

Certificado de Aptitud Médico Ocupacional
Examen Periodico

CS-HC- C0000266302 - 00012022073263 Fecha de Generación de Reporte: 16 / 09 / 2022 - 09 : 20 hs.

		CÓDIGO		C0000266302					
CERTIFICA que el Sr. (a):									
Nombre y Apellidos		ELMER GERONIMO QUIÑONES							
Documento de Identidad		32272604		Edad	47	años	Género	M (X)	F
Puesto al que postula (sólo pre ocupacional)				--					
Ocupación actual o última Ocupación				- conductor tipo I					
HISTORIA CLÍNICA 32272604				EMPRESA: JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.					
CONCLUSIONES :									
APTO									
APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)		X		Restricciones					
APTO CON RESTRICCIÓN (para el puesto en el que trabaja o postula)									
NO APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)									
RECOMENDACIONES									
- Su examen de radiografía de tórax ha salido dentro de los rangos normales. Se recomienda control anual. . - Presenta presbicia (disminución de la agudeza visual que se da a partir de los 40 años), por lo que se sugiere continuar con el uso de correctores de cerca (para lectura) y control anual en Oftalmología. - Usted presenta una audición normal. Se recomienda uso de protección auditiva en caso estuviera expuesto a ruido y control anual por Otorrinolaringología. - Usted presenta disminución de la frecuencia cardiaca se recomienda control anual por Cardiología. - Presenta obesidad I°, debe mantener un régimen alimentario donde no predominen las grasas ni carbohidratos (azúcar, harinas, pastas, papas, etc.), así como desarrollar un programa rutinario de ejercicios físicos, trote, natación o bicicleta, de por lo menos 30 minutos diarios hasta que se produzca sudor, con el fin de mejorar su peso. Se recomienda que acuda a Endocrinología y Nutrición para orientación y descarte de patología asociada - Presenta aparente infección por hongos en las uñas de sus pies (onicomicosis), la misma que necesita tratamiento médico. Además no debe olvidar usar sandalias cuando use la ducha o bañera, así como preferir el uso de medias de algodón y talco para disminuir la humedad de los pies.									
  Dra. Claudia Vanessa Llerena Zevallos Médico de salud ocupacional CMP: 049335 / RNM: M00955 S.G NATCLAR S.A.C Firma del Medico Ocupacional									

Fecha: 08-09-2022

Nombre: LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA

Sello y Firma de Médico que CERTIFICA

CONSTANCIA DE EVALUACION OCUPACIONAL
PERIODICO



Se hace constar que el Señor(a):

GERONIMO QUIÑONES, ELMER identificado con **DNI Nro. 32272604**, personal de **JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.**, cumpla con el proceso de selección, estando **APTO** para laborar en la unidad de **COLQUIJIRCA** como **conductor tipo I** por el periodo del **8/09/2022 al 08/09/2023**.

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

CS-HC-C0000266302
00012022073263




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

LIMA, viernes, 16 de Setiembre de 2022

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

CARTA DE COMPROMISO

Yo, **GERONIMO QUIÑONES ELMER** identificado con DNI (**X**) / CE () / Pasaporte (), Nro: **32272604**, perteneciente a la empresa:

JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.

Habiendo pasado la evaluación medica:
() Pre-ocupacional (**X**) Anual () De Retiro () Cambio de Puesto () Visita Anual () Temporal () Expansión

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

CIEs:	Diagnósticos:
- Z01.6	Rayos x normal de torax.
- H52.4	Presbicia corregida
- Z01.1	Normoacusia
- R00.1	Bradicardia sinusal
- E66	Obesidad tipo I
- B35.1	Onicomycosis pedia bilateral

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

Recomendaciones:

- Su examen de radiografía de tórax ha salido dentro de los rangos normales. Se recomienda control anual .
- Presenta presbicia (disminución de la agudeza visual que se da a partir de los 40 años), por lo que se sugiere continuar con el uso de correctores de cerca (para lectura) y control anual en Oftalmología.
- Usted presenta una audición normal. Se recomienda uso de protección auditiva en caso estuviera expuesto a ruido y control anual por Otorrinolaringología.
- Usted presenta disminución de la frecuencia cardiaca se recomienda control anual por Cardiología.
- Presenta obesidad I°, debe mantener un régimen alimentario donde no predominen las grasas ni carbohidratos (azúcar, harinas, pastas, papas, etc.), así como desarrollar un programa rutinario de ejercicios físicos, trote, natación o bicicleta, de por lo menos 30 minutos diarios hasta que se produzca sudor, con el fin de mejorar su peso. Se recomienda que acuda a Endocrinología y Nutrición para orientación y descarte de patología asociada
- Presenta aparente infección por hongos en las uñas de sus pies (onicomicosis), la misma que necesita tratamiento médico.

Además no debe olvidar usar sandalias cuando use la ducha o bañera, así como preferir el uso de medias de algodón y talco para disminuir la humedad de los pies.

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




Trabajador (Firma y Huella Digital)

Nombre : GERONIMO QUIÑONES ELMER

DNI : 32272604

Empresa : JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.

Puesto de Trabajo : conductor tipo I




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

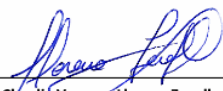
Firma y Sello del Medico Evaluador

Nombres : CORNEJO PIZARRO, DIEGO FERNANDO

CMP : 70597

FECHA: 08/09/2022

HORA: -



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

Firma y Sello del Medico Ocupacional

Nombres : LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA

CMP : 49335

HISTORIA OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES: GERONIMO QUIÑONES, ELMER
LUGAR DE NACIMIENTO: / HUARI / HUARI / (LOS OLIVOS)

N° REGISTRO (DNI): 32272604
LUGAR DE PROCECENCIA:

FECHA DE NACIMIENTO: 05/07/1975
Callejón 3 MZ D LT 19 ASOC. DE VIV RIO SANTA, 1 LIMA
LOS OLIVOS, Perú

SEXO: Masculino

PROFESIÓN:

FECHA DE INICIO	EMPRESAS	ALTITUD m.s.n.m	ACTIVIDADES DE LA EMPRESA	AREA DE TRABAJO	OCUPACIÓN	TIEMPO DE TRABAJO SUBSUELO/SUPERFICIE/CONCENT			PELIGROS/AGENTES OCUPACIONALES	USO / TIPO EPP
01-03-2019	J R C TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.	154	Explotación de otras minas y canteras n.c.p.	OPERACIONES	conductor tipo I	0	0	0	Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado) Polvo Respirable Ruido Movimientos repetitivos Vibración	Respirador (Sólo en caso de exposición) Orejeras (Sólo en caso de exposición), Tapones auditivos (Sólo en caso de exposición)
01-08-2018	LOGISTICA INTERMODAL DEL PERU S.A.C	4800	Otros tipos de intermediación financiera n.c.p.	TRANSPORTE	CONDUCTOR	0	7 meses	0	Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado)	
01-02-2013	Z GROUP S.A.C	3500	Otros tipos de intermediación financiera n.c.p.	CONDUCTORES	CHOFER DE SEMI TRAILER	0	5 años 4 meses	0	Ruido	Ropa de trabajo. (Frecuentemente), Tapones auditivos (Frecuentemente)
01-01-2012	TRANSPORTE REPARTO PERU	2500	----	CONDUCTORES	CONDUCTOR	0	9 meses	0	Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado)	Ropa de trabajo. (Frecuentemente)
01-01-2005	VARIAS EMPRESAS	3500	----	CONDUCTORES	CONDUCTOR	0	7 años	0	Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado)	Ropa de trabajo. (Frecuentemente)
Total						0 años 0 meses	13 años 8 meses	0 años 0 meses		

FECHA: 08/09/2022
HORA: -

ELMER GERONIMO QUIÑONES

Indice Derecho
Huella Digital

CORNEJO PIZARRO, DIEGO FERNANDO
Nombre del Medico Evaluador
CMP: 70597

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

Firma y Sello:

ANEXO No. 16
FICHA MÉDICA OCUPACIONAL

EXAMEN MÉDICO

EMPRESA : SOCIEDAD MINERA EL BROCAL S.A.A.
CONTRATISTA : JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.
APELLIDOS Y NOMBRES : GERONIMO QUIÑONES, ELMER

PREOCUPACIONAL ☐
ANUAL ☒
RETIRO ☐
REUBICACIÓN ☐
VISITA ☐

Nº de Ficha 32272604

FECHA DE EXAMEN: 08-09-2022		FECHA DE CADUCIDAD: 08-09-2023		MINERALES EXPLOTADOS O PROCESADOS:	
LUGAR DE NAC.		FECHA DE NAC.		DOMICILIO HABITUAL	
HUARI / ANCASH		05/07/1975		Callejón 3 MZ D LT 19 ASOC. DE VIV RIO SANTA 1 LIMA / LIMA / LOS OLIVOS	
EDAD		SEXO		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
47 Años		M ☒ F ☐		32272604 TELEFONO: 927420609	
ESTADO CIVIL		GRADO DE INSTRUCCIÓN		ALTITUD DE LA LABOR	
Soltero ☐ Casado ☐		Analfabeto ☐ Primaria Incomp. ☐ Primaria Comp. ☐ Sec. Incomp. ☐ Sec. Comp. ☒ Técnico ☐ Universitario ☐		Debajo 2500 m ☐ Hasta 3000 m ☐ 3001 a 3500 m ☐ 3501 a 4000 m ☐ 4001 a 4500 m ☒ Más de 4501 m ☐	
Ruido ☒ Polvo ☒ Vib segmentar ☐ Vib total ☐		Cancigerígenos ☐ Mutagénicos ☐ Solventes ☐ Metales pesados ☐		Temperaturas ☐ Biológicos ☐ Posturas ☐ Turnos ☐	
Cargas ☐ Mov. Repet. ☒ PVD ☐ Otros ☒		Describir según corresponda: Puesto al que postula : -- Puesto actual: conductor tipo I Reubicación: Si ☐ No ☒		Tiempo: 3 años 7 meses	
ANTECEDENTES OCUPACIONALES (VER HISTORIA OCUPACIONAL)					
ANTECEDENTES PERSONALES (Enfermedad y accidentes en el trabajo y fuera del mismo)			ALERGIAS Y/O REACCIONES ADVERSAS DE MEDICAMENTOS		
El trabajador no refiere haber tenido: vértigo, convulsiones, enfermedad mental, alcoholismo, hipertensión arterial, diabetes, otras patologías crónicas.			---		
Refiere Discapacidad No		CIE 10		Tipo	
---		---		---	
ANTECEDENTES FAMILIARES		INMUNIZACIONES		SIN HIJOS	
NO REFIERE		Tétano: ☐ Hepatitis B: ☐ Fiebre Amarilla: ☐		☐	
				VIVOS MUERTOS 3 0	
HÁBITOS:		TALLA		PESO	
Nada ☒ Poco ☐ Habitual ☐ Excesivo ☐ Obs. ☐		171 cms.		92.5 Kg	
Tabaco ☒ Alcohol ☒ Coca ☒		IMC		31.6	
				FUNCIÓN RESPIRATORIA	
				Abs % FVC 0.00 --- FEV1 0.00 --- FEV1 / FVC 0.00 --- FEF 25-75% 0.00 --- Conclusión: No aplica	
TEMPERATURA				36.6 °C	
Cintura : 103 cm Cadera : 107 cm ICC : 0.96 cm					
CABEZA		NORMAL ☒ ANORMAL ☐		Normocéfalo.	
CUELLO		NORMAL ☒ ANORMAL ☐		Cilíndrico, móvil, no doloroso a la palpación ni a la movilización pasiva ni activa, no adenopatías, tiroides en rangos normales, no ingurgitación yugular.	
NARIZ		NORMAL ☒ ANORMAL ☐		Fosas nasales permeables, tabique nasal sin desviaciones, cornetes no hipertróficos, no secreciones.	
BOCA, AMIGDALAS, FARINGE, LARINGE		NORMAL ☒ ANORMAL ☐		Piezas en mal estado: 0 Piezas que faltan: 0	
Labios sin lesiones, mucosa oral húmeda.					
OJOS		Sin corregir		Corregida	
OD		OI		OD OI	
2,00		2,00		0,50 0,50	
20/20		20/20		20/20 20/20	
Adecuado				ENFERMEADES OCULARES	
				Presbicia	
				REFLEJOS PUPILARES	
				CONSERVADOS	

OIDOS

Audición derecha 500 1000 2000 3000 4000 8000

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
dB (A)	10	10	10	15	15	5	5

Audición izquierda 500 1000 2000 3000 4000 8000

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
dB (A)	10	5	5	15	15	20	15

OTOSCOPIA	
OD :	Normal
OI :	Normal

EN REPOSO				
Pulso x min	Presión Arterial Sistémica		F. Respiratoria :	Sat. O2 :
56 puls/min	Sistólica	120 mmHg	18 resp/min	98 %
	Diastólica	70 mmHg		

TORAX
Caja torácica sin alteraciones. En las mamas no se palpan nódulos. Axilas sin adenopatías.

CORAZON
Corazón; ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

PULMONES
Clínicamente normales: Murmullo vesicular y vibraciones vocales pasan bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

MIEMBROS SUPERIORES
Rangos articulares conservados, no se evidencian alteraciones articulares, no dolor a la movilización activa ni pasiva, no crepitos, no eritema, ni aumento de volumen.

MIEMBROS INFERIORES
Rangos articulares conservados, no se evidencian alteraciones articulares, no dolor a la movilización activa ni pasiva, no crepitos, no eritema, ni aumento de volumen.

REFLEJOS OSTEOTENDINOS
Normoreflexia

MARCHA	APARATO LOCOMOTOR
Equilibrio y coordinación motora normales.	Rangos Articulares: 4 puntos
	Aptitud de Espalda: 6 puntos

COLUMNA VERTEBRAL
Curvaturas fisiológicas adecuadas, movilidad y rangos articulares dentro de lo aceptable.

ABDOMEN	TACTO RECTAL
Blando, depresible, no doloroso, ruidos hidroaéreos presentes, no visceromegalia.	NO SE HIZO ☒ ANORMAL ☐
	NORMAL ☐ Describir en Observac. ☐

ANILLOS INGUINALES
No protrusión de masas a través de anillos inguinales.

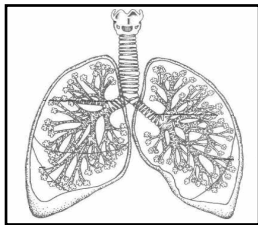
HERNIAS
No se evidencia al examen físico hernias inguinales, umbilicales.

VARICES
No se evidencia al examen físico.

GENITALES
Adecuados a edad y sexo, sin alteraciones.

GANGLIOS
No se evidencia adenopatía.

LENGUAJE, ATENCIÓN, MEMORIA, ORIENTACIÓN, INTELIGENCIA, AFECTIVIDAD
Funciones superiores conservadas y sin alteraciones evidentes. Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona.



Nº Rx 32272604
Fecha 8/09/2022 01
Calidad 2
Símbolos ---

Vértices: Sin alteraciones

Campos pulmonares: Parenquima

Hilios: Conservado

Senos: Libres, no efusión pleural.

Mediastinos: Normales

Conclusiones radiográficas: Placa Radiograficamente Normal.

Siluetas cardiovasculares: Dimensiones Normales.

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

GRUPO SANGÜÍNEO

FACTOR RH

O ☒ A ☐ B ☐ AB ☐ + ☒ - ☐

HEMOGLOBINA: 16.5 g/dL

HEMATOCRITO: 48.6 %

ORINA	Color :	Amarillo Claro	Leu :	No se observan	Densidad :	1.01 g/cm3	Bili Ori :	Negativo	Nitritos :	Negativo
	Aspecto :	Transparente	Herm :	No se observan	Prot Ori :	Negativo	Uro Ori :	0.2 mg/dl		
	Cel Epi :	Escasos	Cristales :	No se observan	Glu Ori :	Negativo	Hem Ori :	Negativo		
	Ger :	Escasos	PH :	5	Cue Ceto :	Negativo	Est Leu :	Negativo		

Exámenes Auxiliares Complementarios

Interpretación EKG: Sin alteraciones. Bradicardia sinusal

Riesgo Coronario 0.00 %

Score de Framingham NO APLICA

RESULTADO DE EVALUACIÓN

Apto para Trabajar

SI ☒
NO ☐



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

Medico Ocupacional
LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA

C.M.P 49335



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

Medico Evaluador
CORNEJO PIZARRO, DIEGO FERNANDO

C.M.P 70597



Dra. Steisy Cindy Riveros Tineo
Médico Auditor
CMP: 073398 RNA: A06661
S.G. NATCLAR S.A.C.

Medico Auditor
RIVEROS TINEO, STEISY

C.M.P 73398

EXAMENES COMPLEMENTARIOS : EVALUACION PSICOLOGICA: NO APLICA

OBSERVACIONES

CIE	DESCRIPCION	RECOMENDACIONES /RESTRICCIONES
- Z01.6	Examen radiológico, no clasificado en otra parte	Rayos x normal de torax.
- H52.4	Presbicia	Presbicia corregida
- Z01.1	Examen de oídos y de la audición	Normoacusia
- R00.1	Bradicardia, no especificada	Bradicardia sinusal
- E66	Obesidad	Obesidad tipo I
- B35.1	Tiña de las uñas	Onicomycosis pedia bilateral

GERONIMO QUIÑONES,
ELMER

Firma del examinado



Huella digital indice derecho
Declaro que toda la información es verdadera

Me han explicado y he entendido sobre los resultados médicos y lo relativo a mi salud.

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

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES: GERONIMO QUIÑONES, ELMER

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

32272604

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa):

05/07/1975

EDAD: 47 Años

SEXO:

Masculino

☒

Femenino

☐

DIRECCIÓN: Callejón 3 MZ D LT 19 ASOC. DE VIV RIO SANTA, 1 LIMA, LOS OLIVOS

EMPLEADOR:

JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.

ACTIVIDAD A REALIZAR:

conductor tipo I

1. FUNCIONES VITALES

FC: 56 puls/min

PA: 120/70 mmHg

FR: 18 resp/min

IMC: 31.60

SO2: 98.00 %

2. ANAMNESIS :

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

- | | | | | |
|--|----|-------------------------------------|----|-------------------------------------|
| - Cirugía mayor reciente | NO | ☒ | SI | ☐ |
| - Desórdenes de la coagulación, trombosis, etc. | NO | ☒ | SI | ☐ |
| - Diabetes Mellitus | NO | ☒ | SI | ☐ |
| - Hipertensión Arterial | NO | ☒ | SI | ☐ |
| - Embarazo | NO | ☒ | SI | ☐ |
| - Problemas neurológicos: epilepsia, vértigo, etc. | NO | ☒ | SI | ☐ |
| - Infecciones recientes de moderadas a severas. | NO | ☒ | SI | ☐ |
| - Obesidad Mórbida (IMC mayor a 35 m/kg2) | NO | ☒ | SI | ☐ |
| - Problemas Cardíacos: marcapasos, coronopatía, etc. | NO | ☒ | SI | ☐ |
| - Problemas Respiratorios: asma, EPOC, etc. | NO | ☒ | SI | ☐ |
| - Problemas Oftalmológicos: retinopatía, glaucoma, etc. | NO | ☐ | SI | ☒ |
| - Problemas Digestivos: Sangrado digestivo, cirrosis hepática, hepatitis, etc. | NO | ☒ | SI | ☐ |
| - Apnea el Sueño | NO | ☒ | SI | ☐ |
| - Otra condición médica importante | NO | ☒ | SI | ☐ |
| - Alergias | NO | ☒ | SI | ☐ |
| - Uso de medicación actual | NO | ☒ | SI | ☐ |

FUR: NO APLICA

Especificar: Ninguno.

Especificar: - . ()

Especificar: - . ()

3. EXAMEN FÍSICO

3.1 APARATO CARDIOVASCULAR:

Características del pulso: 56 por minuto, palpable, rítmico y constante.

Observación: No se observa ingurgitación yugular.

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

3.2 APARATO RESPIRATORIO:

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

Percusión: Tórax timpánico en ambos campos pulmonares.

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

4. EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Valor Hemoglobina: **16.50** Valor Hematocrito: **48.60 %** Glucosa en Sangre: **96.00 mg/dL** Hemoglobina Glicosilada: **NO APLICA**

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

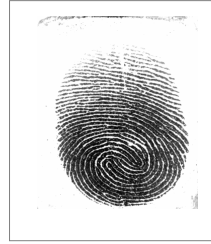
ANEXO 16 - A
EVALUACIÓN MÉDICA PARA ASCENSO A GRANDES ALTITUDES
(mayor de 2.500 m.s.n.m.)

APELLIDOS Y NOMBRES: GERONIMO QUIÑONES, ELMER

DNI: 32272604

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

Firma del Paciente



Huella Dactilar

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

DATOS DEL MÉDICO

APELLIDOS Y NOMBRES: LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA

DIRECCIÓN: Calle Juvenal Denegri Nro. 202 - 204, Urb. Santa Catalina - La Victoria, LIMA

CMP: 49335

FECHA: 08/09/2022

FIRMA Y SELLO:



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

Firma del Medico Ocupacional

FICHA MÚSCULO ESQUELÉTICA

Identificación

APELLIDOS Y NOMBRES: GERONIMO QUIÑONES, ELMER
EMPRESA ESPECIALIZADA: JRC TRANSPORTES & SERVICIO
PUESTO DE TRABAJO: conductor tipo I

FECHA: 08/09/2022 **HORA:** -
TIEMPO TRABAJO: 0 Año(s) 0 Mes 8 Día(s)

- ¿Tuvo episodio previo de dolor de espalda?

Si: ---

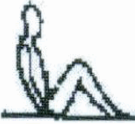
No: X

- ¿Levanto peso?

Si: ---

¿Cuánto?: -- kilos

No: X

Aptitud de espalda	Excelente: 1	Bueno: 2	Regular: 3	Malo: 4	Ptos. *	Observaciones:
Flexibilidad / Fuerza ABDOMEN					2	Ninguno.
CADERA					1	
MUSLO					1	
ABDOMEN LATERAL					2	
Total					6	

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

OBSERVACIONES:

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

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

Firma y sello del Médico Evaluador:
CORNEJO PIZARRO, DIEGO FERNANDO


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



FICHA DE APTITUD SENSOMETRICA

IDENTIFICACION			
APELLIDOS Y NOMBRES :	GERONIMO QUIÑONES ELMER		
FECHA DE NACIMIENTO :	05/07/1975	EDAD :	47 años
DNI :	32272604		
GRADO DE INSTRUCCION :	SEC. COMPLETA	FECHA Y HORA DE EXAMEN :	08/09/2022 -
NOMBRE DE LA EMPRESA :	JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.		

EVALUACION SENSOMETRICA					
AGUDEZA VISUAL	OJOS	SIN CORRECTOR		CON CORRECTOR	
		O.D.	O.I.	O.D.	O.I.
	VISION CERCANA	2,00	2,00	0,50	0,50
	VISION LEJOS	20/20	20/20	20/20	20/20
CAMPO VISUAL :	Derecho: 85		Izquierdo: 85		
VISIÓN DE PROFUNDIDAD :	No aplica				
DISCRIMINACIÓN DE COLORES :	Adecuado				
DESVIACIÓN DE EJE VISUAL VERTICAL :	No Aplica				
DESVIACIÓN DE EJE VISUAL HORIZONTAL	No Aplica				
VISIÓN NOCTURNA :	No Aplica				
ENCANDILAMIENTO :	No Aplica				
REACCIÓN DE ENCANDILAMIENTO :	No Aplica				
TEST DE ISHIHARA :	Adecuado				
TONOMETRIA :	Derecho: No Aplica		Izquierdo: No Aplica		
ESTEREOPSIS :	Adecuado				
FORIA :	--				
TEST DE SCHIRMER :	OD :	No aplica		OI :	No aplica

CIEs: Diagnósticos:

- H52.4 Presbicia corregida

Recomendaciones:

Presenta presbicia (disminución de la agudeza visual que se da a partir de los 40 años), por lo que se sugiere continuar con el uso de correctores de cerca (para lectura) y control anual en Oftalmología.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
- Presbicia	Presbicia corregida

Según Resolución directorial N° 13674-2007-MTC



EVALUACIÓN AUDITIVA

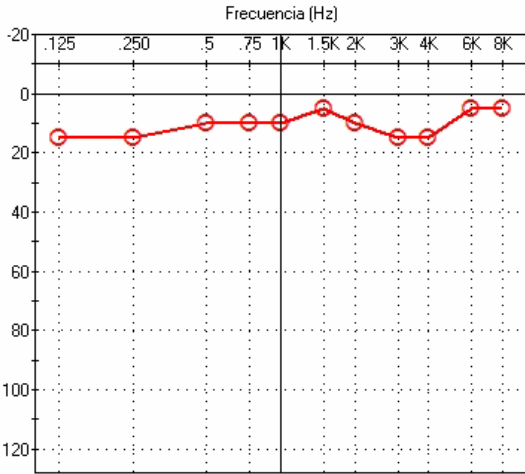
Apellidos y Nombres GERONIMO QUIÑONES, ELMER
Empresa JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.
Puesto : conductor tipo I

DNI : 32272604
Tipo de Examen : Examen Periodico
Zona : SUBSUELO/SOCAVON

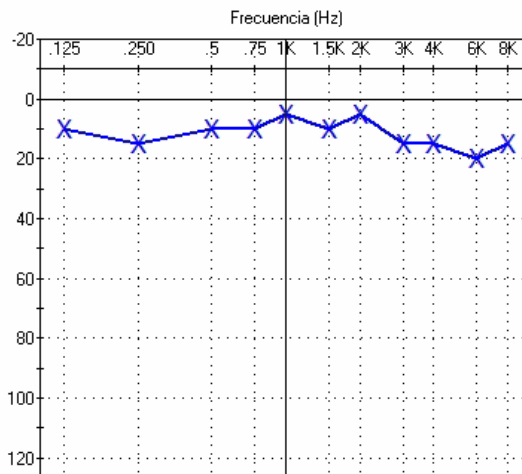
Edad: 47 Años **Sexo**: Masculino
Fecha del Examen : 08/09/2022
Hora : 13:16
Area : OPERACIONES

GRAFICA DE AUDIOMETRIA TONAL

Oído derecho



Oído izquierdo



AUDIOMETRIA TONO PURO

Promedio (500-1000-2000 Hz)

	Derecha	Izquierda	
Cond. Aérea	13	12	dB
Cond. Ósea	0	0	dB

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

DIAPASONES (Acumetría)

OD	RINNE	OI
No aplica	512	No aplica
No aplica	1024	No aplica

OD	Weber	OI
---	512	---
No aplica	1024	No aplica

Datos del Audiometro
Datos Ambiente

Marca : INTERACOUSTICS **Modelo** : AD629
Evaluación realizada en cabina : Si ☒ No ☐

Fecha de calibración objetiva : 03/12/2021

INTERPRETACION CLINICA

OIDO DERECHO

- Z01.1 - Normoacusia

OIDO IZQUIERDO

- Z01.1 - Normoacusia

Método para el cálculo de la severidad audiométrica:

--

INTERPRETACION OCUPACIONAL

OIDO DERECHO

- Normal

OIDO IZQUIERDO

- Normal



TEC. BERTHA PUMAYUCRA AGÜERO
 EVALUADORA



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

EVALUACIÓN AUDITIVA

Apellidos y Nombres GERONIMO QUIÑONES, ELMER

DNI : 32272604 **EDAD :** 47 Años **SEXO :** Hombre

Empresa JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.

Actividad de la empresa : Transporte de carga por carretera

CIU : 06023

Tipo de Examen : Examen Periodico

Fecha y Hora del Examen : 08/09/2022

Tipo Audiometría : Monitoreo

Puesto : conductor tipo I

Zona : SUBSUELO/SOCA

Area : OPERACIONES

1.1. Historia laboral - Exposición Actual

Antigüedad en el puesto actual : 3 a 7 m

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

☐

Muy intenso

☐

Moderado

☐

No molesto

Tiempo de exposición (horas/día) : 12 h / d

Equipos de Protección Auditiva :

SI :

☒

NO :

☐

Tipo de Protección Auditiva : Orejeras

Uso de Equipo de Protección Auditiva :

Sólo en caso de exposición

Duración : Sólo en caso de exposición

1.2. Historia laboral - Antecedentes

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

Si (X) No () 8 años 11 meses

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

Si () No (X)

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

Si () No (X)

EMPRESAS	Puesto de Trabajo	Desde	Hasta	Descripción Riesgo	Exposición (Hrs /Día)	Tipo de Protección Auditiva / Uso	Duración en Años
Z GROUP S.A.C	CHOFER DE SEMI TRAILER	01/02/2013	01/05/2018	Ruido	10	Ropa de trabajo. (Frecuentemente), Tapones auditivos (Frecuentemente)	5 a 4 m

EMPRESAS	Puesto de Trabajo	Desde	Hasta	Descripción Riesgo	Exposición (Hrs /Día)	Tipo de Protección Auditiva / Uso	Duración en Años
JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.	conductor tipo I	01/03/2019		Ruido	12	Orejeras (Sólo en caso de exposición), Tapones auditivos (Sólo en caso de exposición)	3 a 7 m

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

¿Ud. tuvo o tiene exposición a? :

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

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

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

1.6. ANTECEDENTES MORBIDOS PERSONALES

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

1.7. ANTECEDENTES FAMILIARES

Algún familiar (padres, hermanos, tíos o abuelos) que sufran o hayan sufrido de sordera

SI	NO	COMENTARIO
	X	---

1.8. ANTECEDENTES TOXICOS

ALCOHOL Si () No (X) Cantidad gramos:
FUMADOR Si () No (X) Nro cigarrillos:

1.9. ANTECEDENTES Medicamentosos (Con Efectos Ototoxicos)

Antibióticos aminoglucósidos; Terapia Antituberculosa ; Antibióticos macrólidos y afines; Antibióticos glucopéptidos; Diuréticos; Salicilatos; Antimaláricos ; Citostáticos ; Bloqueadores Beta ; Otros Antibióticos, Otros

SI	NO	Descripción	Vigente (Continua TTO)
	X	---	---

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

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

Carácter Tranquilo ☒ Agresivo ☐ Colérico ☐ Inquieto ☐ Nervioso ☐

2.2. Condiciones de Evaluación: Óptimo

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

2.3. Examen ORL:

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

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

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

Calculo de STS -Standard Theshold Shift (Cambio de Umbral Estándar)

Frecuencia (Hz)	Audiograma Base 12/09/2020	Audiograma Monitoreo 08/09/2022
	Umbrales (db) OD (Vía aérea)	
2000	15	10
3000	20	15
4000	15	15
PTA (OSHA)	16.70	13.30

Calculo de STS OD: -3.40
Resultado OD: STS Negativo oído derecho

Frecuencia (Hz)	Audiograma Base 12/09/2020	Audiograma Monitoreo 08/09/2022
	Umbrales (db) OI (Vía aérea)	
2000	10	5
3000	20	15
4000	15	15
PTA (OSHA)	15.00	11.70

Calculo de STS OI: -3.30
Resultado OI: STS Negativo oído izquierdo

TEMPERATURA HUMEDAD: Temperatura confortable: Si Valor: 22 °C Humedad confortable: Si Valor: 65 %

CONCLUSIONES

- STS (Variación de Umbral Auditivo) - No hallazgo de STS en ambos oídos
- Umbrales Auditivos - Umbrales auditivos bilateralmente de patrón normal

RECOMENDACIONES

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


TEC. BERTHA PUMAYUCRA AGÜERO
EVALUADORA


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

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

FORMATO DE EVALUACIÓN DE PLACAS RADIOGRÁFICAS

Código del trabajador

32272604

FECHA DE PLACA RADIOGRÁFICA

Mes Día Año

09 8 2022

TIPO DE LECTURA

A B P

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

1. CALIDAD DE LA RADIOGRAFÍA

1 2 3 IC

IC = inclasificable

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

Sobreexpuesta (oscura)

Subexpuesta (clara)

Artefactos

Posición incorrecta

Contraste deficiente

Procesamiento deficiente

Subinsuflación

Moteada

Otro (especifique)

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

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

2B. OPACIDADES PEQUEÑAS

a. Forma/Tamaño

Primario Secundario

p s q t r u

b. Zonas

Derecha Izquierda

Superior Intermedia Inferior

c. Abundancia

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

2C. OPACIDADES GRANDES

Tamaño Pase a la sección 3A

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

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

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

Pared torácica Localización Calcificación

De perfil De frente Diafragma Otro(s) sitio(s)

Extensión (pared torácica combinada para perfil y frente)

Hasta 1/4 de la pared torácica lateral =1 de 1/4 a 1/2 de la pared torácica lateral =2 >1/2 de la pared torácica lateral =3

Anchura (solamente de perfil) (3mm de anchura mínima requerida)

3 a 5 mm = a 5 a 10 mm = b >10 mm = c

3C. OBLITERACIÓN DEL ÁNGULO COSTOFRÉNICO

Pase a la sección 3D

No Pase a la sección 4A

3D. ENGROSAMIENTO PLEURAL DIFUSO

Localización

Pared torácica De perfil De frente

(marque localización, calcificación, extensión y anchura)

Calcificación

O D I

Extensión (pared torácica combinada para perfil y frente)

Hasta 1/4 de la pared torácica lateral =1 de 1/4 a 1/2 de la pared torácica lateral =2 >1/2 de la pared torácica lateral =3

O D I

Anchura (solamente de perfil) (3mm de anchura mínima requerida)

3 a 5 mm = a 5 a 10 mm = b >10 mm = c

O D I

4A. ¿EXISTEN OTRAS ANOMALÍAS?

Si Llene la secciones 4B y 4C No

4B. OTROS SIMBOLOS (OBLIGATORIOS)

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

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

4E. Se sugiere interconsulta a neumología para ampliación de diagnóstico y/o tratamiento

Si No

FECHA DE LA LECTURA

Mes Día Año

09 8 2022

PECHO SILVA, SAMUEL

APELLIDOS Y NOMBRES

40890

CMP

19622

RNE

28621-83

REG. LECTOR OIT

NATCLAR
Dr. Samuel Pecho Silva
Neumólogo clínico y ocupacional
CMP: 40890 RNE: 19622 OIT: 28621-83
S.G. NATCLAR S.A.C.

FORMATO DE EVALUACIÓN DE PLACAS RADIOGRÁFICAS

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

Anom alías del diafragm a

- ☐ Eventración
☐ Hernia hiatal

Transtornos de las vías respiratorias

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

Anom alías óseas

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

Anom alías parenquim atosas de los pulm ones

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

Anom alías varias

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

Transtornos vasculares

- ☐ Aorta, anom alía de
☐ Anom alía vascular

4D. OTROS COMENTARIOS

5. DIAGNOSTICOS :

CIE DESCRIPCION
Z01.6 - Rayos x normal de torax.

aa Aorta aterosclerótica
at Engrosamiento pleural
ax Coalescencia de opacidades pequeñas
bu Bula(s)
ca Cáncer: tumores malignos torácicos, excluido el mesotelioma
cg Adenopatías o nódulos (por ejemplo, granulomas) no neumoconióticos calcificados
cn Calcificación en opacidades neumoconióticas pequeñas
co Anormalidad del tamaño o la forma del corazón
cp Cor pulmonale
cv Cavidad
di Distorsión pronunciada de una estructura intratorácica
ef Derrame pleural
em Enfisema
es Calcificación en cascara de huevo de los ganglios linfáticos hiliares o mediastínicos
fr Fractura(s) costal(es) (reciente(s) o consolidada(s))

hi Adenopatías hiliares o mediastínicas no calcificadas
ho Pulmón en panal de abeja
id Diafragma mal definido
ih Contorno cardíaco mal definido
kl Líneas septales de Kerley
me Mesotelioma
pa Atelectasias en placa
pb Bandas parenquimatosas
pi Engrosamiento pleural de una cisura interlobular
px Neumotórax
ra Atelectasias redondeadas
rp Neumoconiosis reumatoide
tb Tuberculosis
od Otra enfermedad o anomalía significativa

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

Paciente : **GERONIMO QUIÑONES, ELMER**

Fecha Nac. : 05/07/1975 Sexo: M

Dni : 32272604

Empresa : JRC TRANSPORTES ITI SERVICIOS S.A.C.

Ocupación : conductor tipo I

Tipo Eval. : Examen Periodico

Nº Petición : **02465960**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 8/09/22

Fecha Informe : 16/09/22

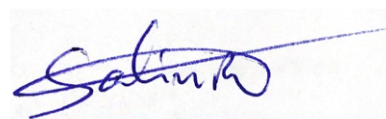
9:19:49

Hematología

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

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:



Salim Miguel Resk Vita
Tecnólogo médico en laboratorio clínico
CTMP: 14764
S.G NATCLAR S.A.C

Paciente : GERONIMO QUIÑONES, ELMER

Fecha Nac. : 05/07/1975 Sexo: M

Dni : 32272604

Empresa : JRC TRANSPORTES Y SERVICIOS
S.A.C.

Ocupación : conductor tipo I

Tipo Eval. : Examen Periodico

Nº Petición : 02465960

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 8/09/22

Fecha Informe : 16/09/22

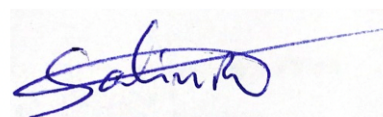
9:19:49

Hematología

Pruebas realizadas	Resultado	Unidad de Medida	Rango de referencia	Método
MUESTRA: Sangre				
Hematocrito	* 48.6	%	36.0 - 48.0	Impedancia volumétrica
Hemoglobina	* 16.5	g/dL	12.0 - 16.0	Impedancia volumétrica

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:



Salim Miguel Resk Vita
Tecnólogo médico en laboratorio clínico
CTMP: 14764
S.G NATCLAR S.A.C

Paciente : **GERONIMO QUIÑONES, ELMER**

Fecha Nac. : 05/07/1975 Sexo: M

Dni : 32272604

Empresa : JRC TRANSPORTES Y SERVICIOS S.A.C.

Ocupación : conductor tipo I

Tipo Eval. : Examen Periodico

Nº Petición : **02465960**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 8/09/22

Fecha Informe : 16/09/22

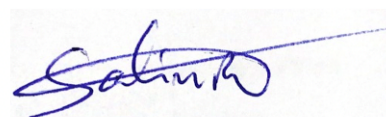
9:19:49

Bioquímica

Pruebas realizadas	Resultado	Unidad de Medida	Rango de referencia	Método
GLUCOSA BASAL	96	mg/dL	70 - 110	GOD - PAP

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:



Salim Miguel Resk Vita
Tecnólogo médico en laboratorio clínico
CTMP: 14764
S.G NATCLAR S.A.C

Paciente : **GERONIMO QUIÑONES, ELMER**

Fecha Nac. : 05/07/1975 Sexo: M

Dni : 32272604

Empresa : JRC TRANSPORTES Y SERVICIOS
S.A.C.

Ocupación : conductor tipo I

Tipo Eval. : Examen Periodico

Nº Petición : **02465960**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 8/09/22

Fecha Informe : 16/09/22

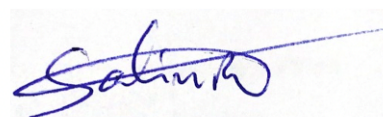
9:19:49

Inmunología

Pruebas realizadas	Resultado	Rango de Referencia	Unidad de Medida	Método
R.P.R.	No Reactivo	No Reactivo		Floculación

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:



Salim Miguel Resk Vita
Tecnólogo médico en laboratorio clínico
CTMP: 14764
S.G NATCLAR S.A.C

Paciente : **GERONIMO QUIÑONES, ELMER**

Fecha Nac. : 05/07/1975 Sexo: M

Dni : 32272604

Empresa : JRC TRANSPORTES IT\ SERVICIOS S.A.C.

Ocupación : conductor tipo I

Tipo Eval. : Examen Periodico

Nº Petición : **02465960**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 8/09/22

Fecha Informe : 16/09/22

9:19:49

Microbiología

EXAMEN COMPLETO DE ORINA

Pruebas Realizadas	Resultado	Rango de Referencia	Unidades
MACROSCOPICO:			
Color	Amarillo Claro		
Aspecto	Transparente		
EXAMEN QUÍMICO:			
PH	5.00	5.00 - 7.00	
Densidad	1.010		g/cm3
Proteínas	Negativo		
Glucosa en orina	Negativo		
Cuerpos cetónicos	Negativo		
Bilirrubina	Negativo		
Urobilinógeno	0.20	0.00 - 0.20	mg/dl
Hemoglobina	Negativo		
Esterasa leucocitaria	Negativo		
Nitritos	Negativo		
SEDIMENTO URINARIO:			
Células epiteliales	Escasos		
Gérmenes	Escasos		
Leucocitos	No se observan		
Hematíes	No se observan		
Cristales	No se observan		
Observaciones:			
Metodo:	Fotorfx		

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:


Dr. Percy Cuba Urday
Médico Patólogo Clínico
CMP: 44174 RNE: 24015
S.G. NATCLAR S.A.C.


Lic. Giancarlo Bacilio Caballero
Tecnólogo Médico
CTMP: 8063
S.G. NATCLAR S.A.C.

NOMBRE: GERONIMO QUIÑONES, ELMER
EDAD: 47 Años
MÉDICO EVALUADOR: LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA
MÉDICO AUDITOR: RIVEROS TINEO, STEISY
FECHA DE 08 de Setiembre de 2022

Se presenta el informe del examen médico del trabajador en referencia.

Signos Vitales y Antropometría

Presión arterial: 120 / 70 mmHg

Frecuencia cardiaca: 56 Latidos por minuto

Peso: 92.50 Kg

Talla: 171.00 cm

Índice de masa corporal (Peso/Talla²):

31.60 Kg/cm² (Obesidad I)

Exámenes Auxiliares:

Evaluación oftalmológica: H52.4 Presbicia corregida

Evaluación odontológica:

Audiometría: Z01.1 Normoacusia

Espirometría: NO APLICA

Electrocardiograma: NO APLICA. Bradicardia sinusal

Radiografía de Tórax: Placa Radiograficamente Normal.

Exámenes de laboratorio:

Hemoglobina: 16.5 g/dL

Hemograma: NO APLICA

Grupo y Factor O +

Glucosa: 96 mg/dL

Colesterol Total: ---

Triglicéridos: ---

Colesterol - HDL: ---

Colesterol - LDL: ---

Colesterol - VLDL: ---

Riesgo Cardiovascular de Framingham: NO AÑO APLICA

Examen de orina: NORMAL

Toxiscreen - cocaína: No aplica

Toxiscreen - marihuana: No aplica

PSA: No Aplica

Diagnósticos del examen médico ocupacional:

- Rayos x normal de torax.
- Presbicia corregida
- Normoacusia
- Bradicardia sinusal
- Obesidad tipo I
- Onicomicosis pedia bilateral

NOMBRE: GERONIMO QUIÑONES, ELMER

Recomendaciones:

- Su examen de radiografía de tórax ha salido dentro de los rangos normales. Se recomienda control anual.
- Presenta presbicia (disminución de la agudeza visual que se da a partir de los 40 años), por lo que se sugiere continuar con el uso de correctores de cerca (para lectura) y control anual en Oftalmología.
- Usted presenta una audición normal. Se recomienda uso de protección auditiva en caso estuviera expuesto a ruido y control anual por Otorrinolaringología.
- Usted presenta disminución de la frecuencia cardiaca se recomienda control anual por Cardiología.
- Presenta obesidad I°, debe mantener un régimen alimentario donde no predominen las grasas ni carbohidratos (azúcar, harinas, pastas, papas, etc.), así como desarrollar un programa rutinario de ejercicios físicos, trote, natación o bicicleta, de por lo menos 30 minutos diarios hasta que se produzca sudor, con el fin de mejorar su peso. Se recomienda que acuda a Endocrinología y Nutrición para orientación y descarte de patología asociada
- Presenta aparente infección por hongos en las uñas de sus pies (onicomicosis), la misma que necesita tratamiento médico. Además no debe olvidar usar sandalias cuando use la ducha o bañera, así como preferir el uso de medias de algodón y talco para disminuir la humedad de los pies.

Atentamente,



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

Firma del Médico Ocupacional

LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA
CMP: 49335

Si tuviera alguna duda o consulta puede escribirnos informesmedicos@natclar.org o visitar
a [nuestra página web en su sección boletines.](#)

FICHA DE AUTORIZACIÓN

(D.S. 024-2016-EM)

Por la presente, yo **GERONIMO QUIÑONES, ELMER**, identificado con **DNI Nro. 32272604**, autorizo a mi empleadora **JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.** para que conozca los resultados de los exámenes y/o evaluaciones médicas realizadas a mi persona en las diferentes clínicas, centros de salud, juntas y/o comisiones médicas y de este modo pueda garantizar mi seguridad y salud en el trabajo, conforme a lo dispuesto por el D.S. 024-2016-EM, Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional, Ley N°. 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. D.S. 005.2012-TR, Reglamento de la Ley 29783, T.U.O. del D.Leg.728 y demás normas complementarias y conexas.

FECHA 08/09/2022



FIRMA

Consentimiento de la Administración de la Información de Salud

Yo, **GERONIMO QUIÑONES, ELMER**, identificado (a) con Documento de Identidad N° **32272604**, trabajador de la empresa **JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.** declaro haber sido informado respecto de los resultados de la evaluación médica realizada y que todas mis dudas y preguntas al respecto han sido resueltas.(1)

Asimismo, en forma libre y voluntaria, de acuerdo a la Ley General de Salud (2), autorizo al Dr.(a) , **LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA** identificad(o) a con DNI , CMP: **49335** y a la Clínica S.G. Natclar S.A.C. a proporcionar información con respecto a mi estado de salud, resultados de exámenes auxiliares, resultados de evaluaciones médicas ocupacionales contenidas en mi Historia Clínica y a enviar dichos resultados al Servicio de Salud Ocupacional de la empresa **SOCIEDAD MINERA EL BROCAL S.A.A.** para su evaluación; asimismo autorizo al Responsable del Servicio de Salud Ocupacional y a sus asesores en Salud Ocupacional, o al Representante de Recursos Humanos(*); para la administración y archivo de la misma dentro de los parámetros que establece la Norma Técnica de Historia Clínica para los establecimientos de Salud tanto Privados como Públicos del Sector Salud.(3)

Finalmente, declaro bajo juramento que mi correo electrónico personal es **helmergeronimo@gmail.com**, a través del cual solicito se me remita cualquier información relacionada a las acciones de vigilancia de la salud ocupacional, asumiendo la responsabilidad de mantener actualizada mi dirección electrónica.

FECHA :8/09/2022



Firma del trabajador
N° DNI : **32272604**



Huella Digital

1. 005-2012-TR: Artículo 102.- De acuerdo a lo previsto en el artículo 71 de la Ley, los resultados de los exámenes médicos deben ser informados al trabajador únicamente por el médico del Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo, quien le hará entrega del informe escrito debidamente firmado.

2. Ley 26842: Artículo 25. Toda información relativa al acto médico que se realiza, tiene carácter reservado.

a) Cuando hubiere consentimiento por escrito del paciente;

3. NTPS N° 139 - MINSA/DGAIN y Ley N°26842, Ley General de Salud: En los casos de entrega de información a terceros, se debe tener por escrito la autorización del paciente. Esto no se aplica a la información que el establecimiento tiene la obligación legal y administrativa de proporcionar

* Aplica únicamente cuando la empresa no ha establecido un Servicio de Salud Ocupacional y/o no dispone de un médico

CONSTANCIA DE EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA

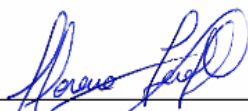
APELLIDOS Y NOMBRES : **GERONIMO QUIÑONES, ELMER**
DNI : **32272604**
EMPRESA : **JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.**
COMPAÑIA : **SOCIEDAD MINERA EL BROCAL S.A.A.**
CARGO O PUESTO : **conductor tipo I**
FECHA : **8/09/2022**
EDAD : **47 AÑOS**

TRABAJADOR AL QUE SE LE HA EVALUADO LOS SIGUIENTES PARÁMETROS :

PESO	92.5 Kg
TALLA	1.71 mts.
I.M.C	31.6

CINTURA	103 cm
CADERA	107 cm
I.C.C	0.96262

PRESION ARTERIAL	120/70 mmHg
FRECUENCIA CARDIACA	56 lpm
FRECUENCIA RESPIRATORIA	18 rpm
SATURACIÓN O2	98 %



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

SG NATCLAR SAC

Nombre: ELMER GERONIMO QUIÑONES
Número: 32272604
Genero: Hombre
Fecha nacimiento: 5/07/1975 47 años

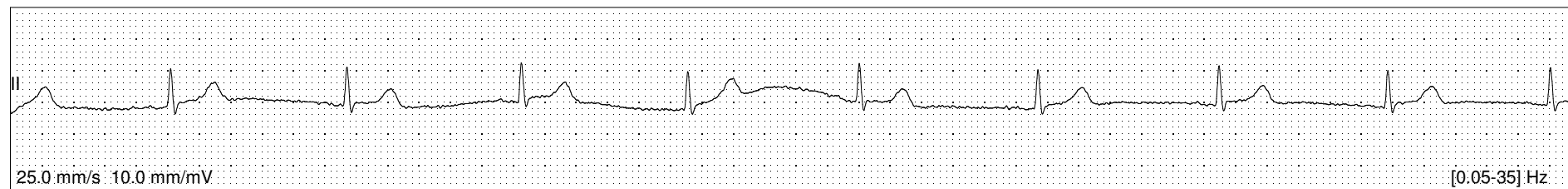
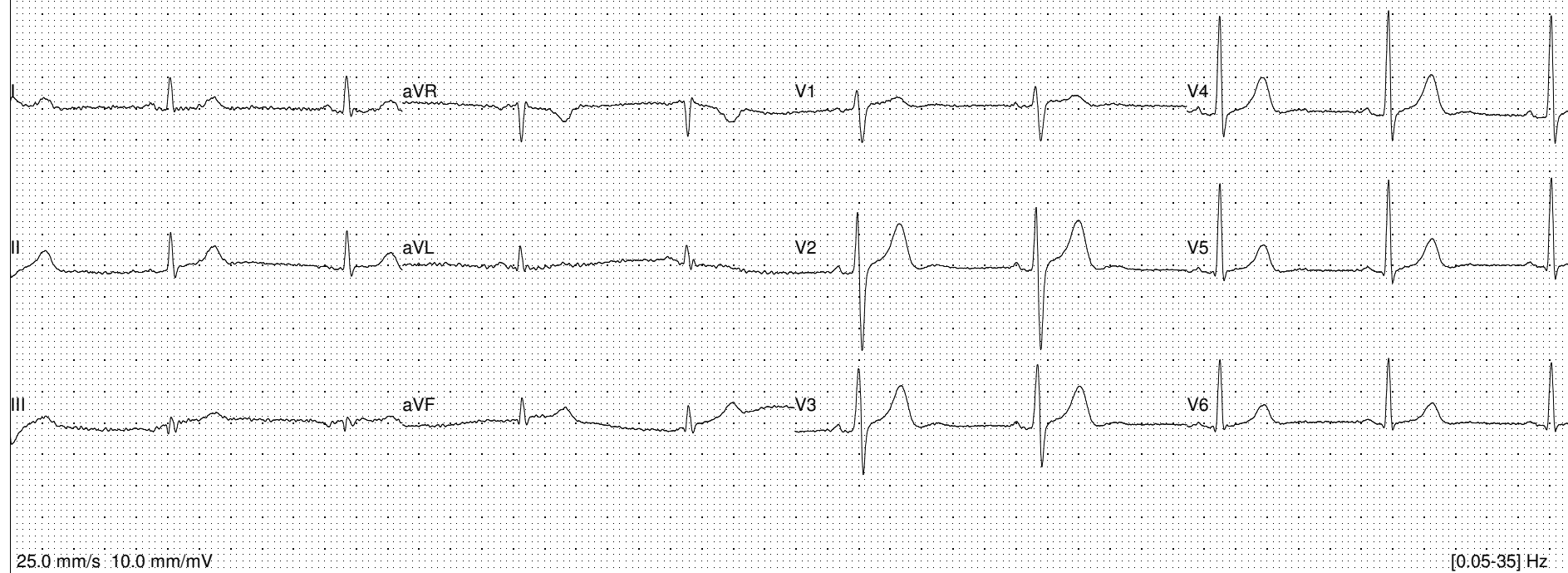
Registrado: 8/09/2022 10:57:08
Resgistrado por:
Procedente de Dr.:
Médico remitente:
Médico responsable de la c:
Lugar: CLINICA LA VICTORIA
Comentario: Device Model Name: Plus I
Device Serial Number: 109201164913

Interpretación confirmada editada en 8/09/2022 11:02:16 por
Luis A. Calderon Vera CMP: 22619/RNE:13031
Bradicardia sinusal
Ritmo sinusal
Sin alteraciones

P / PQ: 92 ms / 136 ms
QRS: 90 ms
QT / QTc / QTd: 414 ms / 405 ms / -
Eje P/QRS/T: -4° / 26° / 55°
Frec. cardíaca: 55 lpm


Dr. Luis Alberto Calderón Vera
Médico cardiólogo
CMP: 22619 RNE: 13031
S.G. NATCLAR S.A.C.

Secuencial



 NATCLAR USO INTERNO	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZAR EL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL, USO DE FIRMA Y HUELLA	Código:	FO-REP-02
		Versión:	04
		Página:	1 de 2
		Unidad:	CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZAR EL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Yo **GERONIMO** **QUIDONES** **ELMER**, identificado/a con documento de identidad N° 32272604 con ocupación laboral de **CONDUCTOR TIPO I**, certifico que he sido informado/a acerca de la naturaleza y propósito del examen médico ocupacional, así como pruebas complementarias determinadas por la empresa **JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.** De acuerdo a los peligros y riesgos identificados en mi puesto de trabajo.

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

Así mismo, autorizo a NATCLAR para que brinde mi Historia Clínica y toda información resultante de mi examen médico ocupacional al Médico Ocupacional de mi empresa para que tenga acceso a mi Historia Clínica de acuerdo a la NTPS N° 139-MINSA/DGAIN y Ley N° 26842, Ley General de Salud.

Fecha y hora: 8/09/2022 09:08:26


Firma


Huella Digital



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICA

Yo **GERONIMO** **QUIDONES** **ELMER**, identificado/a con documento de identidad N° 32272604, certifico que he sido informado acerca de la naturaleza y propósito del uso de mi firma y huella electrónica en los documentos requeridos para mi examen Médico ocupacional, en ese sentido en forma consiente y voluntaria doy mi consentimiento para su uso.

Por lo que ☒ SI ☐ NO autorizo el uso de mi firma y huella electrónica exclusivamente para los documentos requeridos de mi Examen médico ocupacional realizado el día 8/09/2022

Fecha y hora: 8/09/2022 09:08:26


Firma


Huella Digital

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

 USO INTERNO	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZAR EL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL, USO DE FIRMA Y HUELLA	Código:	FO-REP-02
		Versión:	04
		Página:	1 de 2
		Unidad:	CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZAR EL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Yo **GERONIMO QUIDONES** **ELMER**, identificado/a con documento de identidad N° 32272604 con ocupación laboral de **CONDUCTOR TIPO I**, certifico que he sido informado/a acerca de la naturaleza y propósito del examen médico ocupacional, así como pruebas complementarias determinadas por la empresa **NEXA RESOURCES PERU S.A.A.** De acuerdo a los peligros y riesgos identificados en mi puesto de trabajo.

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

Así mismo, autorizo a NATCLAR para que brinde mi Historia Clínica y toda información resultante de mi examen médico ocupacional al Médico Ocupacional de mi empresa para que tenga acceso a mi Historia Clínica de acuerdo a la NTPS N° 139-MINSA/DGAIN y Ley N° 26842, Ley General de Salud.

Fecha y hora: 8/09/2022 09:08:33


Firma


Huella Digital

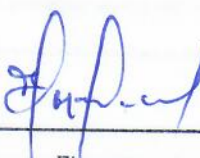


CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICA

Yo **GERONIMO QUIDONES** **ELMER**, identificado/a con documento de identidad N° 32272604, certifico que he sido informado acerca de la naturaleza y propósito del uso de mi firma y huella electrónica en los documentos requeridos para mi examen Médico ocupacional, en ese sentido en forma consiente y voluntaria doy mi consentimiento para su uso.

Por lo que ☒ SI ☐ NO autorizo el uso de mi firma y huella electrónica exclusivamente para los documentos requeridos de mi Examen médico ocupacional realizado el día 8/09/2022

Fecha y hora: 8/09/2022 09:08:33


Firma


Huella Digital

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

APENDICE 16 (referencial)

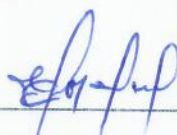
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

Ciudad: Lima Fecha: 08 de Septiembre 202

Yo Efra Benavente Quintana identificado con DNI / CE / Pasaporte N° 32272604, trabajador (o postulante de ser el caso), de la empresa La Transportación y Serv. S.A.C., acudo voluntariamente en cumplimiento con la legislación vigente de seguridad y salud ocupacional y **doy el consentimiento**^{1,2} para que el centro de salud ocupacional ASTELAR me realice el examen médico ocupacional, el cual incluye procedimientos según el protocolo establecido para mi puesto de trabajo, teniendo conocimiento que éstos tienen beneficios y riesgos controlados con medidas y recomendaciones que me brindarán, las cuales me comprometo a cumplir estrictamente. La información que brindaré durante el examen es verdadera y tiene **carácter de declaración jurada**.

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

Firma del trabajador



1. **Ley General de Salud (Ley 26842): Artículo 25.-** Toda información relativa al acto médico que se realiza, tiene carácter reservado. Se exceptúan de la reserva de la información relativa al acto médico en los casos siguientes: a) Cuando hubiere consentimiento por escrito del paciente;....f) Cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora o administradora de financiamiento vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría;

2. **Ley 27983; Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo: Artículo 75.-** Obligaciones del trabajador: En materia de prevención de riesgos laborales, los trabajadores tienen las siguientes obligaciones: ... e) Someterse a los exámenes médicos a que estén obligados por norma expresa, siempre y cuando se garantice la confidencialidad del acto médico.

3. **DS-024-2016-EM; Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional en Minería:** Según el Artículo 117, la gestión de Salud Ocupacional "debe incluir La vigilancia de la salud de los trabajadores, mediante exámenes de salud, pre ocupacional, anual, por cambio de función y de retiro. Así mismo el Artículo 118 señala que "... los trabajadores se someterán a los exámenes complementarios de acuerdo a las evaluaciones de riesgo y programas médicos promocionales de salud y preventivos que establezca el titular de actividad minera. El trabajador que no cuente con la constancia de aptitud emitida por el área de salud ocupacional no podrá laborar. Esta decisión será respetada por el postulante, trabajador y el titular de actividad minera.

 NATCLAR USO INTERNO	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZAR EL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL, USO DE FIRMA Y HUELLA	Código:	FO-REP-02
		Versión:	04
		Página:	1 de 2
		Unidad:	CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZAR EL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Yo **GERONIMO QUIÑONES ELMER**, identificado/a con documento de identidad N° 32272604 con ocupación laboral de **CONDUCTOR TIPO I**, certifico que he sido informado/a acerca de la naturaleza y propósito del examen médico ocupacional, así como pruebas complementarias determinadas por la empresa **SOCIEDAD MINERA EL BROCAL S.A.A.** De acuerdo a los peligros y riesgos identificados en mi puesto de trabajo.

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

Así mismo, autorizo a NATCLAR para que brinde mi Historia Clínica y toda información resultante de mi examen médico ocupacional al Médico Ocupacional de mi empresa para que tenga acceso a mi Historia Clínica de acuerdo a la NTPS N° 139-MINSA/DGAIN y Ley N° 26842, Ley General de Salud.

Fecha y hora: 8/09/2022 09:08:29


Firma



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICA

Yo **GERONIMO QUIÑONES ELMER**, identificado/a con documento de identidad N° 32272604, certifico que he sido informado acerca de la naturaleza y propósito del uso de mi firma y huella electrónica en los documentos requeridos para mi examen Médico ocupacional, en ese sentido en forma consiente y voluntaria doy mi consentimiento para su uso.

Por lo que ☒ SI ☐ NO autorizo el uso de mi firma y huella electrónica exclusivamente para los documentos requeridos de mi Examen médico ocupacional realizado el día 8/09/2022

Fecha y hora: 8/09/2022 09:08:29


Firma



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

CARTILLA INFORMATIVA DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES CONTENIDOS EN LOS
EXAMENES MÉDICOS OCUPACIONALES

SOCIEDAD MINERA EL BROCAL S.A.A. (en adelante, "LA EMPRESA") está en la obligación de realizar exámenes médicos ocupacionales a sus trabajadores, en cumplimiento de la Ley y el Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo, siendo ello indispensable para garantizar la seguridad y salud de todos los trabajadores.

Tratándose de una obligación indispensable para la relación laboral, LA EMPRESA no requiere el consentimiento del trabajador para el tratamiento de los datos personales contenidos en los exámenes médicos ocupacionales. Sin perjuicio de ello, en observancia del deber de informar, contenido en el artículo 18° de la Ley de Protección de Datos Personales, LA EMPRESA cumple con informar lo siguiente:

- **BANCO DE DATOS:** La existencia de un banco de datos personales ha sido declarada ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante su inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales, con la denominación "Colaboradores" (código RNPDP- PJP No. 3101), de titularidad de LA EMPRESA, con RUC No. 20100017572 y domicilio en Calle Las Begonias Nro. 415- Piso 19, San Isidro, Lima.
- **FINALIDAD:** El tratamiento de los datos personales se realiza con la finalidad de garantizar la seguridad y salud de los trabajadores, en cumplimiento de las obligaciones contenidas en la Ley y el Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo y normas conexas.
- **DATOS PERSONALES A TRATAR:** nombres y apellidos, número de DNI/Carnet de Extranjería/Pasaporte, dirección de correo electrónico, firma, imagen, fecha de nacimiento, sexo, puesto de trabajo, profesión, edad, salud física o mental, huella dactilar.
- **ENCARGADO DEL TRATAMIENTO:** Los datos personales serán tratados por S.G. NATCLAR S.A.C., con RUC No. 20431080002, por encargo de LA EMPRESA, en estricto cumplimiento de lo establecido en la Ley General de Salud, Ley y el Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo, así como en la Ley y Reglamento de Protección de Datos Personales, y normas conexas.
- **DESTINATARIOS:** Los datos personales serán compartidos por el Encargado de Tratamiento con los Médicos Ocupacionales de LA EMPRESA. Asimismo, podrán ser compartidos con RIMAC S.A. Entidad Prestadora de Salud, con RUC No. 20414955020, con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría, y con la autoridad judicial competente, cuando ello sea requerido en razón del ejercicio de sus competencias.
- **TRANSFERENCIA INTERNACIONAL:** No se realiza la transferencia internacional de datos personales.
- **TIEMPO DE CONSERVACIÓN:** Según mandato legal, los datos personales serán conservados por un plazo de veinte (20) años, cuando refieran a enfermedades ocupacionales; por un plazo de diez (10) años cuando refieran a accidentes de trabajo e incidentes peligrosos; y, por un plazo de cinco (5) años, en los demás casos.
- **EJERCICIO DE DERECHOS ARCO:** Puede ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición, a través del correo electrónico: lpdp.arco@buenaventura.pe, y/o en Avenida Paseo de la República 3018, San Isidro – Lima, Perú. De considerar que no ha sido atendido en el ejercicio de sus derechos puede presentar una reclamación ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, ubicada en Calle Scipión Llona N° 350, Miraflores, Lima, Perú.

Yo, Enon Bernardino Rivas, declaro haber sido informado de manera previa a la realización de los exámenes médicos ocupacionales y comprendido este documento en su totalidad.

Firma:

DNI:

32242604

Fecha:

08-09-22

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

Yo, Enzo Oropingo Quintana, identificado con Documento Nacional de Identidad No. 32272604, declaro que he sido informado sobre la naturaleza y propósito del examen médico ocupacional que he rendido, así como de los resultados que se obtendrán a raíz del mismo.

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

Email 01:

HenanGeronimo @ Gmail.Com

Email 02:

.....@.....

Email 03:

.....@.....

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

Fecha y hora: 08-09-22




Firma y huella

INFORME PSICOLÓGICO

Apellidos y Nombres	: GERONIMO QUIÑONES, ELMER	Edad	: 47
Ocupación	: CONDUCTOR TIPO I	DNI	: 32272604
Grado de Instrucción	: SEC. COMPLETO		
Tipo de examen	: DESCARTE DE PATOLOGÍA MENTAL		
Empleador	: JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.		
Titular Minero	: SOCIEDAD MINERA EL BROCAL S.A.A.		

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

El evaluado no muestra indicadores de depresión, presenta un buen estado anímico, mantiene un adecuado interés por realizar sus actividades. Es una persona estable y calmada, sin disposición a padecer estados de ansiedad. Posee mecanismos de defensa para hacer frente ante situaciones adversas. Sin dependencia al consumo de bebidas alcohólicas.

Refiere acostarse normalmente a las 9:00 pm y dormir aproximadamente 8 horas diarias. No tiene necesidad de utilizar fármacos ni dificultad para conciliar el sueño, siendo este estable y prolongado. Tiene una buena calidad de sueño y suele sentirse con un buen estado de ánimo para comenzar con sus actividades al día siguiente.

A nivel afectivo, evidencia encontrarse emocionalmente estable, tiene una adecuada valoración de sí mismo, se considera amable, responsable y tranquilo. Equilibrado y seguro de sí, cuenta con herramientas para hacer frente a los problemas que se le presenten. Posee un alto compromiso con sus valores y tiende a acatar las normas del medio. Aparenta ser capaz de adaptarse a los cambios del medio. Su principal meta es llegar al puesto de supervisor en la empresa. A nivel social, demuestra ser capaz de mantener adecuadas relaciones interpersonales. Toma en cuenta los sentimientos de los demás y los trata con respeto. A nivel familiar, refiere vivir en el distrito de Puente Piedra junto a su pareja y sus 3 hijos, de 24, 18 y 14 años. En su tiempo libre suele tocar la guitarra o juega fútbol. A nivel laboral, tiene 4 años laborando en la empresa. Reconoce los peligros y riesgos a los que puede estar expuesto. Toma los controles necesarios para minimizar la posibilidad de accidentes. Mantiene una actitud precavida y atenta al desempeñar sus funciones. Cumple con las normas y reglamentos de la empresa.

OBSERVACIÓN DE CONDUCTA:

El evaluado evidencia mantener un estado mental conservado, se encuentra orientado en tiempo, espacio, persona y situación. Tiene sus capacidades cognitivas de atención, concentración, memoria a corto y largo plazo estables. Presenta un tono de voz adecuado y un discurso fluido. Refleja mantener una higiene personal conservada y viste con ropa adecuada para la estación.

Durante la evaluación, se muestra colaborador y amable en todo momento. Realiza las pruebas con facilidad y dentro de los rangos de tiempo. En la entrevista, mantiene una actitud abierta al diálogo, es capaz de brindar los datos e información necesaria y veraz para continuar con su proceso de evaluación. Muestra una actitud relajada y segura de sí mismo, no muestra indicadores de ansiedad o inseguridad. Posee fijación de mirada al comunicarse.

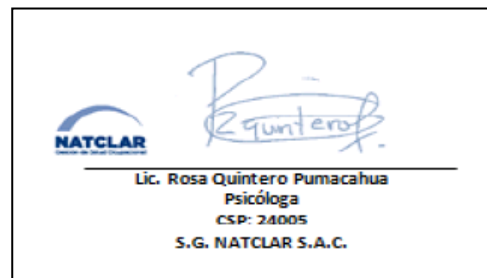
DIMENSIÓN	FACTORES PSICOLÓGICOS	NORMAL	REQUIERE MAYOR ESTUDIO
FACTORES PSICOLÓGICOS	Ansiedad		
	Depresión		
	Dependencia al alcohol		
	Calidad de sueño		
	Valoración de la vida humana		
	Capacidad para obedecer órdenes		

CONDICIÓN DIAGNÓSTICA:

El Sr. GERONIMO QUIÑONES, ELMER; se encuentra en condición de **APTO**, para el puesto ocupacional.

EVALUADORA: Lic. ROSA QUINTERO PUMACAHUA**COLEGIATURA:** 24005

Dra. Alejandro Martín Olivera Chacón
Medico Ocupacional
CMP: 050190



Lic. Rosa Quintero Pumacahua
Psicóloga
CPsP : 24005



FORMATO DE ENTREVISTA PERIODICO

Código:	FO-EPS-16
Versión:	03
Página:	Página 1 de 1
Unidad:	Corporativo

APELLIDOS Y NOMBRES: GERONIMO QUIÑONES ELIER

EDAD: 47 ESTADO CIVIL: C S Conv Sep D V DNI: 32272604 FECHA: 08/09/2022

PUESTO - OCUPACIÓN: CONDUCTOR EMPRESA: Ipe Transportes y Servicios SAC

UNIDAD A LA QUE ASISTIRÁ:

Tiempo en la Empresa:	04	3 -
Número de Hijos:	03	-
Grado de Instrucción:	5to SECUNDARIA	-
Accidentes laborales: (SI) (NO)	(NO)	
Tiempo de experiencia en el puesto:	12 AÑOS	12 años AMIC y AL

→ des. anuales prof.
→ amb. lab. por parte de...

¿Cómo te sientes en tu trabajo? Tranquilo	¿Te gusta la labor que realizas, te sientas parte importante de la empresa? SI
¿Qué aspectos NO te agradan del trabajo? - todos me abrojan	¿Qué cambios propondrías para mejorar tu área de trabajo? - MAS COMUNICACIÓN - CON TODO EL PERSONAL ¿Que recomendaciones dejarías a la organización? - QUE SIGAN ADELANTE - TRABAJANDO EN UNIÓN
¿Cuáles son las fortalezas de la empresa? - SIGUIENDO CRECIENDO	¿Cómo es la relación con los jefes y compañeros de trabajo? NORMAL TRANQUILLO

Definición de...
que maneja des.
de alcohol y
dureza.

C.R.: Supervisión
M.P.: ...

L.P.: ...
al extraj.

Pte. Piedra

48
24 (ex)
18 (q)
14 (q)

Amabil.
1. Truq
B. par.
Respet.

T.L.: ...
dep. con ...
ar. par.

Ellos con reporte ...

tray. ...

7	7	7
1.72	3.70	13
36.34		53
		4.61

 NATCLAR USO INTERNO	CUESTIONARIO DE PITTSBURGH CALIDAD DE SUEÑO	Código:	FO-EPS-51
		Versión:	02
		Página:	1 de 2
		Unidad:	Corporativo

Instrucciones: Las siguientes cuestiones solo tienen que ver con sus hábitos de sueño durante el último mes. En sus respuestas debe reflejar cual ha sido su comportamiento durante la mayoría de tiempo en dos situaciones: Por favor, conteste a TODAS las preguntas EN LA CARTILLA DE RESPUESTAS proporcionada por el instructor.

A.- Durante el último mes, ¿cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse? *09:00 PM*

B.- ¿Cuánto tiempo ha demorado en quedarse dormido, normalmente, durante el último mes?

☒ 1) Menos de 15 min 2) Entre 16-30 min 3) Entre 31-60 min 4) Más de 60 min

C.- Durante el último mes,

C-1 ¿A qué hora se ha levantado normalmente? *06:00 AM*

C-2. ¿A qué hora empieza sus actividades? *08:00 AM*

D.- ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido en promedio por noche durante el último mes? *08 Horas Aprox.*

E.- Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir debido a que :

E-1) No pudo quedarse dormido en la primera media hora:

- ☒ 1. Ninguna vez en el último mes
- 2. Menos de una vez a la semana
- 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana

E-2) Se despertó durante la noche o de madrugada:

- 1. Ninguna vez en el último mes
- 2. Menos de una vez a la semana
- ☒ 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana

E-3) Se tuvo que levantar para ir al baño:

- ☒ 1. Ninguna vez en el último mes
- 2. Menos de una vez a la semana
- 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana

E-4) No podía respirar bien:

- ☒ 1. Ninguna vez en el último mes
- 2. Menos de una vez a la semana
- 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana

E-5) Tosía o roncaba fuertemente:

- ☒ 1. Ninguna vez en el último mes
- 2. Menos de una vez a la semana
- 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana

E-6) Sentía frío:

- ☒ 1. Ninguna vez en el último mes
- 2. Menos de una vez a la semana
- 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana

E-7) Sentía demasiado calor:

- ☒ 1. Ninguna vez en el último mes
- 2. Menos de una vez a la semana
- 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana

E-8) Tenía pesadillas o malos sueños:

- ☒ 1. Ninguna vez en el último mes
- 2. Menos de una vez a la semana
- 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana

 NATCLAR USO INTERNO	CUESTIONARIO DE PITTSBURGH CALIDAD DE SUEÑO	Código:	FO-EPS-51
		Versión:	02
		Página:	2 de 2
		Unidad:	Corporativo

E-9) Tenía dolores:

- ☒ 1. Ninguna vez en el último mes
- 2. Menos de una vez a la semana
- 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana

E-10) Otras razones.

Por favor descríbalas: _____

- ☒ 1. Ninguna vez en el último mes
- 2. Menos de una vez a la semana
- 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana

F) Durante el último mes, ¿cuál cree que es la calidad de su sueño en general?

- ☒ 1. Muy buena
- 2. Buena
- 3. Mala
- 4. Muy mala

G) Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

- ☒ 1. Ninguna vez en el último mes
- 2. Menos de una vez a la semana
- 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana

H) Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia/sueño mientras conducía, comía o hacía alguna otra actividad social?

- ☒ 1. Ninguna vez en el último mes
- 2. Menos de una vez a la semana
- 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana

I) Durante el último mes, ¿su estado de ánimo le ha dificultado hacer alguna actividad?

- ☒ 1. No
- 2. Sí, algo
- 3. Sí, regular
- 4. Sí, mucho

J) ¿Usted duerme solo o comparte cuarto con otra persona?

- ☒ 1. Solo
- 2. Solo, pero hay alguien en la habitación de al lado
- 3. Con otra persona en el mismo cuarto
- 4. Con 2 o más personas en el mismo cuarto

TEST DE WARTEGG

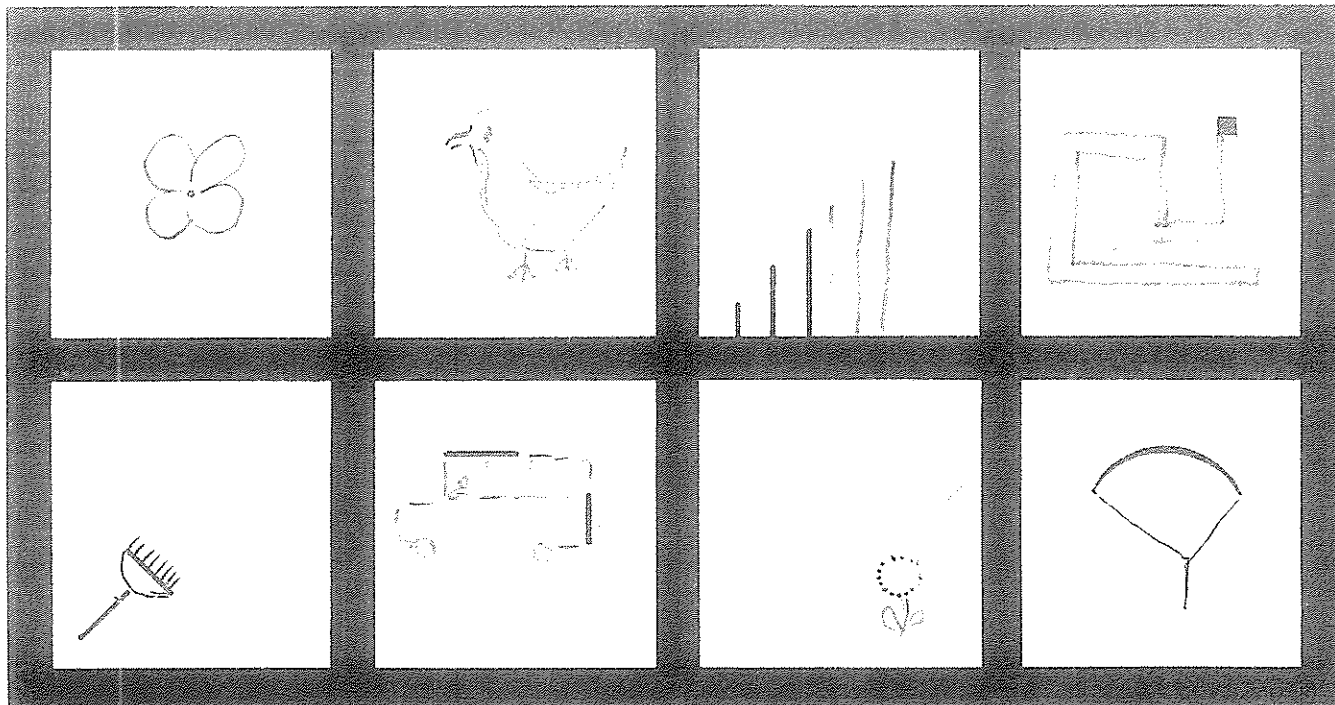
Nombre EFREN Fecha 08-09-22
Edad 47 Sexo H

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐



5 ☐

6 ☐

7 ☐

8 ☐

Títulos

- 1 Flora
- 2 Ave
- 3 Barra
- 4 Quadrado
- 5 Eseja
- 6 Micro Bio
- 7 Planta
- 8 Procedim

Dibujo que le gustó más 05

Dibujo que le gustó menos 01

Dibujo que le resultó más fácil 10

Dibujo que le resultó más difícil 01

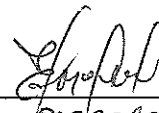
FORMULARIO
ESCALA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas". No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD		SI	NO
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	☒	☒	☒
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?	☒	☒	☒
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?	☒	☒	☒
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	☒	☒	☒
<i>Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando</i>			
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	☒	☒	☒
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	☒	☒	☒
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea ? (síntomas vegetativos)	☒	☒	☒
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?	☒	☒	☒
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	☒	☒	☒
SUBESCALA DE DEPRESION			
1.- ¿Se ha sentido con poca energía?	☒	☒	☒
2.- ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	☒	☒	☒
3.- ¿Ha perdido la confianza en si mismo?	☒	☒	☒
4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	☒	☒	☒
<i>(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)</i>			
5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	☒	☒	☒
6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	☒	☒	☒
7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	☒	☒	☒
8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?	☒	☒	☒
9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	☒	☒	☒

ANSIEDAD:

DEPRESIÓN:

Firma del trabajador: 

DNI: 32242604

 NATCLAR Centro de Estudios y Asesoría USO INTERNO	HOJA DE RESPUESTA TEST DE AUDIT	Código:	FO-EPS-24
		Versión:	02
		Página:	Página 1 de 2
		Unidad:	Corporativo

TEST DE AUDIT

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT diciendo «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». Explique qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de consumiciones («bebidas estándar»). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10) (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana 0	6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario 0
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (4) 10 o más	7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario 0
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario <i>Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0</i> 0	8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario 0
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario 0	9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año 0
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario 0	10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año. 0
Registre la puntuación total aquí	
<i>Si la puntuación total es mayor que el punto de corte recomendado, consulte el Manual de Usuario</i>	