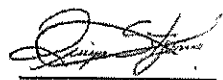


| CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                |                                     |                                     |                                       | CÓDIGO DE ACREDITACIÓN<br>74414-2021-SSO                                                                                                                                    |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| CERTIFICA QUE EL Sr.(a) :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                |                                     |                                     |                                       |                                                                                                                                                                             |                          |
| Apellidos y Nombres                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | YAHUARCANI RIOS ABNER HUMBERTO |                                     |                                     |                                       |                                                                                                                                                                             |                          |
| Empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | NEGOCIOS LA CENTRAL SRL        |                                     |                                     |                                       |                                                                                                                                                                             |                          |
| Subcontrata                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                |                                     |                                     |                                       | Pasaporte                                                                                                                                                                   |                          |
| Doc. de identidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 41246576                       | Historia Clínica                    | 164737                              | Edad                                  | 41 Años                                                                                                                                                                     | Sexo: M                  |
| Tipo de Evaluación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Pre Ocupacional                | <input checked="" type="checkbox"/> | Periodico                           | <input type="checkbox"/>              | Retiro                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                |                                     |                                     |                                       | Otros                                                                                                                                                                       | --                       |
| Puesto de Trabajo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | CONDUCTOR                      |                                     |                                     | Fecha de evaluación                   | 04-06-2022                                                                                                                                                                  |                          |
| Factores de Riesgo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Físicos                        | <input checked="" type="checkbox"/> | Químicos                            | <input type="checkbox"/>              | Biológicos                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Psicológicos                   | <input checked="" type="checkbox"/> | Otros                               | --                                    |                                                                                                                                                                             |                          |
| Alergias: NIEGA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                |                                     |                                     | Grupo Sanguíneo y Factor : O POSITIVO |                                                                                                                                                                             |                          |
| <b>CONCLUSIONES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                |                                     |                                     |                                       |                                                                                                                                                                             |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                |                                     |                                     |                                       |                                                                                                                                                                             |                          |
| APTITUD CLINICA<br>(para el puesto que trabaja o postula)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | APTO                           |                                     |                                     |                                       | Restricciones<br><br>POR 2. USO PERMANENTE DE SUS ACTUALES CORRECTORES VISUALES DE LEJOS.                                                                                   |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | APTO CON RESTRICCIÓN           |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                       |                                                                                                                                                                             |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | NO APTO                        |                                     |                                     |                                       |                                                                                                                                                                             |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | OBSERVADO Y/O PENDIENTE        |                                     |                                     |                                       |                                                                                                                                                                             |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | EVALUADO                       |                                     |                                     |                                       |                                                                                                                                                                             |                          |
| CATEGORIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                |                                     |                                     |                                       |                                                                                                                                                                             |                          |
| <b>Recomendaciones</b><br>1. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR ESPECIALIDAD DE NUTRICIÓN.<br>2. USO PERMANENTE DE SUS ACTUALES CORRECTORES VISUALES DE LEJOS.<br>3. SEGUIR TRATAMIENTO MÉDICO PARA HIPERTRIGLICERIDEMIA.<br>4. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA.<br>5. SEGUIR RECOMENDACION POR ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGÍA- CONTROL EN 1 AÑO .<br>6. SEGUIR RECOMENDACIONES POR ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA.<br>7. APROBADO EN LAS ÁREAS PSICOMÉTRICAS Y PSICOSENSOMÉTRICAS.<br>-- |  |                                |                                     |                                     |                                       | <br>MARIA LUISA QUISPE REYES<br>MÉDICO OCUPACIONAL<br>CMP. 42676<br>MÉDICO OCUPACIONAL |                          |
| Fecha de Emisión:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 04-06-2022                     |                                     |                                     |                                       | Sello y Firma Médico que CERTIFICA                                                                                                                                          |                          |

## Anexo N° 02

## Historia Clínica Médica Ocupacional

|                                                |                                                                                                                                                         |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------|----|
| Historia Clínica                               |                                                                                                                                                         |                                    | Fecha:                                      | 04-06-2022                                                       |                        |             |    |
| Tipo de Evaluación                             | Preocupacional <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                      | Periodica <input type="checkbox"/> | Retiro <input type="checkbox"/>             | Otros <input type="checkbox"/>                                   |                        |             |    |
| Departamento                                   |                                                                                                                                                         |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
| Provincia                                      |                                                                                                                                                         |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
|                                                |                                                                                                                                                         |                                    | Distrito                                    |                                                                  |                        |             |    |
| <b>I. DATOS DE LA EMPRESA</b>                  |                                                                                                                                                         |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
| Razón Social                                   | NEGOCIOS LA CENTRAL SRL                                                                                                                                 |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
| Actividad Económica                            |                                                                                                                                                         |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
| Departamento                                   | Lugar de Trabajo                                                                                                                                        |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
| Provincia                                      |                                                                                                                                                         |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
| Puesto al que postula (Sólo pre-ocupacional)   |                                                                                                                                                         |                                    | CONDUCTOR                                   |                                                                  |                        |             |    |
| <b>II. FILIACION DEL TRABAJADOR</b>            |                                                                                                                                                         |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
| Nombres                                        | ABNER HUMBERTO                                                                                                                                          |                                    | Apellidos                                   | YAHUARCANI RIOS                                                  |                        |             |    |
| Fecha de Nacimiento:                           | 05-04-1981                                                                                                                                              |                                    | Sexo                                        | M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |                        |             |    |
| Edad                                           | 41                                                                                                                                                      |                                    | DNI                                         | 41246576                                                         |                        |             |    |
| Domicilio Fiscal                               | MEDINA 232 INTERIOR 6.- LA PUNTA                                                                                                                        |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
| Avenida/Calle/Jiron/Pasaje                     |                                                                                                                                                         |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
| Número/Dpto/Interior                           | Urbanización                                                                                                                                            |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
| Departamento                                   |                                                                                                                                                         |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
| Provincia                                      | Distrito                                                                                                                                                |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
| Residencia en el lugar de trabajo              | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                 |                                    | Tiempo de residencia en el lugar de trabajo | Años                                                             |                        |             |    |
|                                                | ESSALUD <input type="checkbox"/> EPS <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> SCTR <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
| Estado Civil                                   | Casado(a)                                                                                                                                               |                                    | Grado de Instrucción                        | Secund.Compl                                                     |                        |             |    |
| Teléfono fijo                                  |                                                                                                                                                         |                                    | Celular                                     | 937145487                                                        |                        |             |    |
| Correo                                         |                                                                                                                                                         |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
| N° Total de hijos vivos                        | 03                                                                                                                                                      |                                    | N° Dependientes                             |                                                                  |                        |             |    |
| <b>III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES</b>         |                                                                                                                                                         |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
| EMPRESA                                        | Área de Trabajo                                                                                                                                         | Ocupación                          | Fecha                                       | Tiempo                                                           | Exposición Ocupacional | EPP         |    |
| SEGURITAS                                      | TRANSPORTE                                                                                                                                              | CONDUCTOR                          | 2019                                        | 2 AÑOS                                                           | ACCD. TRANSITO         | SI          |    |
| OPER.LOG                                       | CAMPO                                                                                                                                                   | CONDUCTOR                          | 2022                                        | 4 MESES                                                          | ACCD. TRANSITO         | SI          |    |
|                                                |                                                                                                                                                         |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
|                                                |                                                                                                                                                         |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
|                                                |                                                                                                                                                         |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
|                                                |                                                                                                                                                         |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
|                                                |                                                                                                                                                         |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
|                                                |                                                                                                                                                         |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
| <b>IV. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES</b> |                                                                                                                                                         |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
| Alergias                                       | NO                                                                                                                                                      | Diabetes                           | NO                                          | TBC                                                              | NO                     | Hepatitis B | NO |
| Asma                                           | NO                                                                                                                                                      | HTA                                | NO                                          | ITS                                                              | NO                     | Tifoidea    | NO |
| Bronquitis                                     | NO                                                                                                                                                      | Neoplasia                          | NO                                          | Convulsiones                                                     | NO                     | Otros       |    |
| Quemaduras                                     |                                                                                                                                                         |                                    |                                             |                                                                  |                        |             |    |
| Cirugías                                       | APENDICITIS                                                                                                                                             |                                    | Intoxicaciones                              |                                                                  |                        |             |    |

### GEMO - 001 / Guías de Evaluación Médico Ocupacional

| Hábitos Nocivos | Tipo | Cantidad | Frecuencia |
|-----------------|------|----------|------------|
| Alcohol         | NO   |          |            |
| Tabaco          | NO   |          |            |
| Drogas          | NO   |          |            |
| Medicamentos    | NO   |          |            |

#### V. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

|           |            |             |            |                  |            |
|-----------|------------|-------------|------------|------------------|------------|
| Padre     | NO REFIERE | Madre       | NO REFIERE | Hermanos         | NO REFIERE |
| Esposo(a) | NO REFIERE | Hijos Vivos |            | Hijos Fallecidos |            |

Absentismo: Enfermedades y Accidentes (Asociados al trabajo o no)

| Enfermedad, Accidente | Asociado al Trabajo |    | Año | Días de Descanso |
|-----------------------|---------------------|----|-----|------------------|
|                       | Si                  | No |     |                  |
|                       |                     | X  |     |                  |
|                       |                     |    |     |                  |
|                       |                     |    |     |                  |
|                       |                     |    |     |                  |

#### VI. EVALUACIÓN MÉDICA

##### Anamnesis

BEG

|                |          |      |          |        |     |        |                     |    |
|----------------|----------|------|----------|--------|-----|--------|---------------------|----|
| Examen Clínico | Talla(m) | 1.69 | Peso(Kg) | 86.600 | IMC | 30.32  | Perímetro Abdominal | 96 |
|                | F.Resp   | 20   | F.Card   | 80     | PA  | 120/80 | P.Amed              |    |
|                | Otros    |      |          |        |     |        |                     |    |
| Ectoscopia     | OBESIDAD |      |          |        |     |        |                     |    |
| Estado Mental  | LOTEP    |      |          |        |     |        |                     |    |

##### EXAMEN FÍSICO

| Órgano o Sistema       | Sin Hallazgos | Hallazgos             |                                         |  |    |  |                   |    |    |
|------------------------|---------------|-----------------------|-----------------------------------------|--|----|--|-------------------|----|----|
| Piel                   |               | X                     | TATUAJE HOMBRO DERECHO Y TORAX ANTERIOR |  |    |  |                   |    |    |
| Cabello                | X             |                       |                                         |  |    |  |                   |    |    |
| Ojos y Anexos          |               | Agudeza Visual        | OD                                      |  | OI |  | Con correctores   | OD | OI |
|                        |               | Fondo de Ojos         |                                         |  |    |  | Vision de Colores |    |    |
|                        |               | Vision de profundidad |                                         |  |    |  |                   |    |    |
| Nariz                  | X             |                       |                                         |  |    |  |                   |    |    |
| Boca                   | X             |                       |                                         |  |    |  |                   |    |    |
| Faringe                | X             |                       |                                         |  |    |  |                   |    |    |
| Cuello                 | X             |                       |                                         |  |    |  |                   |    |    |
| Aparato Respiratorio   | X             |                       |                                         |  |    |  |                   |    |    |
| Aparato Cardiovascular | X             |                       |                                         |  |    |  |                   |    |    |
| Aparato Digestivo      | X             |                       |                                         |  |    |  |                   |    |    |
| Aparato Genitourinario |               |                       |                                         |  |    |  |                   |    |    |
| Aparato Locomotor      |               |                       |                                         |  |    |  |                   |    |    |
| Marcha                 | X             |                       |                                         |  |    |  |                   |    |    |
| Columna                | X             |                       |                                         |  |    |  |                   |    |    |

**GEMO - 001 / Guías de Evaluación Médico Ocupacional**

|                     |   |  |  |
|---------------------|---|--|--|
| Miembros Superiores | X |  |  |
| Miembros Inferiores | X |  |  |
| Sistema Linfático   | X |  |  |
| Sistema Nervioso    | X |  |  |

**VI. CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

APTO CON RECOMENDACIONES: Por presentar falta de experiencia para realizar trabajos en altura.  
Recibir capacitación en riesgos y peligros dentro de su área de trabajo.  
Recibir capacitación para el trabajo a realizar y verificar su correcto aprendizaje.  
América supervisión de rutina en sus labores de altura.  
Recibir entrenamiento para realizar trabajos en altura. (Como mínimo 8 horas, 3 teóricas y 5 de práctica según Reglamento Nacional de Edificaciones Norma G.050 Seguridad Durante la Construcción).

**VII. CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS**

Tórax radiológica ROTOESCOLIOSIS DORSO-LUMBAR A CONCAVIDAD IZQUIERDA DISMINUCIÓN DEL ESPACIO L5 - S1.

**VIII. HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO**

HIPERTRIGLICERIDEMIA - EN TRATAMIENTO.  
LEUCOCITOSIS.

**IX. CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍA**

NORMOACUSIA BILATERAL

**X. CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA**

-

**XI. OTROS**

-

**XII. DIAGNÓSTICO MÉDICO OCUPACIONAL**

|                                                                                                                            | P | D | R | CIE-10 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|--------|
| 1.- OBESIDAD TIPO I.                                                                                                       |   |   |   |        |
| 2.- AMETROPIA ALTA CORREGIDA OJO DERECHO, AMETROPIA MODERADA CORREGIDA OJO IZQUIERDO.                                      |   |   |   |        |
| 3.- HIPERTRIGLICERIDEMIA - EN TRATAMIENTO.                                                                                 |   |   |   |        |
| 4.- LEUCOCITOSIS.                                                                                                          |   |   |   |        |
| 5.- POR RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBAR: ROTOESCOLIOSIS DORSO-LUMBAR A CONCAVIDAD IZQUIERDA DISMINUCIÓN DEL ESPACIO L5 - S1. |   |   |   |        |
| <b>OTROS DIAGNÓSTICOS</b>                                                                                                  |   |   |   |        |
| 6.- POR TEST DE ALTURA: APTO PARA TRABAJOS EN ALTURA ESTRUCTURAL.                                                          | P | D | R | CIE-10 |
| 7.- POR PSICOLOGIA: POR PRESENTAR FALTA DE EXPERIENCIA PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURA.                                   |   |   |   |        |
| 8.- POR PSICOSENSOMETRICO: APROBADO.                                                                                       |   |   |   |        |
| 9.- POR TEST DE ALTURA: APTO PARA TRABAJOS EN ALTURA ESTRUCTURAL. --                                                       |   |   |   |        |
| 10.-                                                                                                                       |   |   |   |        |

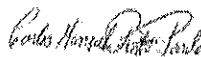
APTO ☐ APTO CON RESTRICCIONES ☒ NO APTO ☐ OBSERVADO Y/O PENDIENTE ☐

**XIII. RECOMENDACIONES**

1. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR ESPECIALIDAD DE NUTRICIÓN. 2. USO PERMANENTE DE SUS ACTUALES CORRECTORES VISUALES DE LEJOS. 3. SEGUIR TRATAMIENTO MÉDICO PARA HIPERTRIGLICERIDEMIA. 4. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA. 5. SEGUIR RECOMENDACION POR ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGÍA- CONTROL EN 1 AÑO. 6. SEGUIR RECOMENDACIONES POR ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA. 7. APROBADO EN LAS ÁREAS PSICOMÉTRICAS Y PSICOSENSOMÉTRICAS. --

Huella Digital y Firma del Paciente (Con la cual declara que la información declarada es veraz)

  
Carlos Manuel Pinto Pardo  
MÉDICO OCUPLANDO  
C.A.P. N° 87565

PINTO PARDO CARLOS MANUEL - 87565

Nombre, Firma y Sello del Médico Evaluador

P (Presuntivo) D (Definitivo) R (Repentino)

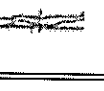
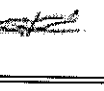
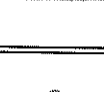
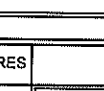
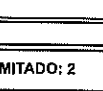
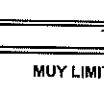
## FICHA MUSCULO ESQUELETICO

FECHA: 04-06-2022

APELLIDOS Y NOMBRES: YAHUARCANI RIOS ABNER HUMBERTO

PUESTO: CONDUCTOR

### APTITUD DE ESPALDA

|                               | Excelente: 1                                                                        | Promedio: 2                                                                         | Regular: 3                                                                          | Pobre: 4                                                                             | Ptos * | OBSERVACIONES |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------|
| Flexibilidad / fuerza abdomen |    |    |    |    | 1      |               |
| Cadera                        |    |    |    |    | 1      |               |
| Muslo                         |   |   |   |   | 1      |               |
| Abdomen Lateral               |  |  |  |  | 1      |               |
| TOTAL                         |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                      | 4      |               |

| RANGOS ARTICULARES                        | ÓPTIMO: 1                                                                           | LIMITADO: 2                                                                         | MUY LIMITADO: 3                                                                     | Ptos * | Dolor contra Resistencia **<br>SI / No |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------|
| Abducción de Hombro<br>(Normal 0° - 180°) |  |  |  | 1      | NO                                     |
| Abducción de Hombro<br>(Normal 0° - 60°)  |  |  |  | 1      |                                        |
| Rotación Externa (0°-90°)                 |  |  |  | 1      | NO                                     |
| Rotación Externa (interna)                |  |  |  | 1      | NO                                     |
| TOTAL                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     | 4      |                                        |

OBSERVACIONES:

\*En Puntos 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:

*Carlos Manuel Pinto Pardo*  
Carlos Manuel Pinto P.  
MÉDICO CIRUJANO  
C.M.P. N° 07668

CARLOS MANUEL PINTO PARDO

PACIENTE: YAHUARCANI RIOS ABNER HUMBERTO  
EMPRESA: NEGOCIOS LA CENTRAL SRL  
PUESTO: CONDUCTOR  
FECHA: 04 de Junio de 2022  
EXAMEN: HEMOGRAMA

EDAD: 41 años

| <u>TITULO</u>                      | <u>RESULTADO</u> | <u>UNIDAD</u> | <u>RANGO REFERENCIAL</u>                          |
|------------------------------------|------------------|---------------|---------------------------------------------------|
| HEMATIES                           | 5'010,000        | x mm3         | 3'800,000 - 6'300,000 x mm3                       |
| LEUCOCITOS                         | 11,000           | x mm3         | 5,000 - 10,000 x mm3                              |
| HEMATOCRITO                        | 43,6             | %             | Hombres: 38 - 54%<br>Mujeres : 36 - 47 %          |
| HEMOGLOBINA                        | 15,0             | gr/dl         | Hombres: 13 - 18 gr/dL<br>Mujeres : 12 - 16 gr/dL |
| PLAQUETAS                          | 285,000          | x mm3         | 150,000 - 450,000 x mm3                           |
| ABASTONADOS                        | 00               | %             | ( 0 - 5 ) %                                       |
| SEGMENTADOS                        | 55               | %             | ( 42 - 72 ) %                                     |
| EOSINOFILOS                        | 02               | %             | ( 0 - 7 ) %                                       |
| BASOFILOS                          | 00               | %             | ( 0 - 1 ) %                                       |
| LINFOCITOS                         | 39               | %             | ( 20 - 51 ) %                                     |
| MONOCITOS                          | 04               | %             | ( 0 - 12 ) %                                      |
| <b>CONSTANTES CORPUSCULARES:</b>   |                  |               |                                                   |
| VCM                                | 87,1             | fL            | 80 - 100 fL                                       |
| HCM                                | 29,9             | pg            | 27 - 32 pg                                        |
| CHCM                               | 34,4             | g/dL          | 32-36 g/dL                                        |
| RDW- CV ( Indice de Anisocitosis ) | 15,0             | %             | 11,5 - 14,0 %                                     |
| VOL. PLAQUETARIO MEDIO (VPM)       | 9,1              | fL            | 7,0 - 11,0 fL                                     |



**PERCY J. CUBA URDAY**  
MEDICO PATOLOGO  
CMP: 44174 RNE: 24015

PACIENTE: YAHUARCANI RIOS ABNER HUMBERTO  
EMPRESA: NEGOCIOS LA CENTRAL SRL  
PUESTO: CONDUCTOR  
FECHA: 04 de Junio de 2022  
EXAMEN: GRUPO Y FACTOR

EDAD: 41 años

---

**ANALISIS**

GRUPO SANGUINEO  
FACTOR RH

**RESULTADO**

O  
POSITIVO



---

**PERCY J. CUBA URDAY**  
MEDICO PATOLOGO  
CMP: 44174 RNE: 24015

PACIENTE: YAHUARCANI RIOS ABNER HUMBERTO  
EMPRESA: NEGOCIOS LA CENTRAL SRL  
PUESTO: CONDUCTOR  
FECHA: 04 de Junio de 2022  
EXAMEN: GLUCOSA

EDAD: 41 años

---

| <u>ANALISIS</u> | <u>METODO</u> | <u>RESULTADO</u> | <u>UND</u> | <u>RANGO REFERENCIAL</u> |
|-----------------|---------------|------------------|------------|--------------------------|
| GLUCOSA         | Enzimático    | 93               | mg/dl      | 70 - 100 mg/dl           |



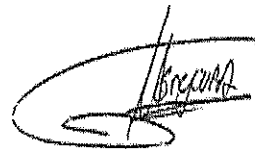
---

PERCY J. CUBA URDAY  
MEDICO PATOLOGO  
CMP: 44174 RNE: 24015

PACIENTE: YAHUARCANI RIOS ABNER HUMBERTO  
EMPRESA: NEGOCIOS LA CENTRAL SRL  
PUESTO: CONDUCTOR  
FECHA: 04 de Junio de 2022  
EXAMEN: RIESGO CORONARIO

EDAD: 41 años

| <u>ANALISIS</u>        | <u>RESULTADO</u> | <u>UND</u> | <u>RANGO REFERENCIAL</u>                                                                                                                                    |
|------------------------|------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| COLESTEROL TOTAL       | 167              | mg/dL      | Deseable : < 200 mg/dL<br>Intermedio : 200 - 239 mg/dL<br>Elevado : > 240 mg/dL                                                                             |
| HDL                    | 43               | mg/dL      | Alto : >= 60 mg/dL<br>Intermedio : 40 - 59 mg/dL<br>Bajo : <= 40 mg/dL                                                                                      |
| LDL                    | 74               | mg/dL      | Deseable : < 100 mg/dL<br>Cercano deseable : 100 - 129 mg/dL<br>Intermedio : 130 - 159 mg/dL<br>Elevado : 160 - 189 mg/dL<br>Muy elevado : >= 190 mg/dL     |
| VLDL                   | 50               | mg/dL      | Menor de 35 mg/dL                                                                                                                                           |
| TRIGLICERIDOS          | 252              | mg/dL      | Deseable : < 150 mg/dL<br>Cercano deseable : 150 - 175 mg/dL<br>Límitrofe alto : 175 - 199 mg/dL<br>Elevado : 200 - 499 mg/dL<br>Muy elevado : >= 500 mg/dL |
| COLESTEROL TOTAL / HDL | 3.8              |            | Hombres : < 5.0<br>Mujeres : < 4.4                                                                                                                          |
| COLESTEROL LDL / HDL   | 1.7              |            | Hombres : < 3.5<br>Mujeres : < 3.2                                                                                                                          |



**PERCY J. CUBA URDAY**  
MEDICO PATOLOGO  
CMP: 44174 RNE: 24015

PACIENTE: YAHUARCANI RIOS ABNER HUMBERTO  
EMPRESA: NEGOCIOS LA CENTRAL SRL  
PUESTO: CONDUCTOR  
FECHA: 04 de Junio de 2022  
EXAMEN: LIPIDOS TOTALES

EDAD: 41 años

**ANALISIS**

LIPIDOS TOTALES

**RESULTADO**

786

**UND**

mg/dl

**RANGO REFERENCIAL**

< 60 años: 400 - 800mg/dl  
De 60 - 70 años: 400 -  
900mg/dl  
> 70años: 400 - 1000mg/dl



**PERCY J. CUBA URDAY**  
MEDICO PATOLOGO  
CMP: 44174 RNE: 24015

PACIENTE: YAHUARCANI RIOS ABNER HUMBERTO  
EMPRESA: NEGOCIOS LA CENTRAL SRL  
PUESTO: CONDUCTOR  
FECHA: 04 de Junio de 2022  
EXAMEN: ACIDO URICO

EDAD: 41 años

---

| <u>ANALISIS</u> | <u>METODO</u> | <u>RESULTADO</u> | <u>UND</u> | <u>RANGO REFERENCIAL</u>                              |
|-----------------|---------------|------------------|------------|-------------------------------------------------------|
| ACIDO URICO     | ENZIMATICO    | 6.10             | mg/dl      | Hombres: 3.5 - 6.0 mg/dl<br>Mujeres : 2.0 - 6.0 mg/dl |



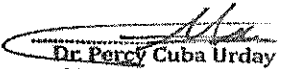
---

PERCY J. CUBA URDAY  
MEDICO PATOLOGO  
CMP: 44174 RNE: 24015

**INFORME DE LABORATORIO**

FECHA : 17-09-2022 SEXO : MASCULINO  
NOMBRE : YAHUARCANI RIOS ABNER HUMBERTO  
EDAD : 41 años  
EMPRESA : NEGOCIOS LA CENTRAL SRL  
PUESTO : CONDUCTOR

| DROGAS 5 TEST            |           |                     |
|--------------------------|-----------|---------------------|
|                          | RESULTADO | RANGO NORMALES REF. |
| COCAINA EN ORINA         | NEGATIVO  | NEGATIVO            |
| MARIHUANA EN ORINA       | NEGATIVO  | NEGATIVO            |
| ANFETAMINAS EN ORINA     | NEGATIVO  | NEGATIVO            |
| BENZODIACEPINAS EN ORINA | NEGATIVO  | NEGATIVO            |
| METANFETAMINAS EN ORINA  | NEGATIVO  | NEGATIVO            |
| OBSERVACIONES:           |           |                     |

  
**Dr. Percy Cuba Urday**  
C.M.P. 44174 R.N.E. 24016  
MÉDICO ESPECIALISTA EN PATOLOGÍA CLÍNICA  
ANÁLISIS CLÍNICOS



PACIENTE: YAHUARCANI RIOS ABNER HUMBERTO  
EMPRESA: NEGOCIOS LA CENTRAL SRL  
PUESTO: CONDUCTOR  
FECHA: 04 de Junio de 2022  
EXAMEN: EXAMEN COMPLETO DE ORINA

EDAD: 41 años

---

**RESULTADO**

**1.- EXAMEN FISICO**

|           |              |
|-----------|--------------|
| COLOR:    | AMARILLO     |
| ASPECTO:  | TRANSPARENTE |
| DENSIDAD: | 1.020        |
| PH:       | 6.0          |

**2.- EXAMEN QUIMICO**

|               |          |
|---------------|----------|
| BILIRRUBINAS  | NEGATIVO |
| UROBILINOGENO | NEGATIVO |
| CETONAS       | NEGATIVO |
| GLUCOSA       | NEGATIVO |
| PROTEINAS     | NEGATIVO |
| SANGRE        | NEGATIVO |
| NITRITOS      | NEGATIVO |
| LEUCOCITOS    | NEGATIVO |

**3.- SEDIMENTO**

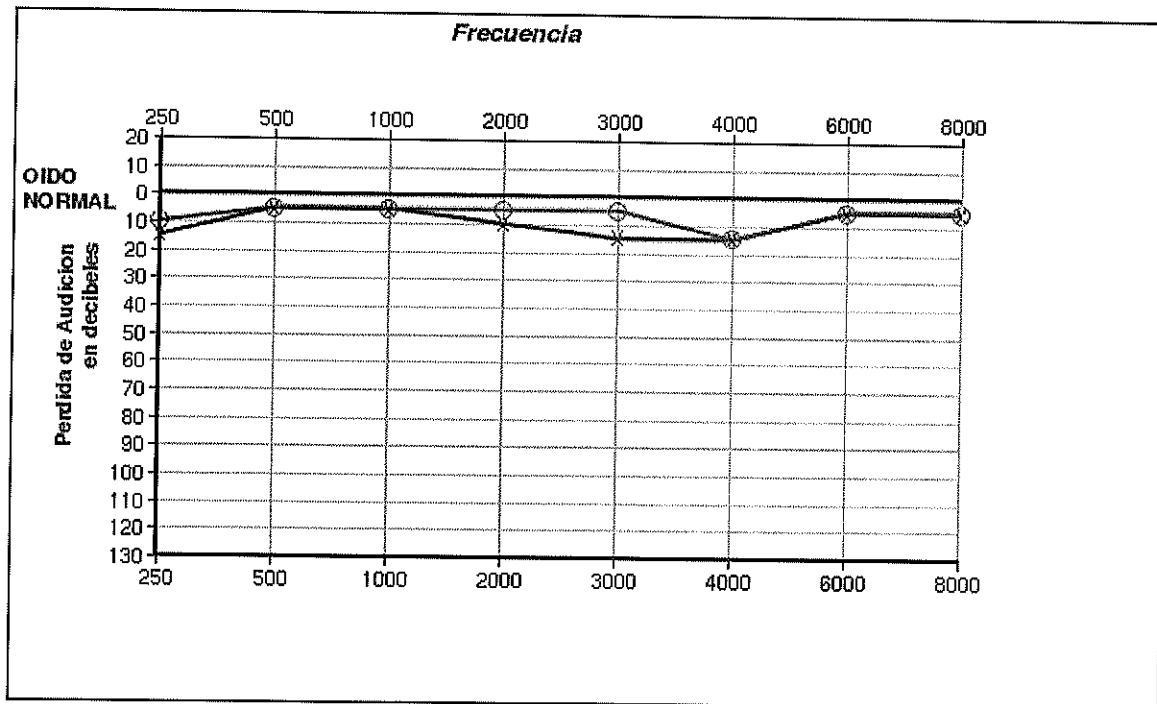
|                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| LEUCOCITOS          | 00 - 02 / campo |
| HEMATIES            | 00 - 02 / campo |
| CELULAS EPITELIALES | ESCASAS         |
| GERMENES            | AUSENTES        |
| OTROS               | ..              |

---

**PERCY J. CUBA URDAY**  
MEDICO PATOLOGO  
CMP: 44174 RNE: 24015



FECHA DEL EXAMEN: DIA 04 MES 06 AÑO 2022  
 EMPRESA: NEGOCIOS LA CENTRAL SRL  
 PUESTO: CONDUCTOR  
 APELLIDOS Y NOMBRES: YAHUARCANI RIOS, ABNER HUMBERTO  
 EDAD: 41 años  
 EVALUADO POR: Dr./Dra. QUISPE REYES MARIA LUISA



### DIAGNOSTICO:

NORMOACUSIA BILATERAL

### TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES:

USO DE PROTECTORES AUDITIVOS EN ZONAS DE RUIDO MAYORES A 80 DBS

MARIA LUISA QUISPE REYES  
 MEDICO OCUPACIONAL  
 CMP. 42676

## NORMAS PARA EL EXAMEN DE AUDIOMETRIA

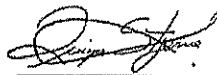
|                                                               |                          |                                     |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <b>1.- Antecedentes ORL</b>                                   | SI                       | NO                                  |
| Rinitis                                                       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Sinusitis                                                     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Otitis media crónica                                          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>2.- Exposición previa a ruidos en anteriores trabajos.</b> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Donde                                                         | :SECURITAS               |                                     |
| Cuando (año)                                                  | :2019                    |                                     |
| por cuanto tiempo                                             | :2 AÑOS                  |                                     |
| <b>3.- Conductor.</b>                                         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>4.- Exposición a ruidos en las 14 horas previas.</b>       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>5.- Estancia fuera de la mina de 48 horas</b>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <b>6.- Pasatiempos ruidosos.</b>                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| NIEGA.                                                        |                          |                                     |
| <b>7.- Antecedentes familiares de sordera.</b>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <b>8.- Antecedentes de erupciones en la infancia</b>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

### OTOSCOPIA (Dx):

a) Oído Izquierdo: MEMBRANA TIMPÁNICA NORMAL

b) Oído Derecho: MEMBRANA TIMPÁNICA NORMAL

### TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES



MARIA LUISA QUISPE REYES  
MEDICO OCUPACIONAL  
CMP. 42676

# INFORME OFTALMOLÓGICO

EMPRESA:

Apellidos y Nombres:

Fecha de Examen:

Evaluado por:

Antecedentes:

Motivo de Exámen

NEGOCIOS LA CENTRAL SRL

YAHUARCANI RIOS ABNER HUMBERTO

Puesto: CONDUCTOR

04-06-2022

Edad 41 años

LEON AGUILAR GIANNINA JACKELINE

USA CORRECTORES BIFOCALES 1 DIA

☒ Preventivo

☐ Otro

Agudeza Visual:

OD:

OI:

| SC       | CC      | C.Ref.Subj | Cerca     |
|----------|---------|------------|-----------|
| 20 / 100 | 20 / 20 | /          | J-1 / J-1 |
| 20 / 60  | 20 / 20 | /          | J-1 / J-1 |

Refraccion en uso:

OD:

OI:

| Esf. | Cyl. | Eje | Add |
|------|------|-----|-----|
|      |      |     |     |
|      |      |     |     |

Refraccion Subjetiva:

OD:

OI:

| Esf. | Cyl. | Eje | Add | Dip |
|------|------|-----|-----|-----|
|      |      |     |     |     |
|      |      |     |     |     |

Presion Ocular:

OD:

OI:

|    |      |
|----|------|
| 15 | mmHg |
| 15 | mmHg |

Vision de Colores

☒ Normal

☐ Patologico

Parpados / Via lagrimal / Anexos

OD:

OI:

☒ OK

☒ OK

Segmento anterior:

Conjuntiva/Esclera:

Córnea:

C.Anterior:

Iris/Pupila:

Cristalino:

Segmento Posterior:

Vitreo:

Nervio Óptico:

Vasos retinales:

Retina:

Mov.Oculares:

| OK.                                 | Observaciones |
|-------------------------------------|---------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> |               |
| <input checked="" type="checkbox"/> |               |
| <input checked="" type="checkbox"/> |               |
| <input checked="" type="checkbox"/> |               |
| <input checked="" type="checkbox"/> |               |
| OK.                                 | Observaciones |
| <input type="checkbox"/>            |               |
| <input type="checkbox"/>            |               |
| <input type="checkbox"/>            |               |
| <input type="checkbox"/>            |               |
| <input type="checkbox"/>            |               |

Impresión diagnóstica:

AMETROPIA ALTA CORREGIDA OD, AMETROPIA MODERADA CORREGIDA OI

CONTINUAR CON USO DE CORRECTORES BIFOCALES.

RESTRICCIONES: USO Estricto DE CORRECTORES DE LEJOS PERMANENTES.

Sugerencias:

*Giannina J. León Aguilar*  
Lic. Tecnólogo Médico  
CTMP 8843

## INFORME CARDIOLOGICO

FECHA DEL EXAMEN: DIA 17 MES 09 AÑO 2022

EMPRESA: NEGOCIOS LA CENTRAL SRL

PUESTO: CONDUCTOR

APELLIDOS Y NOMBRES: YAHUARCANI RIOS ABNER HUMBERTO

EDAD: 41 años

SEXO: MASCULINO ☒

EVALUADO POR: Dr./Dra. AZAÑERO RUBEN

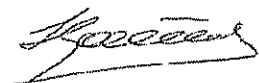
ANTECEDENTES: NIEGA

EN TRATAMIENTO: NIEGA

ELECTROCARDIOGRAMA: RS / 50 LPM / EJE QRS 0° / NORMAL  
(Conclusión Diagnóstica)

EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR: EKG DENTRO DEL RANGO NORMAL  
(Conclusión diagnóstica)

Recomendaciones: NINGUNA

  
Dr. RUBÉN AZAÑERO REYNA  
CARDIOLOGO  
C.M.P. 31372 R.N.E. 18700

Av. La Rosa Toro 992 - San Luis.: 346-3367 / 346-2638 / 9962-1871  
Av. Canadá 3299 - San Luis Telf.: 3461432 / 270-5189  
diagnosticos\_santa\_rita@hotmail.com / www.santaritalab.com

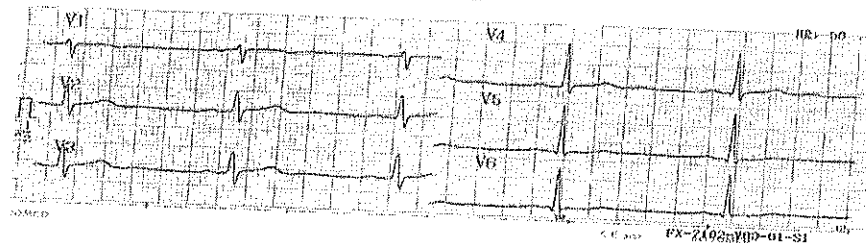
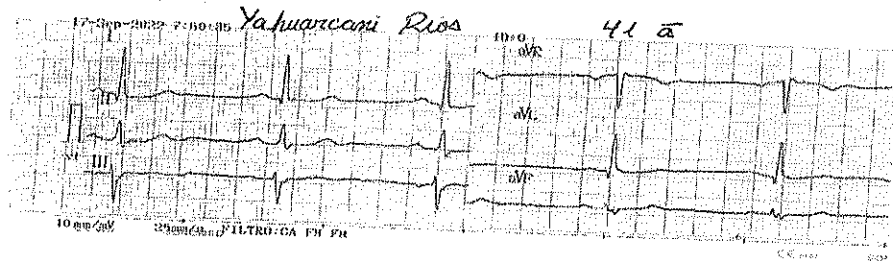
## ADJUNTO EVALUACIÓN POR CARDIÓLOGO

APELLIDOS Y NOMBRES:  
EMPRESA:  
PUESTO DE TRABAJO:

YAHUARCANI RIOS ABNER HUMBERTO  
NEGOCIOS LA CENTRAL SRL  
CONDUCTOR

DNI: 41246576  
SEXO: MASCULINO  
EXAMEN: PREOCUPACIONAL

HC N°: 41246576  
EDAD: 41 AÑOS



### CONCLUSIÓN

RS / 50 LPM / EJE QRS 0° / NORMAL  
EKG DENTRO DEL RANGO NORMAL

### RECOMENDACIONES

NINGUNA

Dr. RUBÉN AZANERO REYNA  
CARDIÓLOGO  
CMM: 34372 RNE: 1E700

## INFORME RADIOGRÁFICO

|                     |                                |  |                      |            |  |
|---------------------|--------------------------------|--|----------------------|------------|--|
| PLACA N°            | HCL 41246576                   |  | Lector               |            |  |
| Apellidos y Nombres | YAHUARCANI RIOS ABNER HUMBERTO |  | Edad                 | 41 años    |  |
| Fecha de lectura    | 17-09-2022                     |  | Fecha de radiografía | 17-09-2022 |  |

|                         |                |   |        |                            |   |             |  |
|-------------------------|----------------|---|--------|----------------------------|---|-------------|--|
| I. Calidad Radiográfica | 1 Buena        |   | Causas | 1 Sobreexposición          |   | 5 Escapulas |  |
|                         | 2 Aceptable    | X |        | 2 Subexposición            |   | 6 Artefacto |  |
|                         | 3 Baja Calidad |   |        | 3 Posición centrado        | X | 7 Otros     |  |
|                         | 4 Inaceptable  |   |        | 4 Inspiración Insuficiente |   |             |  |

|                                    |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Comentario sobre defectos Técnicos |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

|                                                                                  |      |                                                                                                                       |     |                                                                                                                      |     |                                                                        |   |                                                                    |   |
|----------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------|---|
| II. ANORMALIDADES PARENQUIMATOSAS (si NO hay anomalías pases a III A. Pleurales) |      |                                                                                                                       |     |                                                                                                                      |     |                                                                        |   | Si <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| 2.1. Zonas Afectadas (marque TODAS las zonas afectadas)                          |      | 2.2. Porfusión (opacidad pequeñas) (escala de 12 puntos) (Consulte las radiografías estándar; marque la subcategoría) |     | 2.3. Forma y Tamaño (Consulte las radiografías estándar; se requieren dos símbolos; marque un primario y secundario) |     | 2.4. Opacidades Grandes (Marque 0 si no hay ninguna o marque A, B o C) |   |                                                                    |   |
|                                                                                  | Der. | Izq.                                                                                                                  | 0/- | 0/0                                                                                                                  | 0/1 | Primaria                                                               |   | Secundaria                                                         |   |
| Superior                                                                         |      |                                                                                                                       | 1/0 | 1/1                                                                                                                  | 1/2 | p                                                                      | s | p                                                                  | s |
| Medio                                                                            |      |                                                                                                                       | 2/1 | 2/2                                                                                                                  | 2/3 | q                                                                      | t | q                                                                  | t |
| Inferior                                                                         |      |                                                                                                                       | 3/2 | 3/3                                                                                                                  | 3/+ | r                                                                      | u | r                                                                  | u |
|                                                                                  |      |                                                                                                                       |     |                                                                                                                      |     |                                                                        |   | 0<br>A<br>B<br>C                                                   |   |

|                                                                              |   |                        |                                                                         |   |   |   |   |                                                                    |                                                |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---|---|---|
| III. ANORMALIDADES PLEURALES (si NO hay anomalías pases a símbolos)          |   |                        |                                                                         |   |   |   |   | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |                                                |   |   |   |
| 3.1 Placas Pleurales (0=Ninguna, D=Hemitórax derecho; I=Hemitórax izquierdo) |   |                        |                                                                         |   |   |   |   |                                                                    |                                                |   |   |   |
| Sitio (Marque las casillas adecuadas)                                        |   | Calcificación (marque) | Extensión (pared Torácica; combinada para placas de perfil y de frente) |   |   |   |   |                                                                    | Ancho (opcional) (ancho mínimo exigido : 3 mm) |   |   |   |
|                                                                              |   |                        | 1 <1/4 de la pared lateral del tórax                                    |   |   |   |   |                                                                    | a De 3 a 5 mm                                  |   |   |   |
|                                                                              |   |                        | 2 Entre 1/4 y 1/2 de la pared lateral del tórax                         |   |   |   |   |                                                                    | b De 5 a 10 mm                                 |   |   |   |
|                                                                              |   |                        | 3 >1/2 de la pared lateral del tórax                                    |   |   |   |   |                                                                    | c Mayor a 10 mm                                |   |   |   |
| Pared Torácica de Perfil                                                     | 0 | D                      | I                                                                       | 0 | D | I | 0 | D                                                                  | I                                              | 0 | D | I |
| De frente                                                                    | 0 | D                      | I                                                                       | 0 | D | I | 1 | 2                                                                  | 3                                              | 1 | 2 | 3 |
| Diaphragma                                                                   | 0 | D                      | I                                                                       | 0 | D | I |   |                                                                    |                                                |   |   |   |
| Otro(s) sitio(s)                                                             | 0 | D                      | I                                                                       | 0 | D | I |   |                                                                    |                                                |   |   |   |
| Obliteración del Angulo Costofrenico                                         |   |                        | 0                                                                       | D | I |   |   |                                                                    |                                                |   |   |   |

|                                                                                               |   |   |               |   |   |           |   |   |       |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---------------|---|---|-----------|---|---|-------|---|---|---|
| 3.2 Engrosamiento Difuso de la Pleura (0=Ninguna, D=Hemitórax derecho; I=Hemitórax izquierdo) |   |   |               |   |   |           |   |   |       |   |   |   |
| Pared Torácica                                                                                |   |   | Calcificación |   |   | Extensión |   |   | Ancho |   |   |   |
| De perfil                                                                                     | 0 | D | I             | 0 | D | I         | 0 | D | 0     | I | D | I |
| De frente                                                                                     | 0 | D | I             | 0 | D | I         | 1 | 2 | 3     | 1 | 2 | 3 |
|                                                                                               |   |   |               |   |   |           |   |   |       | a | b | c |
|                                                                                               |   |   |               |   |   |           |   |   |       | a | b | c |

|                                                                                                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                                                    |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--------------------------------------------------------------------|----|
| IV. SIMBOLOS *                                                                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| (Rodee con un círculo la respuesta adecuada; si rodea od, escriba a continuación un COMENTARIO) |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                                                    |    |
| aa                                                                                              | at | ax | bu | ca | cg | cn | co | cp | cv | di | ef | em | es                                                                 | od |
| fr                                                                                              | hi | ho | id | ih | kl | me | pa | pb | pi | px | ra | rp | tb                                                                 |    |

|             |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| COMENTARIOS | RADIOGRAFIA DE TORAX NORMAL. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



QUISPE APARICIO PEDRO SEVERO  
MEDICO RADIOLOGO  
CMP 009443 RNE 6401

# INFORME RADIOGRÁFICO COLUMNA LUMBAR

|                     |                                |                   |           |                 |          |
|---------------------|--------------------------------|-------------------|-----------|-----------------|----------|
| APELLIDOS Y NOMBRES | YAHUARCANI RIOS ABNER HUMBERTO | DNI               | 41246576  | HC N°           | 41246576 |
| EMPRESA             | NEGOCIOS LA CENTRAL SRL        | SEXO              | Masculino | EDAD            | 41 años  |
| PUESTO DE TRABAJO   | CONDUCTOR                      | TIEMPO DE TRABAJO |           |                 |          |
| FECHA DE EXAMEN     | 17-09-2022                     | TIPO DE EXAMEN    |           | PRE OCUPACIONAL |          |

## RESULTADOS

ROTOESCOLIOSIS DORSO-LUMBAR A CONCAVIDAD IZQUIERDA  
NO LISTESIS  
ALTURA DE CUERPOS VERTEBRAL CONSERVADOS  
DISMINUCIÓN DEL ESPACIO L5 - S1.

## CONCLUSIONES

ROTOESCOLIOSIS DORSO-LUMBAR A CONCAVIDAD IZQUIERDA  
DISMINUCIÓN DEL ESPACIO L5 - S1.



QUISPE APARICIO PEDRO SEVERO  
MÉDICO RADIOLOGO  
CMP: 008448 RNE 6401

**PACIENTE : YAHUARCANI RIOS ABNER HUMBERTO**

**41 años**

**EMPRESA : NEGOCIOS LA CENTRAL SRL**

**PUESTO : CONDUCTOR**

**EXAMEN : RADIOGRAFIA DE TORAX OIT**

---

TRANSPARENCIA CONSERVADA EN AMBOS CAMPOS PULMONARES

SENOS COSTODIAFRAGMÁTICOS LIBRES.

TRÁQUEA Y GRANDES BRONQUIOS DE TRAYECTO NORMAL

SILUETA CARDIACA DE TAMAÑO HABITUAL.

**CONCLUSIÓN**

RADIOGRAFIA DE TORAX NORMAL.

San Luis, 17 de Septiembre de 2022

QUISPE APARICIO PEDRO SEVERO  
MEDICO RADIOLOGO  
CMP: 009448 RNE 6401

Nro. Informe: -000018

N° 41246576

#### I. DATOS GENERALES

|                       |                                |                      |                                 |
|-----------------------|--------------------------------|----------------------|---------------------------------|
| Apellidos y Nombres:  | YAHUARCANI RIOS ABNER HUMBERTO |                      |                                 |
| Edad:                 | 41 años                        | Lugar de Nacimiento: | --                              |
| Grado de Instrucción: | Lugar de Residencia:           |                      | Fecha de Nacimiento: 05-04-1981 |
| Puesto de Trabajo:    | CONDUCTOR                      |                      |                                 |
| Empresa donde labora: | NEGOCIOS LA CENTRAL SRL        |                      |                                 |

#### II. MOTIVO DE EVALUACIÓN

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PRE-OCUPACIONAL

#### III. OBSERVACIONES DE CONDUCTA

|                     |                      |          |           |                |              |                |     |        |
|---------------------|----------------------|----------|-----------|----------------|--------------|----------------|-----|--------|
| <b>Presentación</b> | (X)                  | Adecuado | ( )       | Inadecuado     |              |                |     |        |
| <b>Postura</b>      | (X)                  | Erguida  | ( )       | Encorvada      |              |                |     |        |
| <b>Discurso</b>     | <b>Ritmo:</b>        |          | ( )       | Lento          | ( )          | Rápido         | ( ) | Fluido |
|                     | <b>Tono:</b>         |          | ( )       | Bajo           | ( )          | Moderado       | ( ) | Alto   |
|                     | <b>Articulación:</b> |          | ( )       | con dificultad | ( )          | sin dificultad |     |        |
| <b>Orientación</b>  | <b>Tiempo:</b>       | (X)      | Orientado | ( )            | Desorientado |                |     |        |
|                     | <b>Espacio:</b>      | (X)      | Orientado | ( )            | Desorientado |                |     |        |
|                     | <b>Personal:</b>     | (X)      | Orientado | ( )            | Desorientado |                |     |        |

#### IV. RESULTADOS DE EVALUACIÓN

Nivel Intelectual : N. Promedio  
 Coordinación Visomotriz : Medianamente adecuado  
 Nivel de Memoria :  
 Personalidad : convencional, realista y con deseos por crecer laboralmente.  
 Afectividad : capaz de expresar emociones y trabajar en equipo.

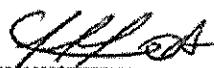
#### V.- CONCLUSIONES

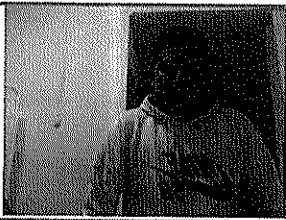
**Área Cognitiva:**  
 Orientado en tiempo, lugar y persona, capaz de acatar órdenes, presenta un nivel promedio para resolver problemas de sentido común, razonamiento lógico y aritmético, así mismo posee adecuada coordinación visomotriz. Test de OTIS / puntaje obtenido = 25 / diagnóstico = NORMAL PROMEDIO / según su grupo de evaluación.

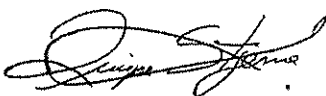
**Área Emocional:**  
 Con un nivel promedio de equilibrio emocional, ante situaciones de mucha presión puede mostrar ansiedad, ser exigente consigo mismo y procura adecuar sus emociones al entorno.  
 TEST FATIGA DE YOSHITAKE: sin indicadores de fatiga física.  
 CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS MENTALES EN ADULTOS: sin indicadores de angustia psicológica, ni consumo problemático de alcohol.  
 ESTRÉS: Inventario de Burnout de Maslach/ sin indicadores de cansancio emocional, ni de Burnout fatiga laboral).  
 Entrevista de apreciación para el trabajo en altura: No Presenta indicadores de fobia específica a la altura- sin vértigo.  
 Test de Somnolencia de Epworth / Puntaje menor a 9/ sin indicadores de somnolencia diurna, dentro de los parámetros normales.

#### VI. RECOMENDACIONES

APTO CON RECOMENDACIONES: Por presentar falta de experiencia para realizar trabajos en altura.  
 Recibir capacitación en riesgos y peligros dentro de su área de trabajo.  
 Recibir capacitación para el trabajo a realizar y verificar su correcto aprendizaje.  
 Amerita supervisión de rutina en sus labores de altura.  
 Recibir entrenamiento para realizar trabajos en altura. (Como mínimo 8 horas, 3 teóricas y 5 de práctica según Reglamento Nacional de Edificaciones Norma G.050 Seguridad Durante la Construcción).

  
 Cesaf F. Olivares Arteaga  
 Psicólogo  
 C.PsP. N° 14272

|                                                                                   |                                                                                            |                        |                        |       |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|-------|----------------------|
|  | <b>Nombre:</b> CARLOS ALBERTO OMAR YABAR CONDOR                                            |                        |                        |       |                      |
|                                                                                   | <b>Domicilio:</b> San Juan de Miraflores, Lima                                             |                        |                        |       |                      |
|                                                                                   | <b>Cargo:</b> Conductor, Estudios: Superior, Estado Civil: Soltero, G. S.: 0+              |                        |                        |       |                      |
|                                                                                   | <b>Lentes:</b> No, de Contacto: No, Audífonos: No, Monocular: No, Discapacidad: No, Grado: |                        |                        |       |                      |
|                                                                                   | <b>Fecha de nacimiento:</b> 15/11/1971                                                     |                        | <b>Edad:</b> 50        |       | <b>DNI:</b> 10023656 |
|                                                                                   | <b>Licencia A3C / Categoría Profesional / Vencimiento Examen:</b> 25-06-2023               |                        |                        |       |                      |
| <b>RESULTADO FINAL:</b> Aprobado                                                  |                                                                                            |                        |                        |       |                      |
| <b>CONCLUSIONES</b>                                                               |                                                                                            |                        |                        |       |                      |
| <b>APROBADO</b>                                                                   |                                                                                            |                        |                        |       |                      |
| <b>TEST DE PALANCAS</b>                                                           |                                                                                            |                        |                        |       |                      |
| Duración                                                                          | 50.67s (Aprobado)                                                                          | N° Errores             | 2 (Aprobado)           |       |                      |
| Tiempo de Permanencia en el Error                                                 |                                                                                            | 0.30s (Aprobado)       |                        |       |                      |
| <b>Resultado:</b> Aprobado                                                        |                                                                                            | Usuario: Administrador |                        |       |                      |
| <b>TEST DE PUNTEADO</b>                                                           |                                                                                            |                        |                        |       |                      |
| N° Errores                                                                        | 0 (Aprobado)                                                                               | N° Aciertos            | 33 (Aprobado)          |       |                      |
| Tiempo de Aciertos                                                                |                                                                                            | 8.45s (Aprobado)       |                        |       |                      |
| <b>Resultado:</b> Aprobado                                                        |                                                                                            | Usuario: Administrador |                        |       |                      |
| <b>TEST DE REACTIMETRÍA SIMPLE</b>                                                |                                                                                            |                        |                        |       |                      |
| Prueba 1-5:                                                                       | 0.21s                                                                                      | 0.21s                  | 0.21s                  | 0.21s | 0.26s                |
| Prueba 6-10:                                                                      | 0.21s                                                                                      | 0.31s                  | 0.26s                  | 0.26s | 0.26s                |
| <b>Promedio:</b>                                                                  |                                                                                            |                        | 0.24s                  |       |                      |
| <b>Resultado:</b> Aprobado                                                        |                                                                                            |                        | Usuario: Administrador |       |                      |



MARIA LUISA QUISPE REYES  
MEDICO OCUPACIONAL  
CMP. 42676

Firma del Evaluador

Empresa: NEGOCIOS LA CENTRAL SRL

Paciente: YAHUARCANI RIOS ABNER HUMBERTO

Edad: 41 años

Cargo: CONDUCTOR

Médico: PINTO PARDO, CARLOS MANUEL

### EVALUACIÓN PARA TRABAJOS EN ALTURA

1.- Antecedentes de riesgo

OBESIDAD TIPO I

2.- Evaluación médica y neurológica para trabajos en altura

|                                                      |          |
|------------------------------------------------------|----------|
| a.- Posición que adopta el paciente de pie y sentado | ADECUADA |
| b.- Test de Romberg                                  | NEGATIVO |
| c.- Sustentación de base en un pie por 15 segundos   | NORMAL   |
| d.- Adiadococinesia                                  | NO       |
| e.- Prueba de la marcha ( marcha ciega):             | NORMAL   |
| f.-Pruebas de astenia y un temblor fino:             | NO       |

3.-Evaluación otoscópica:

SIN ALTERACIONES.

4.-Electrocardiograma:

NO INDICADO.

5.-Examen psicológico:

POR PRESENTAR FALTA DE EXPERIENCIA PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURA.

6.-Funciones vitales:

ESTABLES.

7.-Examen oftalmológico:

AMETROPIA ALTA CORREGIDA OJO DERECHO, AMETROPIA MODERADA CORREGIDA OJO IZQUIERDO.

8.-Exámenes de Laboratorio

HIPERTRIGLICERIDEMIA - EN TRATAMIENTO.  
LEUCOCITOSIS.

9.-Saturación de Oxígeno:

98%

### CONCLUSIONES

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURA ESTRUCTURAL.

*Carlos Manuel Pinto Pardo*  
Carlos Manuel Pinto P.  
MÉDICO CURULANO  
C.M.P. N° 8786

CARLOS MANUEL PINTO PARDO

Fecha: 04-06-2022



## INFORME MÉDICO

|                             |          |                                |         |              |                         |                          |        |  |
|-----------------------------|----------|--------------------------------|---------|--------------|-------------------------|--------------------------|--------|--|
| <b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b> |          | YAHUARCANI RIOS ABNER HUMBERTO |         |              |                         |                          |        |  |
| <b>EMPRESA:</b>             |          | NEGOCIOS LA CENTRAL SRL        |         |              |                         |                          |        |  |
| <b>SUBCONTRATA:</b>         |          |                                |         |              |                         |                          |        |  |
| <b>TIPO DE EVALUACIÓN:</b>  |          | Pre Ocupacional                |         |              |                         |                          |        |  |
| <b>PUESTO:</b>              |          | CONDUCTOR                      |         |              | <b>ÁREA DE TRABAJO:</b> |                          |        |  |
| <b>FECHA DE EVALUACIÓN:</b> |          | 04-06-2022                     |         |              | <b>PROYECTO:</b>        |                          |        |  |
| <b>FECHA DE EMISIÓN:</b>    |          | 06-06-2022                     |         |              |                         |                          |        |  |
| <b>DNI:</b>                 | 41246576 | <b>EDAD:</b>                   | 41 Años | <b>SEXO:</b> | M                       | <b>HISTORIA CLÍNICA:</b> | 164737 |  |

| EXÁMENES AUXILIARES DE LABORATORIO |      |                        |            |                        |        |  |  |
|------------------------------------|------|------------------------|------------|------------------------|--------|--|--|
| <b>Hemoglobina:</b>                | 15.0 | <b>Grupo y factor:</b> | O POSITIVO | <b>Orina completa:</b> | NORMAL |  |  |
| <b>Glucosa:</b>                    | 93   | <b>Colesterol:</b>     | 167        | <b>Triglicéridos:</b>  | 252    |  |  |

| TRIAJE                   |             |                           |             |                       |                         |  |  |
|--------------------------|-------------|---------------------------|-------------|-----------------------|-------------------------|--|--|
| <b>Talla:</b>            | 1.69 cm,    | <b>Peso:</b>              | 86.600 Kg.  | <b>IMC:</b>           | 30.32 Kg/m <sup>2</sup> |  |  |
| <b>Presión arterial:</b> | 120/80 mmHg | <b>Frec. Respiratoria</b> | 20 x minuto | <b>Frac. Cardíaca</b> | 80 x minuto             |  |  |

### CONCLUSIÓN:

1. OBESIDAD TIPO I.
2. AMETROPIA ALTA CORREGIDA OJO DERECHO, AMETROPIA MODERADA CORREGIDA OJO IZQUIERDO.
3. HIPERTRIGLICERIDEMIA - EN TRATAMIENTO.
4. LEUCOCITOSIS.
5. POR RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBAR: ROTOESCOLIOSIS DORSO-LUMBAR A CONCAVIDAD IZQUIERDA DISMINUCIÓN DEL ESPACIO L5 - S1.
6. POR PSICOLOGIA: POR PRESENTAR FALTA DE EXPERIENCIA PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURA.
7. POR PSICOSENSOMETRICO: APROBADO.
8. POR TEST DE ALTURA: APTO PARA TRABAJOS EN ALTURA ESTRUCTURAL.

### RECOMENDACIONES:

1. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR ESPECIALIDAD DE NUTRICIÓN.
2. USO PERMANENTE DE SUS ACTUALES CORRECTORES VISUALES DE LEJOS.
3. SEGUIR TRATAMIENTO MÉDICO PARA HIPERTRIGLICERIDEMIA.
4. SE SUGIERE EVALUACIÓN POR ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA.
5. SEGUIR RECOMENDACIÓN POR ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGÍA- CONTROL EN 1 AÑO .
6. SEGUIR RECOMENDACIONES POR ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA.
7. APROBADO EN LAS AREAS PSICOMETRICAS Y PSICOSENSOMETRICAS.

MARIA LUISA QUISPE REYES  
MEDICO OCUPACIONAL  
CMP. 42676



**DECLARACIÓN JURADA PARA EVALUACIÓN DE MEDICO  
OCUPACIONAL**

Yo YAHUARCANI RIOS ABNER HUMBERTO

Identificado (a) con DNI N° 41246576, domiciliado

(a) en MEDINA 232 INTERIOR 6.- LA PUNTA

En cumplimiento de lo requerido por la normativa vigente del país y con las consideraciones por la **EMPRESA** NEGOCIOS LA CENTRAL SRL, doy consentimiento a realizarme La Evaluación Medica Ocupacional teniendo en cuenta que he sido informado claramente de los exámenes que debo realizar.

**DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:**

Al firmar este documento me comprometo a cumplir con todas las etapas que:

Comprende La Evaluación Medica Ocupacional y es mi responsabilidad seguir fielmente con las indicaciones médicas, según sea la aptitud de mi evaluación.

Así mismo informare todo antecedente de exposición ocupacional, patológica, personal y/o familiar, accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales que posea en referencia a mi salud física y mental.

Mediante la presente autorizo, al CENTRO MEDICO SANTA RITA para hacer entrega de los resultados de los exámenes médicos y hacer uso de la información resultante o contenida en mi evaluación médica para los fines dentro de los alcances establecidos por las normas legales, al médico ocupacional de su empresa.

Hago de conocimiento y firmo este documento sin presión alguna y por propia voluntad Quedando en conformidad de lo anterior descrito.

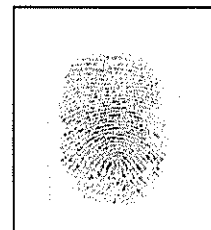
**Firma del trabajador:**

**Puesto de trabajo:** CONDUCTOR

**Numero de celular:** 937145487

**DNI N°:** 41246576

**Fecha:** 06-06-2022



**Huella Digital**



**Centro  
Médico  
Santa  
Rita**

**HOJA DE INTERCONSULTA**

PACIENTE: YAHUARCANI RIOS ABNER HUMBERTO

EDAD: 41 AÑOS

FECHA: 20/09/2022

PUESTO AL QUE POSTULA: CONDUCTOR

ESPECIALIDAD A LA QUE POSTULA: TRAUMATOLOGIA

Motivo de la interconsulta:

POR RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBAR: ROTOESCOLIOSIS DORSO-LUMBAR A CONCAVIDAD IZQUIERDA

Medico evaluador:

Nombre Completo: María Luisa Quispe Reyes  
C.M.P. 42676

Firma y sello:

MARIA LUISA QUISPE REYES  
MEDICO OCUPACIONAL  
CMP. 42676

**RESPUESTA A INTERCONSULTA**

Evaluación: Paciente actualmente asintomático , no molestias , no parestesias de miembros inferiores , rangos articulares de columna lumbosacra completos . Lasegue (negativo) , Dandy (negativo)

Diagnóstico: ROTOESCOLIOSIS CIE 10 M41.2

Indicaciones Médicas y conclusión:

Bajar de peso , ejercicios posturales , realizar pausas activas.

**APTO , para el puesto que postula**

Restricciones laborales: NINGUNA .

Fecha de la Reevaluación: 01 año

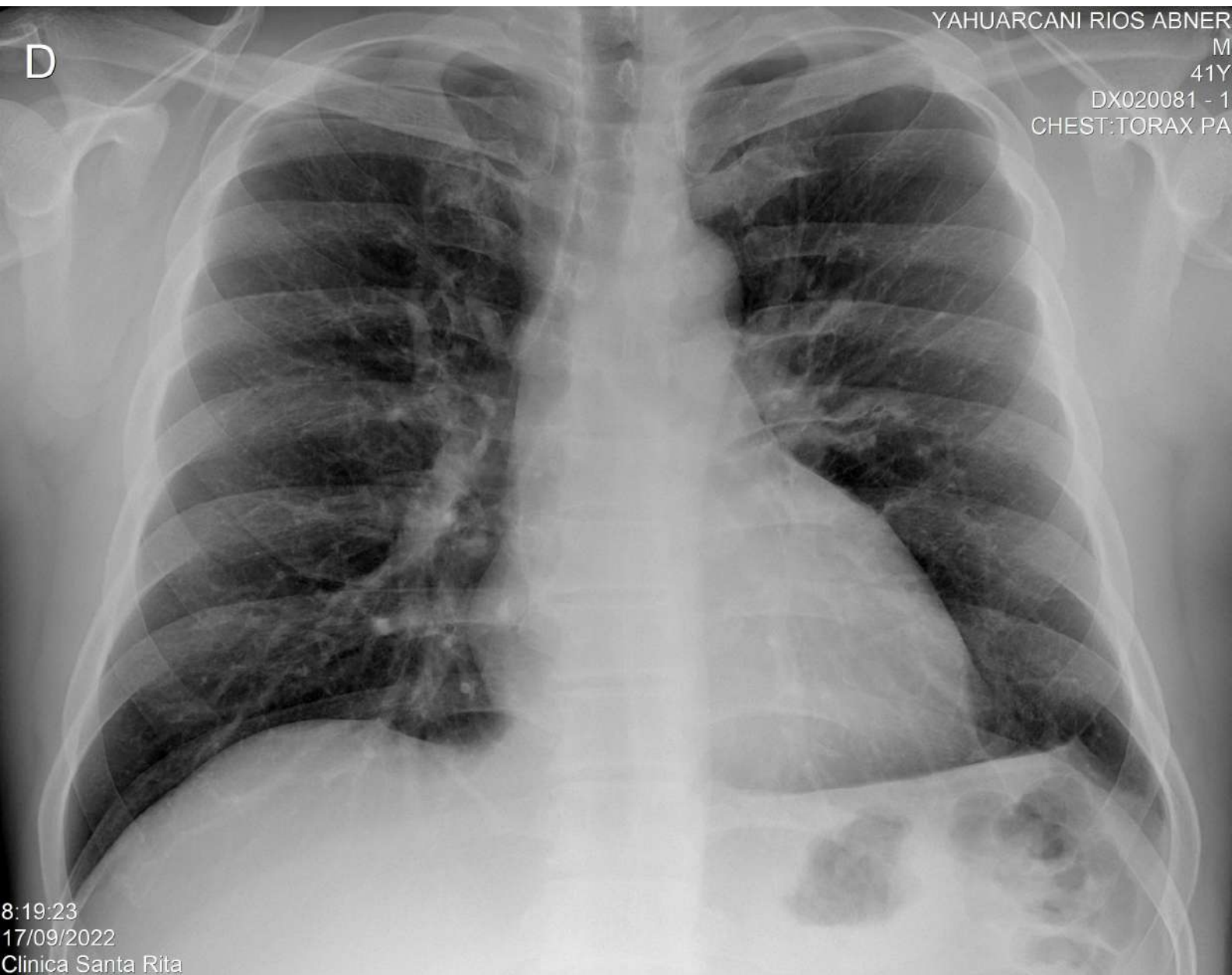
Nombre completo del Médico especialista: DAVILA ALIAGA MILKO ENRIQUE

CMP: 54734 RNE: 28124 FIRMA Y SELLO:

FECHA Y HORA DE LA EVALUACION

21/09/2022 14:00 h

Dr. Milko E. Davila Aliaga  
CIRUGIA ORTOPÉDICA Y  
TRAUMATOLOGÍA  
CMP 54734 RNE 28124

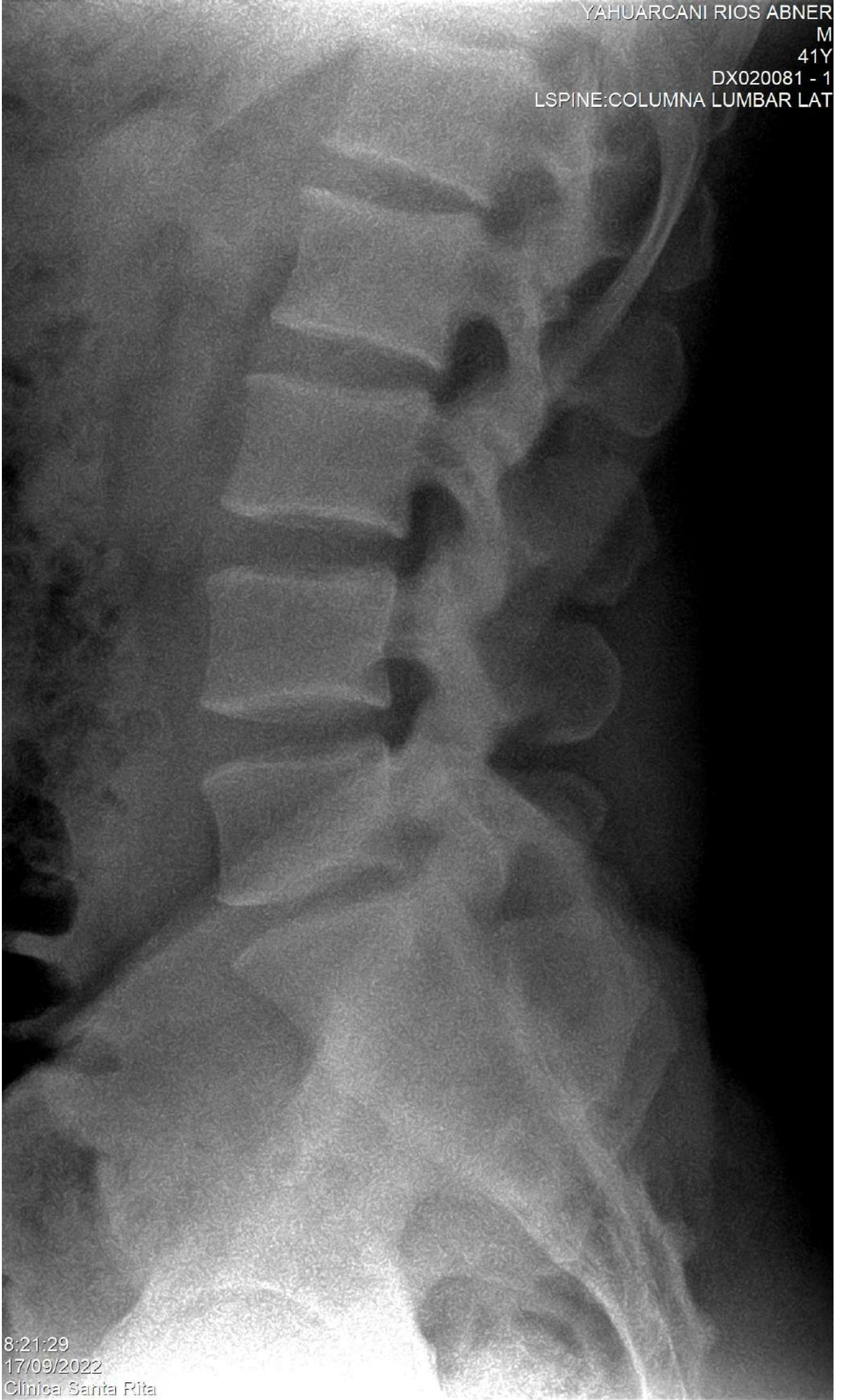


YAHUARCANI RIOS ABNER  
M  
41Y  
DX020081 - 1  
CHEST:TORAX PA

D

8:19:23  
17/09/2022  
Clinica Santa Rita

YAHUARCANI RIOS ABNER  
M  
41Y  
DX020081 - 1  
LSPINE:COLUMNNA LUMBAR LAT



8:21:29  
17/09/2022  
Clínica Santa Rita

YAHUARCANI RIOS ABNER

M

41Y

DX020081 - 1

LSPINE:COLUMNNA LUMBAR AP



8:20:44

17/09/2022

Clinica Santa Rita