaciones	☐	☒
Hipertensión Ocular:	☐	☒	Soldadura:	☐	☒	Otros:	☐	☒

SIN CORRECCIÓN				CON CORRECCIÓN			
	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO		OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO		
VISIÓN DE CERCA	0.75	0.75					
VISIÓN DE LEJOS	20/ 20	20/ 20		20/	20/		
OTROS							

ANEXOS :

	OD	OI		OD	OI	
Ptois:	☐	☐	Pterigium:	☐	☐	
Blefaritis:	☐	☐	Chalazion:	☐	☐	
Dermatocalasia:	☐	☐	Estrabismo:	☐	☐	
Conjuntivitis:	☐	☐	Otros:	☒	☐	PINGUECULA NASAL BILATERAL

CAMPIMETRÍA POR CONFRONTACIÓN :

OJO DERECHO - OJO IZQUIERDO -
TONOMETRÍA OJO DERECHO: mmHg. OJO IZQUIERDO: mmHg.
VISIÓN DE PROFUNDIDAD: NORMAL
FONDO DE OJO: -
ESTEREOPSIS: -

VISIÓN DE COLORES:

OJO DERECHO: NORMAL
OJO IZQUIERDO: NORMAL
VISIÓN NOCTURNA: No Realizado

REFRACCIÓN:

		ESFERA	CILÍNDRICO	EJE	DISTAN.PUP.
LEJOS	OJO DERECHO:	-	-	-	-
	OJO IZQUIERDO:	-	-	-	-
CERCA	OJO DERECHO:	-	-	-	-
	OJO IZQUIERDO:	-	-	-	-

DIAGNÓSTICO:

- VC: TRASTORNO DE LA REFRACCIÓN, AMETROPIA LEVE NO CORREGIDA.
- VL: EMETROPE

RECOMENDACIONES:

- VC: CONTROL OFTALMOLOGICO PERIODICO.


Dr. CRISTIAN CARRASCO VILLADOMA
Medicina Ocupacional y Medio Ambiente
C.M.P. N° 38637 R.N.E. N° 22431

Sello y Firma del Médico que CERTIFICA

1.DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO**

Documento de Identidad: **40828009**

Edad: **41 años**

Sexo: **MASCULINO**

Razón Social Empresa: **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**

Puesto al que postula (Solo pre-ocupacional): **CONDUCTOR DE CAMIONETA**

Ocupación actual o última ocupación:

Historia Clínica: **40828009**

Tipo de Atención: **PREOCUPACIONAL**

Uso de protectores auditivos

Tapones: ☐

Orejas: ☐

Apreciación del ruido

Ruido muy intenso

Ruido moderado

Ruido no molesto

OTOSCOPIA:

OÍDO DERECHO: **CAE PERMEABLE, MEMBRANA TIMPANICA INTEGR.**

Antecedentes relacionados

Consumo de tabaco

Servicio Militar

Hobbies con exposición al ruido: tiro, discotecas

Exposición laboral a químicos

Infección de oído: OMA, Otitis crónica

Uso de ototóxicos

Traumatismo encéfalo craneano, Meningitis

Trauma acústico

Otro:

SI NO

X

X

X

X

X

X

X

X

OÍDO IZQUIERDO: **CAE PERMEABLE, MEMBRANA TIMPANICA INTEGR.**

Síntomas actuales

Disminución de la audición

Dolor de oídos

Zumbidos

Mareos

Infección de oído

Exposición reciente en oídos en las últimas

Otros

¿Si su respuesta es SI desde cuándo?

Otro:

SI NO

X

X

X

X

X

X

X

AUDIOGRAMA

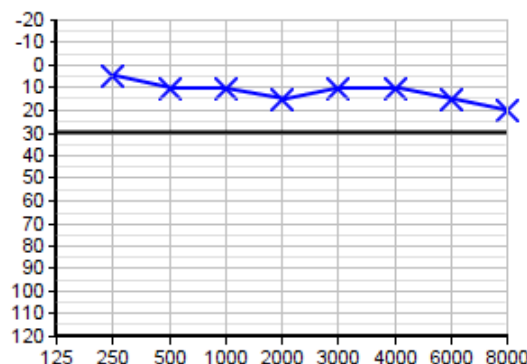
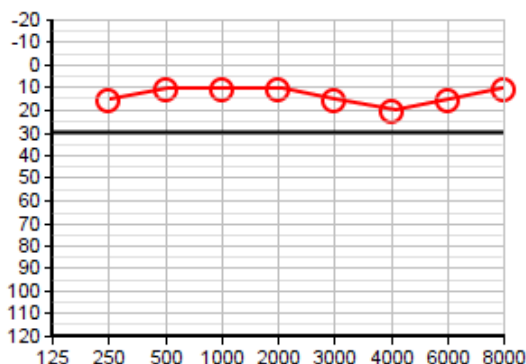
Audiometría

Oído Derecho: Aérea - o Ósea - <

Oído Izquierdo: Aérea - x Ósea - >

	125	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Aérea:		15	10	10	10	15	20	15	10
Ósea:									
Enmasc. A.:									
Enmasc. O.:									

	125	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Aérea:		5	10	10	15	10	10	15	20
Ósea:									
Enmasc. A.:									
Enmasc. O.:									



INTERPRETACIÓN KLOCKHOFF:

NORMAL :NORMAL

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

NORMOACUSIA POR AUDIOMETRIA

RECOMENDACIONES:

USAR EPPS AUDITIVOS EN ÁREAS DE RUIDO MAYOR 85 DB. SE RECOMIENDA EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO EXTRALABORAL EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE. SE SUGIERE CONTROL PERIÓDICO POR AUDIOMETRÍA


Dr. Mario Jaenz Pacheco
Otorrinolaringólogo
C.M.P. 25543 INIE: 15979
M.D. CAUCH 480696

Sello y Firma de Médico que CERTIFICA

1.DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO**

Documento de Identidad: **40828009**

Edad: **41 años**

Sexo: **MASCULINO**

Razón Social de la Empresa: **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**

Puesto al que postula (Solo pre-ocupacional): **CONDUCTOR DE CAMIONETA**

Ocupación actual o ultima ocupación:

Historia Clínica: **40828009**

Tipo de Atención: **PREOCUPACIONAL**

ANTEC. CARDIOVASCULARES: (marque con un aspa)

SI

☐

NO

☒

ESPECIFICAR:

SINTOMAS: (marque con un aspa)

SI

☐

NO

☒

ESPECIFICAR:

EXAMEN CARDIOLÓGICO

P.A. 110 / 80 mmHg

RITMO	SINUSAL	F.C.	69	INT. PR:	
INT. QRS:				INT. QT:	
ONDA P:				ONDA Q:	
ONDA R:				ONDA S:	
ONDA T:				ONDA U:	
SEGM. ST:				EJE QRS:	

CONCLUSIONES:

Normal

☒

Anormal

☐

DIAGNÓSTICO(S):

- RITMO SINUSAL NORMAL

RECOMENDACIONES:

(Adjuntar aqui Electrocardiograma)


MARCOS H. ALMENDRAS JARAMILLO
MEDICO CARDIOLOGO
C.M.P. 30118 R.N.E. 15042

Sello y firma del Médico Cardiólogo

1.DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO**

Documento de Identidad: **40828009**

Edad: **41 años**

Sexo: **MASCULINO**

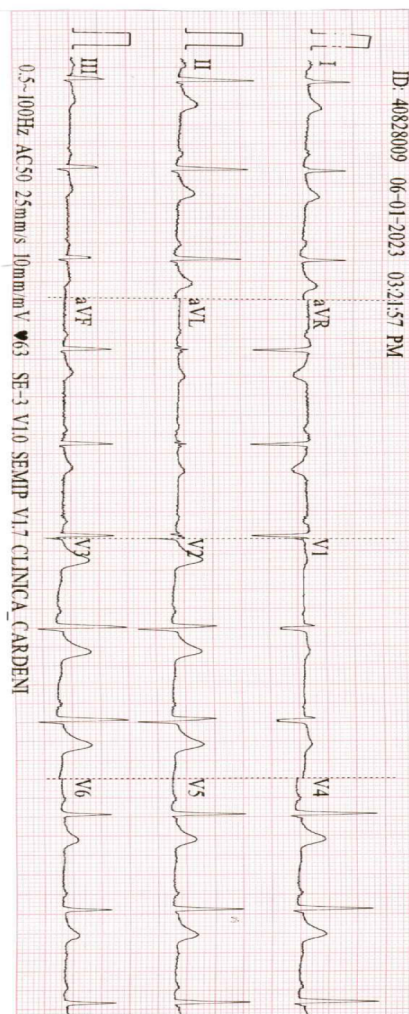
Razón Social de la Empresa: **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**

Puesto al que postula (Solo pre-ocupacional): **CONDUCTOR DE CAMIONETA**

Ocupación actual o ultima ocupación:

Historia Clínica: **40828009**

Tipo de Atención: **PREOCUPACIONAL**



ID: 40828009	Información de Diagnóstico:
Masculino	Ritmo del seno
35Años	***ECG Normal***
cm	
kg	
mmHg	
FC	62 bpm
P	123 ms
PR	183 ms
QRS	91 ms
QT/QTc	401/409 ms
PQRST	32.49/32°
RV5SV1	1.29/0.439 mV
	Informe confirm por: 40139913

CONCLUSIÓN

- RITMO SINUSAL NORMAL

RECOMENDACIONES


MARCOS H. ALMENDRAS JARAMILLO
MEDICO CARDIOLOGO
C.M.P. 30118 R.N.E. 19892

FIRMA DEL MÉDICO

DATOS PERSONALES:

Apellidos y Nombres: **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO**

Documento de Identidad: **40828009**

Edad: **41 años**

Sexo: **MASCULINO**

Razón Social Empresa: **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**

Puesto al que postula: **CONDUCTOR DE CAMIONETA**

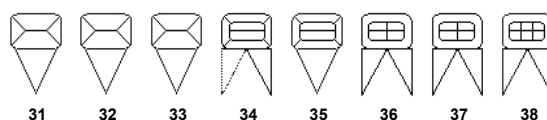
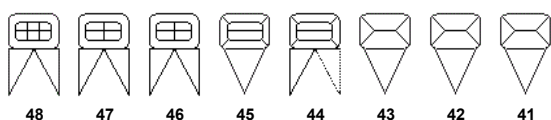
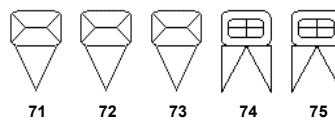
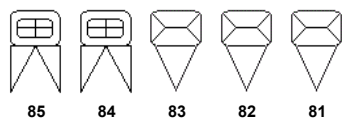
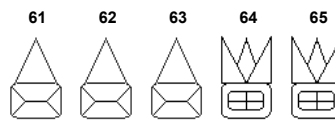
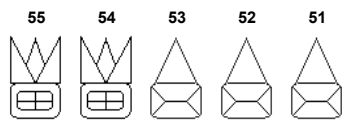
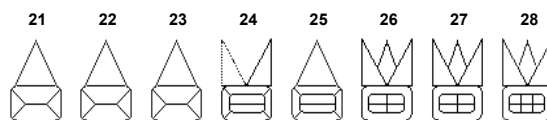
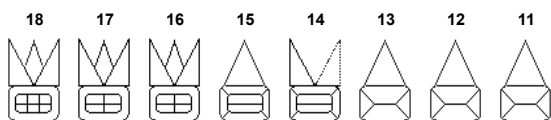
Ocupación actual o última ocupación:

Historia Clínica: **40828009**

Tipo de Atención: **PREOCUPACIONAL**

Alergia a Medicamentos SI ☐ NO ☐

Padece de alguna enfermedad SI ☐ NO ☐



CONCLUSIONES:

NO APLICA POR COVID 19

RECOMENDACIONES:


Dr. CRISTIAN CARRASCO VILLADOMA
Medicina Ocupacional y Medio Ambiente
C.M.P. N° 38637 R.N.E. N° 22431

Sello y Firma del profesional que CERTIFICA

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO**
Documento de Identidad: **40828009** Edad: **41 años** Sexo: **MASCULINO**
Razón Social Empresa: **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**
Puesto al que postula (solo pre-ocupacional): **CONDUCTOR DE CAMIONETA**
Ocupación actual o última ocupación:
Historia Clínica: **40828009** Tipo de Atención: **PREOCUPACIONAL**

Fecha de Lectura: **11-01-2023**

Fecha de Radiografía: **27-06-2021**

I. CALIDAD RADIOGRÁFICA	1. Buena	☒	Causas	1. Sobreexposición	☐	5. Escapulas	☐
	2. Aceptable	☐		2. Subexposición	☐	6. Artefacto	☐
	3. Baja Calidad	☐		3. Posición	☐	7. Otros	☐
	4. Inaceptable	☐		4. Inspiración	☐		

Comentario sobre defectos técnicos

II. ANORMALIDADES PARENQUIMATOSAS

(relacionada a neumocuniosis)

SI ☐ NO ☒

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)	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
Interior	3/2 3/3 3/+	r u r u	C

III. ANORMALIDADES PLEURALES

SI ☐ NO ☒

3.1 Placas Pleurales (0 = Ninguna, D = Hemitórax derecho, I = Hemitórax izquierdo)

Sitio (Marque las casillas adecuadas)		Clasificación (marque)	Extensión (pared torácica; combinada, para placas de perfil y de frente)			Ancho. (opcional) ancho mínimo exigido: 3mm		
			1	< 1/4 de la pared lateral de tórax	a	De 3 a 5 mm		
			2	entre 1/4 y 1/2 de la pared lateral de tórax	b	De 5 a 10 mm		
			3	> 1/2 de la pared lateral de tórax	c	Mayor a 10 mm		
Pared torácica de Perfil	0 ☐ D ☐ I ☐	0 ☐ D ☐ I ☐	1 ☐	0 ☐ D ☐ I ☐	1 ☐	0 ☐ D ☐ I ☐	a ☐ b ☐ c ☐	
De frente	0 ☐ D ☐ I ☐	0 ☐ D ☐ I ☐	2 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	2 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	a ☐ b ☐ c ☐	
Diafragma	0 ☐ D ☐ I ☐	0 ☐ D ☐ I ☐						
Otros sitios	0 ☐ D ☐ I ☐	0 ☐ D ☐ I ☐						

Obliteración del Ángulo costo frénico 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
De frente	0 D I	0 D I	0 D I

IV. SÍMBOLOS

(Rodee con una X la respuesta adecuada; para od escriba comentarios)

SI ☐ NO ☒

(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

DIAGNÓSTICO :

- EXAMEN RADIOLÓGICO DE TORAX NORMAL

RECOMENDACIONES :

DR. FREDDY MONTENEGRO CORONADO
MÉDICO RADIOLOGO
CMP 32857 RNE 18841

Sello y Firma del Médico que CERTIFICA

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO**

Documento de Identidad: **40828009**

Edad: **41 años**

Sexo: **MASCULINO**

Razón Social Empresa: **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**

Puesto al que postula (solo pre-ocupacional): **CONDUCTOR DE CAMIONETA**

Ocupación actual o última ocupación:

Historia Clínica: **40828009**

Tipo de Atención: **PREOCUPACIONAL**

RESULTADOS

CUERPOS VERTEBRALES DE MORFOLOGÍA Y DENSIDAD CONSERVADA.

NO EVIDENCIA DE LESIONES LÍTICAS NI BLÁSTICAS.

NO SIGNOS DE FRACTURA.

NO SE APRECIA LUXACIÓN.

CONCLUSIONES

COLUMNA LUMBO SACRA RADIOLOGICAMENTE CONSERVADO.

DIAGNÓSTICO

RECOMENDACIONES


DR. FREDDY MONTENEGRO CORONADO
MEDICO RADIOLOGO
CMP 32857 RNE 18841

MÉDICO RADIOLOGO

1.DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO**

Documento de Identidad: **40828009**

Edad: **41 años años**

Sexo: **MASCULINO**

Razón Social de la Empresa: **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**

Puesto al que postula (Solo pre-ocupacional): **CONDUCTOR DE CAMIONETA**

Ocupación actual o ultima ocupación:

Historia Clínica: **40828009**

Tipo de Atención: **PREOCUPACIONAL**

HEMATOLOGIA			
RESULTADO		UNIDAD	RANGO NORMALES REF.
HEMOGRAMA AUTOMATIZADO			
HEMOGRAMA COMPLETO			
HEMOGLOBINA	15.60	g/dL	Masculino 13 - 17 Femenino 12.0 - 16.0
HEMATOCRITO	47	%	Masculino 39 - 51 Femenino 36 - 48
HEMATIES	5.420.000	10^6 / uL	4.2 - 5.8
V.C.M.		fL	80 - 98
H.C.M.		pg	26 - 34
C.H.C.M.		g/dL	30 - 36
PLAQUETAS	230.000	10^3/ul	160 - 475
LEUCOCITOS	7.000	10^3/ul	4.0 - 10.0
BLASTOS %		%	0 - 0
PROMIELOCITOS %		%	0 - 0
MIELOCITOS %		%	0 - 0
METAMIELOCITOS %		%	0-0
ABASTONADOS %	00	%	0 - 4
SEGMENTADOS %	60	%	34 - 72
NEUTROFILOS %	00	%	50 - 70
EOSINOFILOS %	01	%	0 - 5.0
BASOFILOS %	00	%	0 - 1.2
MONOCITOS %	04	%	3.0 - 10.0
LINFOCITOS %	35	%	19.0- 52.0
CONCLUSION HEMOGRAMA	NORMAL		
OBSERVACIONES	NINGUNA		


Lic. Zaida Esmeralda Sánchez García
 T.M. DE LABORATORIO
 C.T.M.P. 1883
 CARDENI S.A.C.

Firma, Sello del profesional

1.DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO**

Documento de Identidad: **40828009**

Edad: **41 años años**

Sexo: **MASCULINO**

Razón Social de la Empresa: **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**

Puesto al que postula (Solo pre-ocupacional):

Ocupación actual o última ocupación: **CONDUCTOR DE CAMIONETA**

Historia Clínica: **40828009**

Tipo de Atención: **PREOCUPACIONAL**

BIOQUIMICA			
RESULTADO		UNIDAD	RANGO NORMALES REF.
PERFIL:EXAMEN COMPLETO DE ORINA			
EXÁMENES COMPLETOS DE ORINA			
EXAMEN FISICO:			
COLOR	AMARILLO		
ASPECTO	TRANSPARENTE		
DENSIDAD	1.015	g/cm3	1.000 - 1.030
PH	6.5		5.0 - 9.0
EXAMEN QUIMICO:			
GLUCOSA	NEGATIVO	mg/dl	70 - 110
PROTEINAS	NEGATIVO		NEGATIVO
PIGMENTOS BILIARES	NEGATIVO		
UROBILINOGENO	NEGATIVO	mg/dl	0.2
CUERPOS CETONICOS	NEGATIVO		NEGATIVO
ESTERASA LEUCOCITARIA	NEGATIVO		
NITRITOS	NEGATIVO		NEGATIVO
SANGRE	NEGATIVO		
ACIDO ASCORBICO	NEGATIVO		
SEDIMENTO URINARIO:			
CELULAS EPITELIALES	ESCASAS		
LEUCOCITOS	1 - 2 X C		1 - 5 X campo
PIOCITOS	NO SE OBSERVAN		
HEMATIES	1 - 2 X C		0 - 2 X campo
BACTERIAS	NEGATIVO		
CILINDROS	NO SE OBSERVAN		
CRISTALES	NO SE OBSERVAN		
CONCLUSION DE ORINA	NORMAL		
OTROS	NINGUNA		
PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL	182	mg/dl	Deseable < 200 Limite 239 Elevado >= 240
COLESTEROL HDL	37	mg/dl	Masculino: 30 - 70 Femenino: 30 - 85
COLESTEROL LDL	120	mg/dl	Deseable: < 130 Limite: 131-159 Elevado: >= 160
COLESTEROL VLDL	24	mg/dl	16 - 36
TRIGLICERIDOS	121	mg/dl	Deseable 30 - 150 Elevado 150 - 200 Limite >= 200
LIPIDOS TOTALES	580.8	mg/dL	400 - 800
RIESGO CORONARIO	4.918918918918919		
OBSERVACIONES	NINGUNA		

INFORME DE LABORATORIO

DNI: 40828009
Nro. Reg.: PQ1249-000001
Fecha: 11-01-2023

1.DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO**

Documento de Identidad: **40828009**

Edad: **41 años años**

Sexo: **MASCULINO**

Razón Social de la Empresa: **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**

Puesto al que postula (Solo pre-ocupacional):

Ocupación actual o ultima ocupación: **CONDUCTOR DE CAMIONETA**

Historia Clínica: **40828009**

Tipo de Atención: **PREOCUPACIONAL**

GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH			
	RESULTADO	UNIDAD	RANGO NORMALES REF.
HEMATOLOGIA			
GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH			
GRUPO SANGUINEO	B		
FACTOR RH	POSITIVO		
GLUCOSA AYUNAS (GLUCOSA BASAL)	109	mg/dL	70 - 110
CREATININA	1.0	mg/dl	Neonatos 0.24 1.04 1-3 años 0.24 0.41 3-5 años 0.31 0.47 5-7 años 0.32 0.59 7-9 años 0.40 0.60 9-11 años 0.39 0.73 11-13 años 0.53 0.79 13-15 años 0.57 0.87 Hombres 0.50 1.30 Mujeres 0.50 1.20
ACIDO URICO	4.0	mg/dl	Masculino: 3.5 - 7.2 Femenino: 2.56 - 6.0
PERFIL HEPÁTICO			
PROTEINAS TOTALES	7.0	g/dL	6.0-8.0
ALBUMINA SERICA	5.0	g/dL	3.5 - 4.8
GLOBULINAS	2.0	g/dL	2.3 - 3.5
INDICE DE ALBUMINA Y GLOBULINA			>1.0
BILIRRUBINA TOTAL	0.90	mg/dL	< 1.0
BILIRRUBINA DIRECTA	0.26	mg/dL	< 0.2
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.64	mg/dL	0.2 - 0.8
BILIRRUBINAS TOTALES Y FRACCIONADAS			
FOSFATASA ALCALINA	101	U/L	Adultos: 65 - 300 < de 14 años: 135 - 560
T.G.O.	25	U/L	Masculino 0.00 - 37.00 Femenino 0.00 - 31.00
T.G.P.	28	U/L	Masculino 0.00 - 41.00 Femenino 0.00 - 31.00

1.DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO**

Documento de Identidad: **40828009**

Edad: **41 años años**

Sexo: **MASCULINO**

Razón Social de la Empresa: **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**

Puesto al que postula (Solo pre-ocupacional):

Ocupación actual o ultima ocupación: **CONDUCTOR DE CAMIONETA**

Historia Clínica: **40828009**

Tipo de Atención: **PREOCUPACIONAL**

DROGAS 5 TEST			
	RESULTADO	UNIDAD	RANGO NORMALES REF.
ANFETAMINAS EN ORINA	NEGATIVO		NEGATIVO
BENZODIACEPINAS EN ORINA	NEGATIVO		
TOXICOLOGIA			
METANFETAMINAS EN ORINA	NEGATIVO		
COCAINA EN ORINA (CUALITATIVO)	NEGATIVO		NEGATIVO
MARIHUANA EN ORINA (CUALITATIVO)	NEGATIVO		NEGATIVO


Lic. Zarela Esmeida Sánchez García
T.M. DE LABORATORIO
C.T.M.P. 1683
CARDENI SAC.

Firma, Sello del profesional

1.DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO**

Documento de Identidad: **40828009**

Edad: **41 años**

Sexo: **MASCULINO**

Razón Social de la Empresa: **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**

Puesto al que postula (Solo pre-ocupacional): **CONDUCTOR DE CAMIONETA**

Ocupación actual o ultima ocupación:

Historia Clínica: **40828009**

Tipo de Atención: **PREOCUPACIONAL**

Exámenes

EVALUACION PSICOLOGICA ☒ EXAMEN PSICOSENSOMETRICO ☒ TEST DE FATIGA, SOMNOLENCIA Y ESTRÉS ☒

Otros: CUESTIONARIO DE ACROFOBIA, TEST DE EPWORTH (SOMNOLENCIA DIURNA)

III. OBSERVACIONES DE CONDUCTA

Presentación:	☒	Adecuado	☐	Inadecuado	
Postura:	☒	Erguida	☐	Encorvada	
Discurso:		Lento	☐	Rápido	☒ Fluido
		Bajo	☒	Moderado	☐ Alto
		Otros con Dificultad	☒	Sin Dificultad	
Orientación:		Tiempo:	☒	Orientado	☐ Desorientado
		Espacio:	☒	Orientado	☐ Desorientado
		Persona:	☒	Orientado	☐ Desorientado

IV. RESULTADOS DE EVALUACIÓN

Lúcido, atento: ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA.

Pensamiento: COHERENTE.

Percepción: BUENA.

Memoria: Corto Plazo: ADECUADA - Mediano Plazo: ADECUADA - Largo Plazo: ADECUADA

Inteligencia: N. Promedio

Apetito: NORMAL.

Sueño: MANTENIDO.

Afectividad: ESTABLE.

Personalidad: TENDENCIA A LA EXTROVERSIÓN.

Conducta Sexual: NORMAL.

Observaciones: NINGUNA

V. CONCLUSION FINAL:

APTO PSICOLOGICAMENTE.NO EVIDENCIA NIVELES SIGNIFICATIVOS DE ESTRÉS, NI FATIGA LABORAL, NI TAMPOCO SOMNOLENCIA, NI PRESENTA TEMORES A LAS ALTURAS.

VI. RECOMENDACIONES:

NINGUNA.


Miguel A. Mijangiro Magaña
PSICOLOGO
C.Pe.P. N° 34168

Sello y Firma del profesional que CERTIFICA

1. DATOS PERSONALES:

Apellidos y Nombres: **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO**

Documento de Identidad: **40828009**

Edad: **41 años**

Sexo: **MASCULINO**

Razón Social de la Empresa: **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**

Puesto al que postula (Solo pre-ocupacional): **CONDUCTOR DE CAMIONETA**

Ocupación actual o última ocupación:

Historia Clínica: **40828009**

Tipo de Atención: **PREOCUPACIONAL**

Marque con una X el nivel de temor que siente en cada una de las circunstancias descritas a continuación.

0 si es NADA

1 si es MEDIO

2 si es ALTO

Cuestionario Parte B. Adaptado.

	0	1	2
1. Bucear por el fondo de una piscina	X		
2. Cruzar un riachuelo pisando sobre rocas	X		
3. Mirar hacia abajo desde lo alto de una escalera de caracol	X		
4. Estar de pie sobre una escalera de mano apoyada en la pared exterior de la casa, a la altura de un segundo piso	X		
5. Estar sentado frontalmente en el palco de un teatro	X		
6. Estar subido en una noria en un parque de atracciones	X		
7. Ir caminando por una cuesta empinada en una ruta de senderismo de tu país	X		
8. Viajar en avión	X		
9. Estar de pie junto a una ventana abierta en un tercer piso	X		
10. Caminar sobre la pasarela para cruzar una autopista	X		
11. Cruzar un puente o un viaducto muy largo conduciendo el coche.	X		
12. Estar lejos de una ventana en una habitación situada en la planta 15 de un edificio.	X		
13. Ver a un limpiaventanas trabajando sobre un andamio a la altura de un décimo piso.	X		
14. Caminar sobre una rejilla en la acera	X		
15. Estar de pie al borde de la plataforma del metro	X		
16. Subir por una escalera exterior hasta a tercera planta	X		
17. Estar de pie sobre el tejado de un edificio de 10 pisos	X		
18. Subir en ascensor hasta el piso 50	X		
19. Estar subido en una silla para coger algo de un estante	X		
20. Caminar por la pasarela de un trasatlántico	X		
21. Asomarse a un acantilado de 10m. de altura	X		
22. Saltar al agua desde una altura de 5 m.	X		
23. Subir en ascensor de cristal por la fachada del edificio	X		
24. Descender haciendo rapel por una pared	X		

CONCLUSIONES

APTO PSICOLÓGICAMENTE, NO PRESENTA FOBIA A LAS ALTURAS.

Nombres y apellidos: LUIS ALBERTO ELIAS GARCIA

Historia clínica: 40828009

1. DATOS PERSONALES:

Apellidos y Nombres: **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO**

Documento de Identidad: **40828009**

Edad: **41 años**

Sexo: **MASCULINO**

Razón Social de la Empresa: **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**

Puesto al que postula (Solo pre-ocupacional): **CONDUCTOR DE CAMIONETA**

Ocupación actual o última ocupación:

Historia Clínica: **40828009**

Tipo de Atención: **PREOCUPACIONAL**

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN

A SOLICITUD DE LA EMPRESA, DE RUTINA.

III. DATOS OCUPACIONALES

3.1 EMPRESA ACTUAL (postula, trabaja o trabajo)

Nombre de la
Empresa:

NEGOCIOS LA CENTRAL SRL

Actividad de la
Empresa:

Principal - 4922 - OTRAS ACTIVIDADES DE TRANSPORTE POR VÍA TERRESTRE

Área de Trabajo:

OPERATIVO

Puesto:

CONDUCTOR DE CAMIONETA

¿A la fecha presenta fatiga y somnolencia?

SI

☐

NO

☒

IV. RESULTADOS

A PARTIR DE LA EVALUACIÓN, SE OBTIENE QUE EL PACIENTE NO PRESENTA SOMNOLENCIA NI FATIGA. PRESENTA EXPERIENCIA EN EL AREA DE TRABAJO, SIN DIFICULTAD APARENTE. APARENTENEMENTE MANTIENE LA CONCENTRACIÓN DURANTE SUS ACTIVIDADES

V. CONCLUSIONES

EL PACIENTE DURANTE LA EVALUACIÓN NO PRESENTE FATIGA NI SOMNOLENCIA EN EL TRABAJO, ASIMISMO PRESENTA UNA EXPERIENCIA AMPLIA EN EL TRABAJO DESEMPEÑADO.

VI. OBSERVACIONES

SE RECOMIENDA SEGUIR CON LAS CAPACITACIONES DE SEGURIDAD VIAL.

VII. APTITUD PSICOLÓGICA

APTO

☒

NO APTO

☐

FIRMA Y SELLO


Miguel A. Mbaehiro Maguina
PSICÓLOGO
C. Pe. P. N° 34168

1.DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO**

Documento de Identidad: **40828009**

Edad: **41 años**

Sexo: **MASCULINO**

Razón Social de la Empresa: **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**

Puesto al que postula (Solo pre-ocupacional): **CONDUCTOR DE CAMIONETA**

Ocupación actual o ultima ocupación:

Historia Clínica: **40828009**

Tipo de Atención: **PREOCUPACIONAL**

TEST DE PUNTEADO:

Aciertos: 38	Errores: 14	Permanencia en el acierto: 6.90	Intentos: 1
--------------	-------------	---------------------------------	-------------

ESTADO: APROBADO

TEST DE PALANCA:

Errores:2	Permanencia Negativa: 0.26	Intentos:1
-----------	----------------------------	------------

ESTADO: APROBADO

TEST DE REACCIÓN:

Tiempo de respuesta promedio: 0.361	Intentos:10
-------------------------------------	-------------

ESTADO: APROBADO

TEST DE VISIÓN:

Pruebas	Aprobado	Reprobado	No Evaluado	Detalle de la Evaluación
Discriminación de colores	X			
Agudeza Visual	X			
Esteriometria	X			
Foria Horizontal	X			
Foria Vertical	X			
Visión Nocturna	X			
Encandilamiento	X			
Recuperación del Encandila	X			
	X			
Campimetria	X			

ESTADO: APROBADO

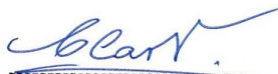
TEST DE AUDICIÓN:

DESCRIPCIÓN	250 Hz	500 Hz	1K Hz	2K Hz	3K Hz	4K Hz	6K Hz	8K Hz
TEST DE AUDICIÓN OI(db)		10	10	12		10		
TEST DE AUDICIÓN OD(db)		10	10	10		20		

ESTADO: APROBADO

RESULTADO FINAL: APROBADO

**FIRMA DEL
EVALUADOR**


Dr. CRISTIAN CARRASCO VILLADOMA
Medicina Ocupacional y Medio Ambiente
C.M.P. N° 38637 R.N.E. N° 22431

1.DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: **ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO**

Documento de Identidad: **40828009**

Edad: **41 años**

Sexo: **MASCULINO**

Razón Social de la Empresa: **NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**

Puesto al que postula (Solo pre-ocupacional): **CONDUCTOR DE CAMIONETA**

Ocupación actual o ultima ocupación:

Historia Clínica: **40828009**

Tipo de Atención: **PREOCUPACIONAL**

El médico que suscribe certifica que:

ELIAS GARCIA LUIS ALBERTO

Ha rendido el examen psicosenométrico, resultando:

APROBADO	X
APROBADO CON RESTRICCIÓN	
DESAPROBADO	

RESTRICCIONES

FECHA 11-01-2023


Dr. CRISTIAN CARRASCO VILLADOMA
Medicina Ocupacional y Medio Ambiente
C.M.P. N° 38637 R.N.E. N° 22431

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO