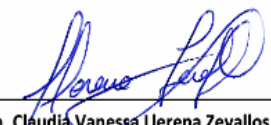


**Certificado de Aptitud Médico Ocupacional**  
**Examen de Ingreso**

CS-HC- C0000197902 - 00012022062694 Fecha de Generación de Reporte: 11 / 07 / 2022 - 17 : 01 hs.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                            |  |                                                                                                                        |    |      |        |       |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|--------|-------|---|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | CÓDIGO                     |  | C0000197902                                                                                                            |    |      |        |       |   |
| CERTIFICA que el Sr. (a):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                            |  |                                                                                                                        |    |      |        |       |   |
| Nombre y Apellidos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | ALFREDO CARLOS VEGA ALFARO |  |                                                                                                                        |    |      |        |       |   |
| Documento de Identidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 80375701                   |  | Edad                                                                                                                   | 42 | años | Género | M (X) | F |
| Puesto al que postula (sólo pre ocupacional)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                            |  | conductor tipo I                                                                                                       |    |      |        |       |   |
| Ocupación actual o última Ocupación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                            |  | ---                                                                                                                    |    |      |        |       |   |
| HISTORIA CLÍNICA 80375701                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                            |  | EMPRESA: JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.                                                                            |    |      |        |       |   |
| <b>CONCLUSIONES :</b><br><br><b>APTO CON RESTRICCIONES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                            |  |                                                                                                                        |    |      |        |       |   |
| APTO<br>(para el puesto en el que trabaja o postula)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                            |  | <b>Restricciones</b><br>Uso estricto de protección auditiva estricta exposición de ruido mayor a 80 Db. Control anual. |    |      |        |       |   |
| APTO CON RESTRICCIÓN<br>(para el puesto en el que trabaja o postula)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | X                          |  |                                                                                                                        |    |      |        |       |   |
| NO APTO<br>(para el puesto en el que trabaja o postula)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                            |  |                                                                                                                        |    |      |        |       |   |
| <b>RECOMENDACIONES</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Se recomienda control anual por Neumología.</li> <li>- Se recomienda control oftalmológico anual.</li> <li>- Se recomienda dieta hipocalórica e hipograsa, aumentar actividad física. Control por Nutrición.</li> </ul>                                                                                                                 |  |                            |  |                                                                                                                        |    |      |        |       |   |
| <div align="center">   <p> <b>Dra. Claudia Vanessa Llerena Zevallos</b><br/> <b>Médico de salud ocupacional</b><br/> <b>CMP: 049335 / RNM: M00955</b><br/> <b>S.G NATCLAR S.A.C</b> </p> <p>Firma del Medico Ocupacional</p> </div> |  |                            |  |                                                                                                                        |    |      |        |       |   |
| Fecha: 06-07-2022                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                            |  | Nombre: LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA<br>Sello y Firma de Médico que CERTIFICA                                             |    |      |        |       |   |

FORMATO 1

|                                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                                                                         |                                                     |                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                                  |                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                      |                                     | <b>CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL</b><br>REF: ANEXO 2 R.M. 312 - 2011 /Minsa |                                                     |                                                                                                                                                                                                                        |                          | COD:<br>Versión: 02<br>APROBADO:<br>24/01/2020                   |                                                              |
| Tipo de examen:                                                                                                                                                                                                      |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Pre Ocupacional                                     |                                                     | <input type="checkbox"/> Periódico                                                                                                                                                                                     |                          | <input type="checkbox"/> Temporal                                |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                      |                                     | <input type="checkbox"/> Reubicación                                                    |                                                     | <input type="checkbox"/> Otros                                                                                                                                                                                         |                          |                                                                  |                                                              |
| Fecha de examen :                                                                                                                                                                                                    |                                     | 06/07/2022                                                                              |                                                     |                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                                  |                                                              |
| Titular minero:                                                                                                                                                                                                      |                                     | NEXA RESOURCES PERU S.A.A.                                                              |                                                     |                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                                  |                                                              |
| Empresa contratista:                                                                                                                                                                                                 |                                     | JRC TRANSPORTES & SERVICI                                                               |                                                     |                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                                  |                                                              |
| Apellidos y Nombres:                                                                                                                                                                                                 |                                     | VEGA ALFARO , ALFREDO CARLOS                                                            |                                                     |                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                                  |                                                              |
| Documento de Identidad                                                                                                                                                                                               |                                     | 80375701                                                                                |                                                     | Edad (años):                                                                                                                                                                                                           |                          | 42                                                               |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                                                                         |                                                     | Género                                                                                                                                                                                                                 |                          | <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |                                                              |
| Puesto que postula (solo preocupacional):                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                                         |                                                     | conductor tipo I                                                                                                                                                                                                       |                          |                                                                  |                                                              |
| Ocupación actual o última ocupación:                                                                                                                                                                                 |                                     |                                                                                         |                                                     | ----                                                                                                                                                                                                                   |                          |                                                                  |                                                              |
| <b>Exámenes complementarios según RIESGOS OCUPACIONALES del puesto de trabajo :</b>                                                                                                                                  |                                     |                                                                                         |                                                     |                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                                  |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                      | NO                                  | SI                                                                                      |                                                     | NO                                                                                                                                                                                                                     | SI                       |                                                                  | NO SI                                                        |
| Op Eq móviles y vehic                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>                                                     | Trabajos Altura > 1.8 m                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | Brigadistas/Rescatistas                                          | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Espacios confinados                                                                                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                | Instalaciones electricas<br>Bloqueo/aislam. energia | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | Voladura                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Manipulador de Alimentos                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                |                                                     |                                                                                                                                                                                                                        |                          | Dosaje de Metales Pesados                                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            |
| <b>APTITUD MÉDICA</b><br><b>Para el puesto de trabajo y sus riesgos ocupacionales</b>                                                                                                                                |                                     |                                                                                         |                                                     |                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                                  |                                                              |
| <b>APTO</b>                                                                                                                                                                                                          |                                     | <input type="checkbox"/>                                                                |                                                     | <b>RESTRICCIONES</b><br>Uso estricto de protección auditiva estricta exposición de ruido mayor a 80 Db. Control anual.                                                                                                 |                          |                                                                  |                                                              |
| <b>APTO CON RESTRICCIÓN</b>                                                                                                                                                                                          |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                     |                                                     |                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                                  |                                                              |
| <b>NO APTO</b>                                                                                                                                                                                                       |                                     | <input type="checkbox"/>                                                                |                                                     |                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                                  |                                                              |
| Grupo sanguíneo y factor Rh (sólo preocupacional):                                                                                                                                                                   |                                     |                                                                                         |                                                     | O POSITIVO                                                                                                                                                                                                             |                          |                                                                  |                                                              |
| <b>Recomendaciones:</b><br>- recomienda control anual por Neumología.<br>- recomienda control oftalmológico anual.<br>- recomienda dieta hipocalórica e hipograsa, aumentar actividad física. Control por Nutrición. |                                     |                                                                                         |                                                     | <br><b>Dra. Claudia Vanessa Llerena Zevallos</b><br>Médico de salud ocupacional<br>CMP: 049335 / RNM: M00955<br>S.G NATCLAR S.A.C |                          |                                                                  |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                                                                         |                                                     | Sello y firma de Médico Ocupacional CSO                                                                                                                                                                                |                          |                                                                  |                                                              |
| <b>APTITUD EMITIDA SERVICIO DE SALUD OCUPACIONAL DEL TITULAR</b>                                                                                                                                                     |                                     |                                                                                         |                                                     |                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                                  |                                                              |
| REF: Art. 118 D.S. 024 - 2016 EM                                                                                                                                                                                     |                                     |                                                                                         |                                                     |                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                                  |                                                              |
| APTO                                                                                                                                                                                                                 |                                     | <input type="checkbox"/>                                                                |                                                     | APTO CON RESTRICCIÓN                                                                                                                                                                                                   |                          | <input type="checkbox"/>                                         |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                                                                         |                                                     | NO APTO                                                                                                                                                                                                                |                          | <input type="checkbox"/>                                         |                                                              |
| Sello y firma de Médico Ocupacional Servicio Médico de la Unidad                                                                                                                                                     |                                     |                                                                                         |                                                     |                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                                  |                                                              |

## CONSTANCIA DE MANEJO



Se hace constar que el Señor(a):

**VEGA ALFARO, ALFREDO CARLOS** identificado con **DNI Nro. 80375701**, personal de **JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.** cumplió con el examen de **MANEJO**, estando **APTO** para conducir.

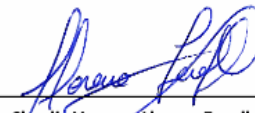
A su vez se hace constar que se le ha informado sobre los resultados Médicos Ocupacionales que se le practicaron en la fecha.

### Restricciones:

FECHA: 06/07/2022

HORA: -

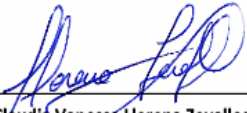


  
Dra. Claudia Vanessa Llerena Zevallos  
Médico de salud ocupacional  
CMP: 049335 / RNM: M00955  
S.G NATCLAR S.A.C

LIMA ,lunes, 11 de Julio de 2022

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

|                                                                                                                                                                                   |                                    |                                                                                |                     |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------|
|  <b>NATCLAR</b><br><small>Gestión de Salud Ocupacional</small>                                   |                                    | <b>INFORME MEDICO OCUPACIONAL</b>                                              |                     | Código:<br>Fecha:<br>Versión: |
| <b>I. DATOS DE FILIACIÓN</b>                                                                                                                                                      |                                    |                                                                                |                     |                               |
| <b>Nombres y apellidos:</b>                                                                                                                                                       |                                    | VEGA ALFARO , ALFREDO CARLOS                                                   |                     |                               |
| <b>Edad:</b>                                                                                                                                                                      | 42                                 | <b>Puesto:</b>                                                                 | conductor tipo I    |                               |
| <b>Empresa :</b>                                                                                                                                                                  | JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C. | <b>CSO:</b>                                                                    | S.G. NATCLAR S.A.C. |                               |
| <b>Médico:</b>                                                                                                                                                                    | LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA          | <b>Fecha Atención :</b>                                                        | 06/07/2022          |                               |
| <b>II. ANTECEDENTES MÉDICO PERSONALES</b>                                                                                                                                         |                                    |                                                                                |                     |                               |
| E13.9 - Diabetes mellitus especificada, sin mención de complicación - Diagnosticada hace 1 años en tratamiento actual con metformina 1 tableta pre-desayuno y pre-almuerzo - 2019 |                                    |                                                                                |                     |                               |
| <b>III. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES</b>                                                                                                                                   |                                    |                                                                                |                     |                               |
| <b>PAPÁ</b> : NO REFIERE<br><b>MAMÁ</b> : NO REFIERE<br><b>HERMANOS</b> : NO REFIERE                                                                                              |                                    |                                                                                |                     |                               |
| <b>IV. HÁBITOS</b>                                                                                                                                                                |                                    |                                                                                |                     |                               |
| <b>1. Consumo de tabaco</b>                                                                                                                                                       |                                    | Nada                                                                           |                     |                               |
| <b>2. Consumo de alcohol</b>                                                                                                                                                      |                                    | Bebedor - Alcohol/Mes.                                                         |                     |                               |
| <b>3. Actividad física</b>                                                                                                                                                        |                                    | - . ()                                                                         |                     |                               |
| <b>V. EVALUACIÓN MÉDICA</b>                                                                                                                                                       |                                    |                                                                                |                     |                               |
| <b>ANAMNESIS:</b>                                                                                                                                                                 |                                    |                                                                                |                     |                               |
| <b>Síntomas:</b>                                                                                                                                                                  |                                    | Paciente refiere no presentar ningún tipo de síntomas, niega alguna patología. |                     |                               |
| <b>Relato:</b>                                                                                                                                                                    |                                    |                                                                                |                     |                               |
| <b>ANTROPOMETRÍA:</b>                                                                                                                                                             |                                    |                                                                                |                     |                               |
| <b>TALLA</b>                                                                                                                                                                      | 164.00 cm                          | <b>PESO</b>                                                                    | 74.50 Kg            |                               |
| <b>IMC</b>                                                                                                                                                                        | 27.60 Kg/cm2                       |                                                                                |                     |                               |
| <b>FUNCIONES VITALES:</b>                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                |                     |                               |
| <b>P.A.S:</b>                                                                                                                                                                     | 110                                | <b>P.A.D:</b>                                                                  | 60 mmHg             |                               |
| <b>Frecuencia cardiaca:</b>                                                                                                                                                       | 81 puls/min                        | <b>Frecuencia Respiratoria:</b>                                                | 18 resp/min         |                               |
| <b>Sat. O2:</b>                                                                                                                                                                   | 98 %                               |                                                                                |                     |                               |
| <b>EXAMEN FÍSICO:</b>                                                                                                                                                             |                                    |                                                                                |                     |                               |
| Normal                                                                                                                                                                            |                                    |                                                                                |                     |                               |
| <b>RESULTADOS DE LABORATORIO:</b>                                                                                                                                                 |                                    |                                                                                |                     |                               |
| <b>GLUCOSA</b>                                                                                                                                                                    | 114 mg/dL                          |                                                                                |                     |                               |
| <b>HEMOGLOBINA</b>                                                                                                                                                                | 14.8 g/dL                          |                                                                                |                     |                               |
| <b>HEMATOCRITO</b>                                                                                                                                                                | 44.9 %                             |                                                                                |                     |                               |
| <b>AUDIOMETRIA:</b>                                                                                                                                                               |                                    |                                                                                |                     |                               |
| <b>OD:</b>                                                                                                                                                                        | Hipoacusia Neurosensorial Leve     |                                                                                | <b>OI:</b>          | Normoacusia                   |
| <b>ESPIROMETRIA:</b>                                                                                                                                                              |                                    |                                                                                |                     |                               |
| No aplica                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                |                     |                               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
|  <p><b>NATCLAR</b><br/>Gestión de Salud Ocupacional</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p align="center"><b>INFORME MEDICO OCUPACIONAL</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>Código:<br/>Fecha:<br/>Versión:</p> |
| <p><b>RADIOGRAFÍA DE TÓRAX:</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                        |
| <p>Sin Alteraciones: Placa Radiograficamente Normal.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                        |
| <p><b>VI. HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                        |
| <p align="center"><b>Diagnósticos CIE 10</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p align="center"><b>Recomendaciones</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                        |
| <p>Z01.6 Radiografía de torax posteroanterior: Normal. Se recomienda control anual por Neumología.</p> <p>H90.4 Hipoacusia neurosensorial leve oído derecho. Fue evaluado 08/09/22 Dr. Astocondor Salazar CMP:15123 RNE:7522 Diagnostico:Hipoacusia Neurosensorial leve bilateral. Apto con restricciones:Uso de protección auditiva estricta exposición de ruido mayor a</p> <p>Z01.0 Emétrope. Se recomienda control oftalmológico anual.</p> <p>E67 Sobrepeso. Se recomienda dieta hipocalórica e hipograsa, aumentar actividad física. Control por Nutrición.</p> <p>E11 Antecedente de Diabetes Mellitus en el año 2019, en tratamiento con metformina 850mg 1tab diaria. Glucosa: 114 mg/dl. Evaluado 8/7/22 Dr. Abuid Ticona CMP:9944 RNE:24223 Diagnostico:Diabetes mellitus controlada, GB (8/7/22):106mg/dl, Hb glicosilada (</p> | <p>Radiografía de torax posteroanterior: Normal. Se recomienda control anual por Neumología.</p> <p>Hipoacusia neurosensorial leve oído derecho. Fue evaluado 08/09/22 Dr. Astocondor Salazar CMP:15123 RNE:7522 Diagnostico:Hipoacusia Neurosensorial leve bilateral. Apto con restricciones:Uso de protección auditiva estricta exposición de ruido mayor a80 Db. Control anual.</p> <p>Emétrope. Se recomienda control oftalmológico anual.</p> <p>Sobrepeso. Se recomienda dieta hipocalórica e hipograsa, aumentar actividad física. Control por Nutrición.</p> <p>Antecedente de Diabetes Mellitus en el año 2019, en tratamiento con metformina 850mg 1tab diaria. Glucosa: 114 mg/dl. Evaluado 8/7/22 Dr. Abuid Ticona CMP:9944 RNE:24223 Diagnostico:Diabetes mellitus controlada, GB (8/7/22):106mg/dl, Hb glicosilada (8/7/22):7.2%, Tratamiento: metformina850mg, dieta. control en 3 meses.</p> |                                        |
| <div align="center">  <p><b>Dra. Claudia Vanessa Llerena Zevallos</b><br/>Médico de salud ocupacional<br/>CMP: 049335 / RNM: M00955<br/>S.G NATCLAR S.A.C</p> </div> <p align="center">Firma y Sello Médico ocupacional CSOA</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                        |

## CARTA DE COMPROMISO

Yo, **VEGA ALFARO ALFREDO CARLOS** identificado con DNI ( ☒ ) / CE ( ) / Pasaporte ( ), Nro: **80375701**, perteneciente a la empresa:

**JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.**

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

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

| N° | Diagnostico                                                                  | CIE 10 |
|----|------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1  | Diabetes mellitus no insulino dependiente                                    | E11    |
| 2  | Otros tipos de hiperalimentación                                             | E67    |
| 2  | Hipoacusia neurosensorial, unilateral con audición irrestricta contralateral | H90.4  |
| 3  | Examen de ojos y de la visión                                                | Z01.0  |
| 4  | Examen radiológico, no clasificado en otra parte                             | Z01.6  |

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

|   | Recomendaciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Antecedente de Diabetes Mellitus en el año 2019, en tratamiento con metformina 850mg 1tab diaria. Glucosa: 114 mg/dl. Evaluado 8/7/22 Dr. Abuid Ticona CMP:9944 RNE:24223 Diagnostico:Diabetes mellitus controlada, GB (8/7/22):106mg/dl, Hb glicosilada (8/7/22):7.2%, Tratamiento: metformina 850mg, dieta. control en 3 meses. |
| 2 | Sobrepeso. Se recomienda dieta hipocalórica e hipograsa, aumentar actividad física. Control por Nutrición.                                                                                                                                                                                                                        |
| 2 | Hipoacusia neurosensorial leve oído derecho. Fue evaluado 08/09/22 Dr. Astocondor Salazar CMP:15123 RNE:7522 Diagnostico:Hipoacusia Neurosensorial leve bilateral. Apto con restricciones:Uso de protección auditiva estricta exposición de ruido mayor a 80 Db. Control anual.                                                   |
| 3 | Emétrope. Se recomienda control oftalmológico anual.                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 4 | Radiografía de torax posteroanterior: Normal. Se recomienda control anual por Neumología.                                                                                                                                                                                                                                         |

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 :** VEGA ALFARO ALFREDO CARLOS  
**DNI :** 80375701  
**Empresa :** JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.  
**Puesto de Trabajo :** conductor tipo I

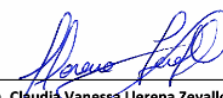


  
**Dr. Diego Fernando Cornejo Pizarro**  
**Médico Ocupacional**  
**CMP: 70597**  
**S.G. NATCLAR S.A.C.**

**Firma y Sello del Medico Evaluador**

**Nombres :** CORNEJO PIZARRO, DIEGO FERNANDO  
**CMP :** 70597



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

**Firma y Sello del Medico Ocupacional**

**Nombres :** LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA  
**CMP :** 49335

FECHA: 06/07/2022

HORA: -

## HISTORIA OCUPACIONAL

**APELLIDOS Y NOMBRES:** VEGA ALFARO, ALFREDO CARLOS

**N° REGISTRO (DNI):** 80375701

**FECHA DE NACIMIENTO:** 09/08/1979

**SEXO:** Masculino

**LUGAR DE NACIMIENTO**

**LUGAR DE PROCECENCIA:**

MZ F LT 3 ASOCIACION CRUZ DE MOTUPE, 1 LIMA  
PUENTE PIEDRA, Perú

**PROFESIÓN:**

| FECHA DE INICIO | EMPRESAS                             | ALTITUD m.s.n.m | ACTIVIDADES DE LA EMPRESA         | AREA DE TRABAJO     | OCUPACIÓN        | TIEMPO DE TRABAJO<br>SUBSUELO/SUPERFICIE/CONCENT |         |                | PELIGROS/AGENTES OCUPACIONALES                                               | USO / TIPO EPP                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------|--------------------------------------|-----------------|-----------------------------------|---------------------|------------------|--------------------------------------------------|---------|----------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01-04-2016      | J R C TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C. | 4250            | Transporte de carga por carretera | OPERACIONES         | conductor tipo I | 6 años 4 meses                                   | 0       | 0              | Polvo Inhalable<br>Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado)<br>Ruido | Máscara Autofiltrante para Partículas (Frecuentemente), Respirador (Frecuentemente)<br>Calzado de seguridad. (Frecuentemente), Casco de seguridad (Frecuentemente), Lentes de protección (Frecuentemente), Ropa de trabajo. (Frecuentemente)<br>Orejas (Frecuentemente), Tapones auditivos (Frecuentemente) |
| 01-01-2004      | VARIAS EMPRESAS                      | 3500            | Otros tipos de crédito            | CONDUCTORES         | CONDUCTOR        | 0                                                | 12 años | 0              | Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado)<br>Ruido                    | Tapones auditivos (Sólo en caso de exposición)                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 01-01-2002      | HISPANOAMERICANA SAC                 | 154             | ----                              | ATENCION AL CLIENTE | COBRADOR         | 0                                                | 2 años  | 0              | Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado)                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Total           |                                      |                 |                                   |                     |                  | 6 años 4 meses                                   | 14 años | 0 años 0 meses |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

FECHA: 06/07/2022

HORA: -



ALFREDO CARLOS VEGA ALFARO



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 : NEXA RESOURCES PERU S.A.A.  
CONTRATISTA : JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.  
APELLIDOS Y NOMBRES : VEGA ALFARO, ALFREDO CARLOS

PREOCUPACIONAL ☒  
ANUAL ☐  
RETIRO ☐  
REUBICACIÓN ☐  
VISITA ☐

Nº de Ficha 80375701

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                         |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| FECHA DE EXAMEN: 06-07-2022                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                     | FECHA DE CADUCIDAD: 06-07-2023                                          |                                                                                                                                                                                           | MINERALES EXPLOTADOS O PROCESADOS: PLATA, ZINC, COBRE, PLOMO                                                                                                                                                                                                                                |                      |
| LUGAR DE NAC.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | FECHA DE NAC.                                                       | DOMICILIO HABITUAL                                                      | AREA DE LABOR                                                                                                                                                                             | ALTITUD DE LA LABOR                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |
| LIMA / LIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 09/08/1979                                                          | MZ F LT 3 ASOCIACION CRUZ DE MOTUPE 1<br>LIMA / LIMA /<br>PUENTE PIEDRA | SUPERFICIE <input type="checkbox"/><br>CONCENTRADORA <input type="checkbox"/><br>SUBSUELO <input checked="" type="checkbox"/>                                                             | Debajo 2500 m <input checked="" type="checkbox"/> 3501 a 4000 m <input type="checkbox"/><br>Hasta 3000 m <input type="checkbox"/> 4001 a 4500 m <input type="checkbox"/><br>3001 a 3500 m <input type="checkbox"/> Más de 4501 m <input type="checkbox"/>                                   |                      |
| EDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SEXO                                                                | DOCUMENTO DE IDENTIDAD                                                  | ESTADO CIVIL                                                                                                                                                                              | GRADO DE INSTRUCCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |
| 42 Años                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | M <input checked="" type="checkbox"/><br>F <input type="checkbox"/> | 80375701<br>TELEFONO: 953687653                                         | Soltero <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/><br>Casado <input checked="" type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/><br>Divorciado <input type="checkbox"/> | Analfabeto <input type="checkbox"/> Sec. Incomp. <input type="checkbox"/><br>Primaria Incomp. <input type="checkbox"/> Sec. Comp. <input type="checkbox"/><br>Primaria Comp. <input type="checkbox"/> Técnico <input checked="" type="checkbox"/><br>Universitario <input type="checkbox"/> |                      |
| Ruido <input checked="" type="checkbox"/> Cancigerígenos <input type="checkbox"/> Temperaturas <input type="checkbox"/> Cargas <input type="checkbox"/><br>Polvo <input checked="" type="checkbox"/> Mutagénicos <input type="checkbox"/> Biológicos <input type="checkbox"/> Mov. Repet. <input checked="" type="checkbox"/><br>Vib segmentar <input type="checkbox"/> Solventes <input type="checkbox"/> Posturas <input checked="" type="checkbox"/> PVD <input type="checkbox"/><br>Vib total <input type="checkbox"/> Metales pesados <input type="checkbox"/> Turnos <input type="checkbox"/> Otros <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                     |                                                                         | Describir según corresponda:<br>Puesto al que postula : conductor tipo I<br>Puesto actual: ---<br>Reubicación: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>         |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES (VER HISTORIA OCUPACIONAL)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                     |                                                                         |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |
| ANTECEDENTES PERSONALES (Enfermedad y accidentes en el trabajo y fuera del mismo)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                     |                                                                         | ALERGIAS Y/O REACCIONES ADVERSAS DE MEDICAMENTOS                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |
| E13.9 - Diabetes mellitus especificada, sin mención de complicación - Diagnosticada hace 1 años en trtaamient actual con metformina 1 tableta pre-desayuno y pre-almuerzo - 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                     |                                                                         | ---                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |
| Refiere Discapacidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                     | No                                                                      | CIE 10                                                                                                                                                                                    | ---                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Tipo                 |
| ANTECEDENTES FAMILIARES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                     |                                                                         | INMUNIZACIONES                                                                                                                                                                            | SIN HIJOS                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NÚMERO DE HIJOS      |
| NO REFIERE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                         | Tétano: <input type="checkbox"/><br>Hepatitis B: <input type="checkbox"/><br>Fiebre Amarilla: <input type="checkbox"/>                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                         | VIVOS MUERTOS<br>0 0 |
| HÁBITOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Tabaco                                                              | Alcohol                                                                 | Coca                                                                                                                                                                                      | TALLA                                                                                                                                                                                                                                                                                       | PESO                 |
| Nada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                 | <input type="checkbox"/>                                                | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                       | 164 cms.                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 74.5 Kg              |
| Poco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                            | <input checked="" type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |
| Habitual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                            | <input type="checkbox"/>                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |
| Excesivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                            | <input type="checkbox"/>                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |
| Obs.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                     |                                                                         |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                         | IMC                                                                                                                                                                                       | FUNCIÓN RESPIRATORIA                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                         | 27.6                                                                                                                                                                                      | Abs %                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                         |                                                                                                                                                                                           | FVC 0.00 ---                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                         |                                                                                                                                                                                           | FEV1 0.00 ---                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                         |                                                                                                                                                                                           | FEV1 / FVC 0.00 ---                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                         |                                                                                                                                                                                           | FEF 25-75% 0.00 ---                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                         |                                                                                                                                                                                           | Conclusión:No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                         |                                                                                                                                                                                           | TEMPERATURA                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                         |                                                                                                                                                                                           | 36.5 °C                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                         |                                                                                                                                                                                           | Cintura : 91 cm                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                         |                                                                                                                                                                                           | Cadera : 101 cm                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                         |                                                                                                                                                                                           | ICC : 0.90 cm                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |
| CABEZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NORMAL                                                              | <input checked="" type="checkbox"/>                                     | ANORMAL                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |
| Normocéfalo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                     |                                                                         |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |
| CUELLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NORMAL                                                              | <input checked="" type="checkbox"/>                                     | ANORMAL                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |
| 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                                                              | <input checked="" type="checkbox"/>                                     | ANORMAL                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |
| Fosas nasales permeables, tabique nasal sin desviaciones, cornetes no hipertróficos, no secreciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                     |                                                                         |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |
| BOCA, AMIGDALAS, FARINGE, LARINGE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                     |                                                                         | NORMAL                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                         | ANORMAL              |
| Labios sin lesiones, mucosa oral húmeda.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                     |                                                                         | Piezas en mal estado: 0                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                         | Piezas que faltan: 0                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |
| OJOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Sin corregir                                                        |                                                                         | Corregida                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ENFERMEADES OCULARES |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | OD                                                                  | OI                                                                      | OD                                                                                                                                                                                        | OI                                                                                                                                                                                                                                                                                          | AUSENTE              |
| VISIÓN DE CERCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 0,50                                                                | 0,50                                                                    | No usa                                                                                                                                                                                    | No usa                                                                                                                                                                                                                                                                                      | REFLEJOS PUPILARES   |
| VISIÓN DE LEJOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 20/20                                                               | 20/20                                                                   | No usa                                                                                                                                                                                    | No usa                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CONSERVADOS          |
| VISIÓN DE COLORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Adecuado                                                            |                                                                         |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |

|                      |  |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>OIDOS</b>         |  |  |  |  |  |  |  | Audición derecha 500 1000 2000 3000 4000 8000   |  |  |  |  |  |  |  |
| Hz                   |  |  |  |  |  |  |  | Audición izquierda 500 1000 2000 3000 4000 8000 |  |  |  |  |  |  |  |
| dB (A)               |  |  |  |  |  |  |  | dB (A)                                          |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 15 10 35 35 25 20 |  |  |  |  |  |  |  | 10 15 10 10 20 15 20                            |  |  |  |  |  |  |  |

**OTOSCOPIA**

OD : Normal

OI : Normal

**EN REPOSO**

|             |                            |          |                   |           |
|-------------|----------------------------|----------|-------------------|-----------|
| Pulso x min | Presión Arterial Sistémica |          | F. Respiratoria : | Sat. O2 : |
| 81 puls/min | Sistólica                  | 110 mmHg | 18 resp/min       | 98 %      |
|             | Diastólica                 | 60 mmHg  |                   |           |

**TORAX**

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

**CORAZON**

Corazón; ruidos cardíacos 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**

Equilibrio y coordinación motora normales.

**APARATO LOCOMOTOR**

Rangos Articulares: 4 puntos  
Aptitud de Espalda: 6 puntos

**COLUMNA VERTEBRAL**

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

**ABDOMEN**

Blando, depresible, no doloroso, ruidos hidroaéreos presentes, no visceromegalia.

**TACTO RECTAL**

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**

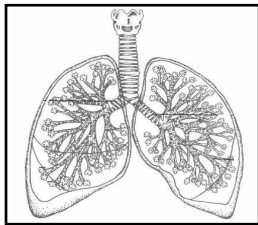
Adecuados a edad y sexo, sin alteraciones.

**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 80375701  
Fecha 6/07/2022 01  
Calidad 2  
Símbolos ---

Vértices: Sin alteraciones

Campos pulmonares: Parenquima

Hilios: Conservado

Senos: Libres, no efusión pleural.

Mediastinos: Normales

Conclusiones radiográficas: Placa Radiograficamente Normal.

Silueta cardiovascular: Dimensiones Normales.

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

GRUPO SANGUÍNEO

FACTOR RH

O ☒ A ☐ B ☐ AB ☐ + ☒ - ☐

HEMOGLOBINA: 14.8 g/dL

HEMATOCRITO: 44.9 %

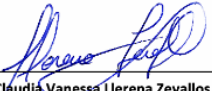
|       |           |                     |             |                |            |            |            |           |            |          |
|-------|-----------|---------------------|-------------|----------------|------------|------------|------------|-----------|------------|----------|
| ORINA | Color :   | Amarillo Claro      | Leu :       | No se observan | Densidad : | 1.01 g/cm3 | Bili Ori : | Negativo  | Nitritos : | Negativo |
|       | Aspecto : | Ligeramente Turbida | Herm :      | No se observan | Prot Ori : | Negativo   | Uro Ori :  | 0.2 mg/dl |            |          |
|       | Cel Epi : | Escasos             | Cristales : | No se observan | Glu Ori :  | Negativo   | Hem Ori :  | Negativo  |            |          |
|       | Ger :     | Escasos             | PH :        | 6              | Cue Ceto : | Negativo   | Est Leu :  | Negativo  |            |          |

Exámenes Auxiliares Complementarios

NO APLICA

Riesgo Coronario 0.00 %

Score de Framingham NO APLICA

|                                               |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RESULTADO DE EVALUACIÓN<br>Apto para Trabajar | SI <input checked="" type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> | <br><br>Dra. Claudia Vanessa Llerena Zevallos<br>Médico de salud ocupacional<br>CMP: 049335 / RNM: M00955<br>S.G. NATCLAR S.A.C. | <br><br>Dr. Diego Fernando Cornejo Pizarro<br>Médico Ocupacional<br>CMP: 70597<br>S.G. NATCLAR S.A.C. | <br><br>Dra. Elvia Hilda Julia Bernaola Miranda<br>Médico Auditor<br>CMP: 072101 RNA: A10086<br>S.G. NATCLAR S.A.C. |
|                                               |                                                                       | Medico Ocupacional<br>LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA                                                                                                                                                                                                                                                        | Medico Evaluador<br>CORNEJO PIZARRO, DIEGO FERNANDO                                                                                                                                                                                                                          | Medico Auditor<br>BERNAOLA MIRANDA, ELVIA HILDA JULIA                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                               |                                                                       | C.M.P 49335                                                                                                                                                                                                                                                                                            | C.M.P 70597                                                                                                                                                                                                                                                                  | C.M.P 72101                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                               |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

EXAMENES COMPLEMENTARIOS : EVALUACION PSICOLOGICA: APTO

OBSERVACIONES

| CIE     | DESCRIPCION                                                                  | RECOMENDACIONES /RESTRICCIONES                                                                                                                                                                                                                               |
|---------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - Z01.6 | Examen radiológico, no clasificado en otra parte                             | - Radiografía de torax posteroanterior: Normal. Se recomienda control anual por Neumología.                                                                                                                                                                  |
| - H90.4 | Hipoacusia neurosensorial, unilateral con audición irrestricta contralateral | - Hipoacusia neurosensorial leve oído derecho. Fue evaluado 08/09/22 Dr. Astocondor Salazar CMP:15123 RNE:7522 Diagnostico:Hipoacusia Neurosensorial leve bilateral. Apto con restricciones:Uso de protección auditiva estricta exposición de ruido mayor a  |
| - Z01.0 | Examen de ojos y de la visión                                                | - Emétrope. Se recomienda control oftalmológico anual.                                                                                                                                                                                                       |
| - E67   | Otros tipos de hiperalimentación                                             | - Sobrepeso. Se recomienda dieta hipocalórica e hipograsa, aumentar actividad física. Control por Nutrición.                                                                                                                                                 |
| - E11   | Diabetes mellitus no insulino dependiente                                    | - Antecedente de Diabetes Mellitus en el año 2019, en tratamiento con metformina 850mg 1tab diaria. Glucosa: 114 mg/dl. Evaluado 8/7/22 Dr. Abuid Ticona CMP:9944 RNE:24223 Diagnostico:Diabetes mellitus controlada, GB (8/7/22):106mg/dl, Hb glicosilada ( |

VEGA ALFARO, ALFREDO CARLOS

Firma del examinado



Huella digital índice derecho  
Declaro que toda la información es verdadera

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

VEGA ALFARO, ALFREDO CARLOS

80375701

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

**DATOS PERSONALES**

**APELLIDOS Y NOMBRES:** VEGA ALFARO, ALFREDO CARLOS

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**  
80375701

**FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa):**  
09/08/1979  
EDAD: 42 Años

**SEXO:**  
Masculino ☒ Femenino ☐

**DIRECCIÓN:** MZ F LT 3 ASOCIACION CRUZ DE MOTUPE, 1 LIMA, PUENTE PIEDRA

**EMPLEADOR:**  
JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.

**ACTIVIDAD A REALIZAR:**  
conductor tipo I

**1. FUNCIONES VITALES**

**FC:** 81 puls/min

**PA:** 110/60 mmHg

**FR:** 18 resp/min

**IMC:** 27.60

**SO2:** 98.00 %

**2. ANAMNESIS :**

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

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

**Especificar:** Ninguno.

**Especificar:** - . ()

**Especificar:** - . ()

**FUR:** NO APLICA

**3. EXAMEN FÍSICO**

**3.1 APARATO CARDIOVASCULAR:**

**Características del pulso:** 81 por minuto, palpable, rítmico y constante.

**Observación:** No se observa ingurgitación yugular.

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

**3.2 APARATO RESPIRATORIO:**

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

**Percusión:** Tórax timpánico en ambos campos pulmonares.

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

**4. EXAMENES COMPLEMENTARIOS:**

Valor Hemoglobina: **14.80** Valor Hematocrito: **44.90 %** Glucosa en Sangre: **114.00 mg/dL** Hemoglobina Glicosilada: **NO APLICA**  
Interpretación EKG: **Sin alteraciones.** Trazado normal

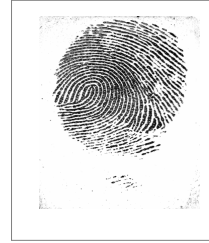
**ANEXO 16 - A**  
**EVALUACIÓN MÉDICA PARA ASCENSO A GRANDES ALTITUDES**  
**(mayor de 2.500 m.s.n.m.)**

**APELLIDOS Y NOMBRES:** VEGA ALFARO, ALFREDO CARLOS

**DNI:** 80375701

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.

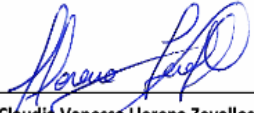
Firma del Paciente



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                                                                                |                          |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| <b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b> LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA                                           |                          |                       |
| <b>DIRECCIÓN:</b> Calle Juvenal Denegri Nro. 202 - 204, Urb. Santa Catalina - La Victoria, LIMA |                          |                       |
| <b>CMP:</b> 49335                                                                               | <b>FECHA:</b> 06/07/2022 | <b>FIRMA Y SELLO:</b> |

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



## FICHA DE APTITUD SENSOMETRICA

| IDENTIFICACION         |                                    |                          |                  |
|------------------------|------------------------------------|--------------------------|------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRES :  | VEGA ALFARO ALFREDO CARLOS         |                          |                  |
| FECHA DE NACIMIENTO :  | 09/08/1979                         | EDAD :                   | 42 años          |
| DNI :                  | 80375701                           |                          |                  |
| GRADO DE INSTRUCCION : | TECNICO COMPLETO                   | FECHA Y HORA DE EXAMEN : | 06/07/2022 13:21 |
| 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     | 0,50          | 0,50                 | No usa        | No usa    |
|                                     | VISION LEJOS       | 20/20         | 20/20                | No usa        | No usa    |
| CAMPO VISUAL :                      | Derecho: 85        |               | Izquierdo: 85        |               |           |
| VISIÓN DE PROFUNDIDAD :             | 100%               |               |                      |               |           |
| DISCRIMINACIÓN DE COLORES :         | Adecuado           |               |                      |               |           |
| DESVIACIÓN DE EJE VISUAL VERTICAL : | 7                  |               |                      |               |           |
| DESVIACIÓN DE EJE VISUAL HORIZONTAL | B                  |               |                      |               |           |
| VISIÓN NOCTURNA :                   | Adecuado           |               |                      |               |           |
| ENCANDILAMIENTO :                   | Adecuado           |               |                      |               |           |
| REACCIÓN DE ENCANDILAMIENTO :       | Adecuado           |               |                      |               |           |
| TEST DE ISHIHARA :                  | Adecuado           |               |                      |               |           |
| TONOMETRIA :                        | Derecho: No Aplica |               | Izquierdo: No Aplica |               |           |
| ESTEREOPSIS :                       | Adecuado           |               |                      |               |           |
| FORIA :                             | Adecuado           |               |                      |               |           |
| TEST DE SCHIRMER :                  | OD :               | No aplica     |                      | OI :          | No aplica |

**CIEs: Diagnósticos:**

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

**Recomendaciones:**

Emétrope. Se recomienda control oftalmológico anual.

| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES  |                                                      |
|---------------------------------|------------------------------------------------------|
| - Examen de ojos y de la visión | Emétrope. Se recomienda control oftalmológico anual. |

Según Resolución directorial N° 13674-2007-MTC



DR. EDUARDO E. ROJAS ORTEGA  
CMP: 31685  
Oftalmólogo

# EVALUACIÓN AUDITIVA

Apellidos y Nombres VEGA ALFARO, ALFREDO CARLOS

DNI : 80375701

Edad: 42 Años Sexo: Masculino

Empresa JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.

Tipo de Examen : Examen de Ingreso

Fecha del Examen : 06/07/2022

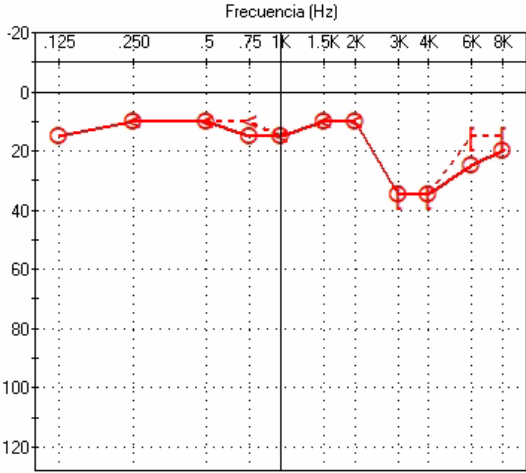
Puesto : conductor tipo I

Zona : SUBSUELO/SOCAVON

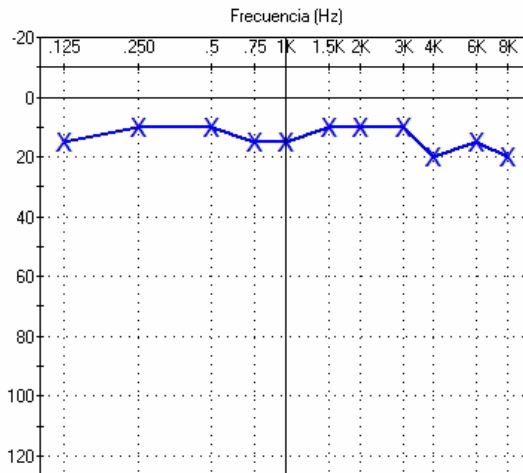
Hora : 12:38  
Area : OPERACIONES

## GRAFICA DE AUDIOMETRIA TONAL

### Oído derecho



### Oído izquierdo



## AUDIOMETRIA TONO PURO

### Promedio (500-1000-2000 Hz)

|             | Derecha | Izquierda |
|-------------|---------|-----------|
| Cond. Aérea | 0       | 0         |
| Cond. Ósea  | 0       | 0         |

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

## DIAPASONES (Acumetría)

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

| OD        | Weber | OI        |
|-----------|-------|-----------|
| ←         | 512   | →         |
| No aplica | 1024  | No aplica |

Datos del Audiometro

Marca : INTERACOUSTICS

Modelo : AD629

Fecha de calibración objetiva :

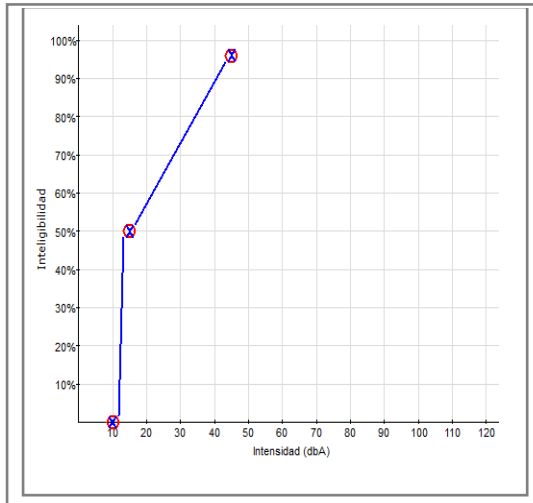
03/12/2021

Datos Ambiente

Evaluación realizada en cabina :

Si ☒ No ☐

## GRAFICA LOGO AUDIOMETRICA



## LOGO AUDIOMETRIA

|                            | OD | OI |
|----------------------------|----|----|
| Umbral SDT (dB)            | 10 | 10 |
| Umbral SRT (dB)            | 15 | 15 |
| Umbral UMD (dB)            | 45 | 45 |
| % Discriminación Monoaural | 96 | 96 |

## NIVELES EFECTIVOS DE ENMASCARAMIENTO

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

## INTERPRETACION CLINICA

### OIDO DERECHO

- H90.4 - Hipoacusia Neurosensorial Leve

### OIDO IZQUIERDO

- Z01.1 - Normoacusia

Método para el cálculo de la severidad audiométrica:

--

## INTERPRETACION OCUPACIONAL

### OIDO DERECHO

- Otras alteraciones según Klockhoff

### OIDO IZQUIERDO

- Normal



Isabel Solís Pérez  
Licenciada en enfermería  
CEP: 066574  
S.G. NATCLAR S.A.C.



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

## EVALUACIÓN AUDITIVA

**Apellidos y Nombres** VEGA ALFARO, ALFREDO CARLOS

**DNI :** 80375701

**EDAD :**

42 Años

**SEXO :** Hombre

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

**Actividad de la empresa :**

**CIU :**

**Tipo de Examen :** Examen de Ingreso

**Fecha y Hora del Examen :**

06/07/2022

12:38

**Tipo Audiometría :** Base

**Puesto :** conductor tipo I

**Zona :** SUBSUELO/SOCA

**Area :** OPERACIONES

### 1.1. Historia laboral - Exposición Actual

Antigüedad en el puesto actual : ---

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

☐ Muy intenso

☐ Moderado

☐ No molesto

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

Equipos de Protección Auditiva :

SI :

☐

NO :

☐

Tipo de Protección Auditiva : ---

Uso de Equipo de Protección Auditiva : ---

Duración : ---

### 1.2. Historia laboral - Antecedentes

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

Si ( X ) No ( ) 18 años 4 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 |
|-----------------|-------------------|------------|------------|--------------------|-----------------------|------------------------------------------------|------------------|
| VARIAS EMPRESAS | CONDUCTOR         | 01/01/2004 | 01/12/2015 | Ruido              | 12                    | Tapones auditivos (Sólo en caso de exposición) | 12 a             |

| 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  | 01/04/2016 |       | Ruido              | 8                     | Orejeras (Frecuentemente), Tapones auditivos (Frecuentemente) | 6 a 4 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 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Encefalitis      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Otosclerosis     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Hipoacusias (Incluido la Subita) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Sarampión   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Sinusitis        | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Parálisis facial | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Enf. Cerebro vasculares          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| TEC         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Alt. Metabolismo | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | TBC              | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Otitis crónica                   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Rubeola     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Meningitis       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Rinitis          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Traumatismo del Oído Interno     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Comentarios | ---                      |                                     |                  |                          |                                     |                  |                          |                                     |                                  |                          |                                     |

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

|                                       |                             |                                        |                   |                     |                                       |
|---------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|-------------------|---------------------|---------------------------------------|
| Otalgia                               | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Localización: --- | Frecuencia: ---     | Duración: ---                         |
| Otorrea                               | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Localización: --- | Característica: --- | Frecuencia: ---                       |
| Fluctuación de la agudeza auditiva    | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Localización: --- | Duración: ---       | Asociada a IVRS o mojarse el oído: No |
| Plenitud ótica                        | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Localización: --- |                     |                                       |
| Disminución de audición (No escucha)  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Localización: --- | Frecuencia: ---     |                                       |
| Tinnitus                              | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Localización: --- | Clasificación: ---  |                                       |
| Disminución de audición (No entiende) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Localización: --- | Frecuencia: ---     |                                       |
| Vértigo                               | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |                   |                     |                                       |

Carácter Tranquilo ☒ Agresivo ☐ Colérico ☐ Inquieto ☐ Nervioso ☐

**2.2. Condiciones de Evaluación:** Óptimo

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

**2.3. Examen ORL:**

| Normal                                             | Descripción                                                                                                                                                   | Anormal                  | Descripción |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|
| Nariz <input checked="" type="checkbox"/>          | Fosas nasales permeables, septum nasal sin desviaciones, cornetes no hipertroficados, no secreciones.                                                         | <input type="checkbox"/> | ---         |
| Faringoscopia: <input checked="" type="checkbox"/> | Velo del paladar, Úvula, amígdalas de característica normal, faringe rosada, leve vascularización, no exudado, cavidad oral libre, no úlceras, no tumoración. | <input type="checkbox"/> | ---         |

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

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

**TEMPERATURA HUMEDAD:** Temperatura confortable: Si Valor: 22 °C Humedad confortable: Si Valor: 63 %

**CONCLUSIONES**

Logaudiometría - Adecuada discriminación de la palabra bilateral a intensidad de voz normal.  
Umbral Auditivos - Umbral auditivos unilateralmente disminuidos en oído derecho

**RECOMENDACIONES**

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



Isabel Solís Pérez  
Licenciada en enfermería  
CEP: 066574  
S.G. NATCLAR S.A.C.



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

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

# FORMATO DE EVALUACIÓN DE PLACAS RADIOGRÁFICAS

Código del trabajador

80375701

FECHA DE PLACA RADIOGRÁFICA

Mes Día Año

07 6 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 RADIOGRAFIA

1 2 3 I/C

I/C = inclasificable

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

☐ Sobreexpuesta (oscura)

☐ Subexpuesta (clara)

☐ Artefactos

☒ Posición incorrecta

☐ Contraste deficiente

☐ Procesamiento deficiente

☐ Subinsuflación

☐ Moteada

☐ Otro (especifique)

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

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

## 2B. OPACIDADES PEQUEÑAS

a. Forma/Tamaño

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

b. Zonas

Derecha Izquierda  
Superior  
Intermedia  
Inferior

c. Abundancia

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

## 2C. OPACIDADES GRANDES

Tamaño O A B C Pase a la seccion 3A

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

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

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

Pared torácica Localización Calcificación  
De perfil O D I O D I  
De frente O D I O D I  
Diafragma O D I O D I  
Otro(s) sitio(s) O D I 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 O I  
1 2 3 1 2 3

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

O D O I  
a b c a b c

## 3C. OBLITERACIÓN DEL ÁNGULO COSTOFRÉNICO

D I Pase a la sección 3D

No ☒ Pase a la seccion 4A

## 3D. ENGROSAMIENTO PLEURAL DIFUSO

Localización

Pared torácica  
De perfil O D I  
De frente O D I

(marque localización, calcificación, extensión y anchura)

Calcificación

O D I O D I  
O D I 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 O I  
1 2 3 1 2 3

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

O D O I  
a b c a b c

## 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

OD 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

07 6 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 | - Radiografía de torax posteroanterior: Normal. Se recomienda control anual por Neumología. |

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 : **VEGA ALFARO, ALFREDO CARLOS**

Fecha Nac. : 09/08/1979 Sexo: M

Dni : 80375701

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

Ocupación : conductor tipo I

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02423957**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 6/07/22

Fecha Informe : 11/07/22

17:00:42

## HEMATOLOGÍA

### HEMOGRAMA

| Pruebas Realizadas                             | Resultado | Rango de Referencia | Unidades                         |
|------------------------------------------------|-----------|---------------------|----------------------------------|
| <b>MUESTRA: Sangre</b>                         |           |                     |                                  |
| Hemoglobina                                    | 14.8      | 12.0 - 16.0         | g/dL                             |
| Hematocrito                                    | 44.9      | 36.0 - 48.0         | %                                |
| Hematíes                                       | 5.01      | 4 - 5.2             | 10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup> |
| Volumen corpuscular media                      | 90        | 80 - 100            | fL                               |
| Hemoglobina corpuscular media                  | 29.5      | 27.0 - 32.0         | pg                               |
| Concentración de hemoglobina corpuscular media | 32.8      | 32.0 - 36.0         | g/dL                             |
| Plaquetas                                      | 307       | 150 - 350           | 10 <sup>3</sup> /uL              |
| Volumen plaquetario medio                      | 11.1      | 7.5 - 11.5          | fL                               |

### Fórmula Leucocitaria Total y Diferencial

|                         |       |               |                     |
|-------------------------|-------|---------------|---------------------|
| Leucocitos totales      | 6.3   | 4.5 - 11.0    | 10 <sup>3</sup> /uL |
| Linfocitos              | 31.1  | 25.0 - 50.0   | %                   |
| Basófilos               | 0.5   | 0.0 - 1.0     | %                   |
| Monocitos               | 7.0   | 2.0 - 10.0    | %                   |
| Neutrófilos segmentados | 60.9  | 35.0 - 66.0   | %                   |
| Eosinófilos             | 0.5   | 0.0 - 3.0     | %                   |
| Bastones                | 00.1  | 00.0 - 02.0   | %                   |
| Linfocitos absolutos    | 1.95  | 1.00 - 4.80   | 10 <sup>3</sup> /uL |
| Basófilos absolutos     | 00.03 | 00.00 - 00.20 | 10 <sup>3</sup> /uL |
| Monocitos absolutos     | 0.44  | 0.20 - 1.50   | 10 <sup>3</sup> /uL |
| Neutrófilos absolutos   | 3.81  | 2.00 - 9.00   | 10 <sup>3</sup> /uL |
| Eosinófilos absolutos   | 0.03  | 0.00 - 0.70   | 10 <sup>3</sup> /uL |
| Bastones absolutos      | 0.01  | 0.00 - 0.50   | 10 <sup>3</sup> /uL |

Morfología Eritrocitos Normal

Morfología Leucocitos Normal

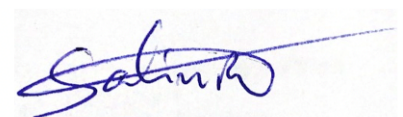
Morfología Plaquetas Normal

Observación Sin observaciones

**Método:** Impedancia volumétrica

\* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:

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

Paciente : **VEGA ALFARO, ALFREDO CARLOS**

Fecha Nac. : 09/08/1979 Sexo: M

Dni : 80375701

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

Ocupación : conductor tipo I

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02423957**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 6/07/22

Fecha Informe : 11/07/22

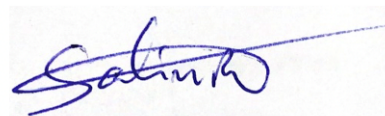
17:00:42

## 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 : **VEGA ALFARO, ALFREDO CARLOS**

Fecha Nac. : 09/08/1979 Sexo: M

Dni : 80375701

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

Ocupación : conductor tipo I

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02423957**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 6/07/22

Fecha Informe : 11/07/22

17:00:42

## Bioquímica

| Pruebas realizadas | Resultado    | Unidad de Medida | Rango de referencia | Método    |
|--------------------|--------------|------------------|---------------------|-----------|
| GLUCOSA BASAL      | * <b>114</b> | 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 : **VEGA ALFARO, ALFREDO CARLOS**

Fecha Nac. : 09/08/1979 Sexo: M

Dni : 80375701

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

Ocupación : conductor tipo I

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02423957**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 6/07/22

Fecha Informe : 11/07/22

17:00:42

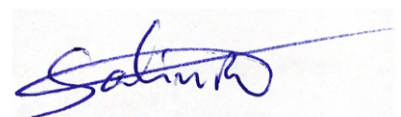
## Microbiología

### EXAMEN COMPLETO DE ORINA

| Pruebas Realizadas         | Resultado          | Rango de Referencia | Unidades |
|----------------------------|--------------------|---------------------|----------|
| <b>MACROSCOPICO:</b>       |                    |                     |          |
| Color                      | Amarillo Claro     |                     |          |
| Aspecto                    | Ligeramente Turbio |                     |          |
| <b>EXAMEN QUÍMICO:</b>     |                    |                     |          |
| PH                         | 6.00               | 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           |                     |          |
| <b>SEDIMENTO URINARIO:</b> |                    |                     |          |
| Células epiteliales        | Escasos            |                     |          |
| Gérmenes                   | Escasos            |                     |          |
| Leucocitos                 | No se observan     |                     |          |
| Hematíes                   | No se observan     |                     |          |
| Cristales                  | No se observan     |                     |          |
| <b>Observaciones:</b>      |                    |                     |          |
| <b>Metodo:</b>             |                    |                     |          |
|                            | Fotorfx            |                     |          |

\* = 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

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

**ANEXO N°. 03**  
**Ficha Psicológica Ocupacional**

|                             |            |            |            |
|-----------------------------|------------|------------|------------|
| <b>N° Ficha</b> C0000197902 | 06         | 07         | 2022       |
|                             | <b>Día</b> | <b>Mes</b> | <b>Año</b> |

**I. DATOS GENERALES**

Apellidos y Nombres: VEGA ALFARO ALFREDO CARLOS

Edad: 42 Años

Fecha de Nacimiento: 09/08/1979

Lugar de Nacimiento: LIMA / LIMA

Estado Civil: Casado

Grado de instrucción: TECNICO COMPLETO

Lugar de Residencia: MZ F LT 3 ASOCIACION CRUZ DE MOTUPE, 1 LIMA  
PUENTE PIEDRA

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

**III. DATOS OCUPACIONALES**

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

Nombre de la Empresa : JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.

Actividad de la Empresa :

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

Puesto : conductor tipo I

Principales Riesgos

Ruido ☒ Cancerígenos ☐ Temperaturas ☐ Cargas ☐ Vib segmentar ☐ Solventes ☐ Posturas ☒ PVD ☐

Polvo ☒ Mutagénicos ☐ Biológicos ☐ Mov. Repet. ☒ Vib total ☐ Metales pesados ☐ Turnos ☐ Otros ☒

**3.2: ANTERIORES EMPRESAS:** (experiencia laboral)

| Fecha      | NOMBRE DE LA EMPRESA               | ACT. DE LA EMPRESA                | PUESTO           | TIEMPO  |                | Observaciones |
|------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------|---------|----------------|---------------|
|            |                                    |                                   |                  | SUP     | SUB            |               |
| 01/04/2016 | JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C. | Transporte de carga por carretera | conductor tipo I |         | 6 años 4 meses | NO APLICA     |
| 01/01/2004 | VARIAS EMPRESAS                    | Otros tipos de crédito            | CONDUCTOR        | 12 años | --             | NO APLICA     |
| 01/01/2002 | HISPANOAMERICANA SAC               |                                   | COBRADOR         | 2 años  | --             | NO APLICA     |

**IV. HISTORIA FAMILIAR**

- NO REFIERE

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

- NO REFIERE

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

Tabaco: Nada  
Alcohol: Poco  
Coca: Nada

## VII. EXAMEN MENTAL

### 7.1 OBSERVACIONES

#### PRESENTACIÓN

Adecuado ☐ Inadecuado ☐

#### POSTURA

Erguida ☐ Encorvada ☐

#### DISCURSO

Lento ☐ Rápido ☐ Fluido ☐

Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐

Con dificultad ☐ Sin dificultad ☐

#### ORIENTACIÓN

Tiempo: Orientado ☐ Desorientado ☐

Espacio: Orientado ☐ Desorientado ☐

Persona: Orientado ☐ Desorientado ☐

### 7.2 PROCESOS COGNITIVOS Y EMOCIONALES

Aptitud: Apto para el puesto de trabajo habitual.

## VIII. DIAGNÓSTICO FINAL

APTO ☒

OBSERVADO ☐

  
Lic. Rosa Quintero Pumacahua  
Psicóloga  
CSP: 24005  
S.G. NATCLAR S.A.C.

QUINTERO PUMACAHUA, ROSA DE HILARIA



Fecha : 6/07/2022  
Unidad :

|                      |                                      |                |            |
|----------------------|--------------------------------------|----------------|------------|
| APELLIDOS Y NOMBRES  | : VEGA ALFARO ALFREDO CARLOS         |                |            |
| OCUPACIÓN            | : conductor tipo I                   | EDAD           | : 42 años  |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN | : TECNICO COMPLETO                   | DNI            | : 80375701 |
| EMPRESA              | : JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C. | TIPO DE EXAMEN | : MANEJO   |

| FACTORES                          | COMPETENCIAS PSICOLOGICAS                    | BAJO |   |   | MEDIO |   |   | ALTO |   |   |
|-----------------------------------|----------------------------------------------|------|---|---|-------|---|---|------|---|---|
|                                   |                                              | 1    | 2 | 3 | 4     | 5 | 6 | 7    | 8 | 9 |
| <b>HABILIDADES Y DESTREZAS</b>    | Precisión                                    |      |   |   |       |   |   |      | X |   |
|                                   | Tiempo de Reacción                           |      |   |   |       |   |   | X    |   |   |
|                                   | Coordinación Visomanual                      |      |   |   |       |   |   |      |   | X |
|                                   | Orientación Espacial                         |      |   |   |       |   |   |      |   | X |
|                                   | Percepción, Atención                         |      |   |   |       | X |   |      |   |   |
| <b>PERSONALIDAD</b>               | Activo, acata las reglas, cuidadoso          | X    |   |   |       |   |   |      |   |   |
|                                   | Controlado, relajado, tranquilo,no frustrado | X    |   |   |       |   |   |      |   |   |
|                                   | Sentido de responsabilidad intrapersonal e   | X    |   |   |       |   |   |      |   |   |
| <b>ACTITUD HACIA LA SEGURIDAD</b> | Comportamiento en tráfico                    |      |   |   |       |   |   |      |   |   |

| ENTREVISTA                                      |                     |
|-------------------------------------------------|---------------------|
| OBESERVACIONES :                                |                     |
| EVALUADOR : QUINTERO PUMACAHUA, ROSA DE HILARIA | COLEGIATURA : 24005 |

## FICHA DE APTITUD PSICOSENSOMETRICA

| IDENTIFICACION                                                                       |                                          |                              |                      |               |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------|----------------------|---------------|--------|
| <b>APELLIDOS Y NOMBRES :</b>                                                         | VEGA ALFARO ALFREDO CARLOS               |                              |                      |               |        |
| <b>FECHA DE NACIMIENTO :</b>                                                         | 09/08/1979                               | <b>EDAD :</b>                | 42 años              |               |        |
| <b>DNI :</b>                                                                         | 80375701                                 | <b>N° DE LICENCIA :</b>      | Q_80375701           |               |        |
| <b>GRADO DE INSTRUCCION :</b>                                                        | TECNICO COMPLETO                         | <b>FECHA DE EXAMEN :</b>     | 06/07/2022           |               |        |
| <b>NOMBRE DE LA EMPRESA :</b>                                                        | JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.       | <b>CATEGORIA :</b>           | A III-c              |               |        |
| <b>RESTRICCION ACTUAL :</b>                                                          | No usa lentes                            | <b>VEHICULO A CONDUCIR :</b> | ----                 |               |        |
| EVALUACION SENSOMETRICA                                                              |                                          |                              |                      |               |        |
| AGUDEZA VISUAL                                                                       | OJOS                                     | SIN CORRECTOR                |                      | CON CORRECTOR |        |
|                                                                                      |                                          | O.D.                         | O.I.                 | O.D.          | O.I.   |
|                                                                                      |                                          | <b>VISION CERCANA</b>        | 0,50                 | 0,50          | No usa |
|                                                                                      | <b>VISION LEJOS</b>                      | 20/20                        | 20/20                | No usa        | No usa |
| Según Resolución Directoral N° 13674-2007-MTC/15                                     |                                          |                              |                      |               |        |
| <b>CAMPO VISUAL :</b>                                                                | Derecho: 85°                             |                              | Izquierdo: 85°       |               |        |
| <b>DESVIACION DE EJES VISUALES :</b>                                                 | Horizontal: B                            |                              | Vertical: 7          |               |        |
| <b>VISION DE PROFUNDIDAD :</b>                                                       | Adecuado                                 |                              |                      |               |        |
| <b>DISCRIMINACION DE COLORES :</b>                                                   | Adecuado                                 |                              |                      |               |        |
| <b>DISCRIMINACION DE ISHIHARA :</b>                                                  | 0                                        |                              |                      |               |        |
| <b>VISION NOCTURNA :</b>                                                             | Adecuado                                 |                              |                      |               |        |
| <b>ENCANDILAMIENTO :</b>                                                             | Adecuado                                 |                              |                      |               |        |
| <b>REACCION DE ENCANDILAMIENTO :</b>                                                 | Adecuado                                 |                              |                      |               |        |
| <b>TONOMETRIA :</b>                                                                  | Derecho: No Aplica                       |                              | Izquierdo: No Aplica |               |        |
| <b>RESULTADOS</b>                                                                    |                                          |                              |                      |               |        |
| <b>RESPONSABLE SENSOMETRICO :</b>                                                    | MORAN PEÑA, MARTINA                      |                              |                      |               |        |
| <b>MEDICO RESPONSABLE :</b>                                                          | LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA                |                              |                      |               |        |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES                                                       |                                          |                              |                      |               |        |
| - Examen de ojos y de la visión Emétrope. Se recomienda control oftalmológico anual. |                                          |                              |                      |               |        |
| EVALUACION PSICOMETRICA                                                              |                                          |                              |                      |               |        |
| TEST DE PALANCA                                                                      | RESULTADOS                               | VALOR NORMAL                 |                      |               |        |
| ERRORES                                                                              | 0.00                                     | MENOR DE 12                  |                      |               |        |
| TIEMPO DE ERROR                                                                      | 0.00                                     | MENOR DE 5                   |                      |               |        |
| TIEMPO DE PRUEBA                                                                     | 20.76                                    | MAXIMO 60                    |                      |               |        |
| TEST DE REACTIMETRO                                                                  |                                          | VALOR NORMAL                 |                      |               |        |
| TIEMPO DE REACCION                                                                   | 3.72                                     | MENOR O IGUAL DE 4.3 seg.    |                      |               |        |
| TEST DE PUNTEADO                                                                     |                                          | VALOR NORMAL                 |                      |               |        |
| ERRORES                                                                              | 7.00                                     | MENOR DE 23                  |                      |               |        |
| ACIERTOS                                                                             | 57.00                                    | MAYOR DE 24                  |                      |               |        |
| TIEMPO DE ACIERTO                                                                    | 5.67                                     | MAYOR DE 4                   |                      |               |        |
| <b>RESULTADOS</b>                                                                    |                                          |                              |                      |               |        |
| <b>RESPONSABLE PSICOMETRICO</b>                                                      | Psi. QUINTERO PUMACAHUA, ROSA DE HILARIA |                              |                      |               |        |
| <b>PSICOLOGO RESPONSABLE</b>                                                         | Psi. QUINTERO PUMACAHUA, ROSA DE HILARIA |                              |                      |               |        |
| <b>CONCLUSION :</b>                                                                  | <b>APTO</b>                              |                              |                      |               |        |
| <b>OBSERVACIONES :</b>                                                               | Ninguno                                  |                              |                      |               |        |

FECHA: 06/07/2022

HORA: -



**NATCLAR**  
Lic. Rosa Quintero Pumacahua  
Psicóloga  
CSP: 24005  
S.G. NATCLAR S.A.C.

**EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA SINDROME  
HIPOPNEO DE SUEÑO (SAHS)**

Código:

Fecha:

Versión:

**DATOS PERSONALES**

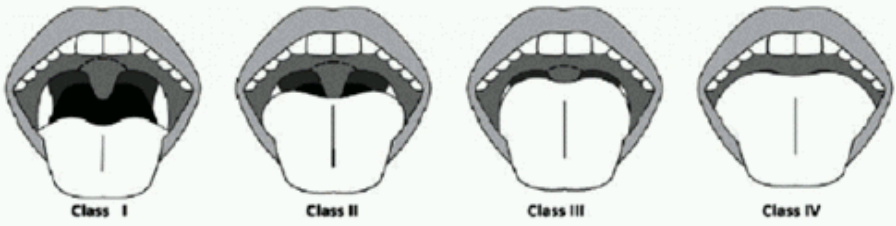
|                               |                                     |             |    |             |               |
|-------------------------------|-------------------------------------|-------------|----|-------------|---------------|
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>    | ALFREDO CARLOS, VEGA ALFARO         |             |    |             |               |
| <b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b> | 80375701                            | <b>Edad</b> | 42 | <b>Sexo</b> | M ( X ) F ( ) |
| <b>FECHA DE NACIMIENTO</b>    | 08/09/1979                          |             |    |             |               |
| <b>EMPRESA</b>                | JRC TRANSPORTES & SERVICI           |             |    |             |               |
| <b>ÁREA DE TRABAJO</b>        | OPERACIONES                         |             |    |             |               |
| <b>PUESTO DE TRABAJO</b>      | conductor tipo I                    |             |    |             |               |
| <b>TIPO DE EXAMEN</b>         | Pre Ocupacional ( X ) Periódico ( ) |             |    |             |               |

**FACTORES DE RIESGO PARA SAHS**

SI NO

**OBSERVACIONES:**

Paladar: Mallanpati III ó IV

Índice de masa corporal  $\geq 30 \text{Kg/m}^2$ 

X

Presión Arterial: PAS  $\geq 14 \text{mmHg}$  ó PAD  $\geq 90 \text{mmHg}$ 

X

Perímetro del cuello varones  $> 45 \text{cm}$ , mujeres  $> 48 \text{cm}$ 

X

Escala de somnolencia de Epworth con puntaje  $> 12$ 

X

Ronquido por lo menos en 5 noches a la semana y que alguien haya referido al paciente

X

**CONCLUSIONES:**

El trabajador cumple 3 meses o más criterios y requiere reevaluación especializada

SI

☐

NO

☒

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

Firma / Sello del Médico

---

Médico: LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA

CMP : 49335

Empresa : JRC TRANSPORTES & SERVICI

---

Paciente requiere reevaluacion de :  
Laboratorio

\* Reevaluación de GLUCOSA EN AYUNAS luego de tratamiento y/o recomendaciones por especialista.

• Hemoglobina glicosilada (con resultado acudir a Endocrinólogo)



---

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

---

Firma y Sello Médico

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EXAMEN MEDICO

miércoles, 06 de Julio de 2022

Yo, **VEGA ALFARO, ALFREDO CARLOS** Identificado con el DNI **80375701** , con ocupación laboral de **conductor tipo I** certifico que he sido informado acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa **JRC TRANSPORTES & SERVICI** Unidad **CERRO LINDO** solicita, y que todas mis dudas y preguntas al respecto han sido absueltas; así mismo, autorizo que los resultados sean entregados a la empresa la cual soy vinculante.

Por tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento, de acuerdo a lo establecido en el ítem 6.6.2. el Documento Técnico: Protocolos de Exámenes Médico Ocupacionales y Guías de diagnóstico de los Exámenes Médico Obligatorios por Actividad aprobado por la Resolución Ministerial N° 312-2011/MINSA<sup>1</sup>, para que proceda a efectuar los exámenes que correspondan en relación a los riesgos laborales propios del puesto de trabajo de desempeño en la empresa; asimismo, autorizo la utilización de los resultados conforme al artículo 102° del Decreto Supremo N° 005-2012-TR, Reglamento de la ley de Seguridad y Salud en el Trabajo<sup>2</sup>.

De igual manera, autorizo que el Médico Ocupacional obtenga la información de mi historia clínica presente o anterior, solicitándola directamente a la institución que corresponda, conforme al inciso a) del Artículo 25° de la ley N° 26842, Ley General de Salud<sup>3</sup>.



(Firma)

N° DNI/ Carne de Extranjería y Pasaporte  
**80375701**

Ley N° 26842 Art. 4 y Art.25



(Huella Digital)

## REGISTRO DE ENTREGA E INFORME DE RESULTADOS DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Yo **VEGA ALFARO, ALFREDO CARLOS** Identificada con DNI/CE N° **80375701** de constancia que he sido informado(a) acerca de los resultados del Examen Médico Ocupacional [\*] que la empresa **JRC TRANSPORTES & SERVICI** me realizó en conformidad con la Ley Nro. 29783 (Artículo 49, inciso d) a través del Servicio de Apoyo al Médico Ocupacional (SAMO) en la Clínica Ocupacional **S.G NATCLAR S.A.C** el día **06** del mes **07** del año **2022** los mismos que fueron entregados.

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



FIRMA



HUELLA

DNI/CE/PASAPORTE : **80375701**  
FECHA : **6/07/2022**



**Dra. Elvia Hilda Julia Bernaola Miranda**  
Médico Auditor  
CMP: 072101 RNA: A10086  
S.G. NATCLAR S.A.C.

V° B° Médico Ocupacional

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

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

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZAR EL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Yo **VEGA ALFARO ALFREDO CARLOS**, identificado/a con documento de identidad N° 80375701 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: 6/07/2022 10:53:09

  
 Firma

  
 Huella Digital



### CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICA

Yo **VEGA ALFARO ALFREDO CARLOS**, identificado/a con documento de identidad N° 80375701, 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<sub>2</sub> autorizo el uso de mi firma y huella electrónica exclusivamente para los documentos requeridos de mi Examen médico ocupacional realizado el día 6/07/2022

Fecha y hora: 6/07/2022 10:53:09

  
 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)

Este documento no se encuentra controlado en formato físico, la persona que requiere imprimir este documento debe asegurarse que se encuentre en la última versión

APENDICE 16 (referencial)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

Ciudad: LIMA Fecha: 06 de 07 de 2022

ALFREDO CARLOS UZGA ALVARO Identificado con DNI / CE / Pasaporte N°  
80375701 trabajador (o postulante de ser el caso), de la empresa  
NEXA, acudo voluntariamente en cumplimiento con la legislación vigente de  
seguridad y salud ocupacional y doy el consentimiento<sup>1,2</sup> para que el centro de salud ocupacional  
NATCLAR me realice el examen médico ocupacional, el cual incluye procedimientos según  
el protocolo establecido para mi puesto de trabajo, teniendo conocimiento que éstos tienen beneficios y  
riesgos controlados con medidas y recomendaciones que me brindarán, las cuales me comprometo a  
cumplir estrictamente. La información que brindaré durante el examen es verdadera y tiene carácter  
de declaración jurada.

Al mismo autorizo al Centro de Salud Ocupacional NATCLAR que envíe los resultados al  
médico ocupacional asignado para los fines de la Vigilancia Médica Ocupacional de la empresa en  
concordancia con la legislación vigente<sup>3</sup>.

Firma del trabajador [Firma]



Ley General de Salud (Ley 26842): Artículo 25.- Toda información relativa al acto médico que se  
realice, 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;

Ley 27963: 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.

08-024-2016-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  
centro de salud ocupacional no podrá laborar. Esta decisión será respetada por el postulante, trabajador  
o el titular de actividad minera.

## REPORTE PSICOLÓGICO

**Apellidos y Nombres** : VEGA ALFARO, ALFREDO CARLOS  
**Ocupación** : CONDUCTOR TIPO I **Edad** : 42  
**Grado de Instrucción** : TECNICO COMPLETO **DNI** : 80375701  
**Tipo de examen** : INGRESO  
**Empresa** : JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.

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

### ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

Cognitivamente, el evaluado muestra una buena capacidad de percepción rápida de la orientación espacial: enfocar y localizar permanentemente posiciones en relación a puntos cardinales y puntos intermedios. Aparente capacidad para la discriminación, adquisición de experiencias y reconocimiento de nuevas situaciones en la captación definitiva de problemas a resolver.

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

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

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

Laboralmente, cuenta con 20 años de experiencia en el puesto. Conoce y usa de forma adecuada sus equipos de protección personal. Identifica los peligros y riesgos que hay en su área de trabajo. Valora la seguridad con que desempeña sus funciones. Muestra disposición

para adaptarse ante situaciones adversas, cumple con las normas y reglamentos de la empresa. Conduce con un alto nivel de seguridad.

**CONDICIÓN DIAGNÓSTICA:**

El Sr. VEGA ALFARO, ALFREDO CARLOS; se encuentra en condición de **APTO**, ya que **cumple con el perfil del puesto**.

**EVALUADORA:** Lic. ROSA QUINTERO PUMACAHUA

**COLEGIATURA:** 24005

   
Lic. Rosa Quintero Pumacahua  
Psicóloga  
CSP: 24005  
S.G. NATCLAR S.A.C.

## REPORTE PSICOLÓGICO

|                             |                                      |             |            |
|-----------------------------|--------------------------------------|-------------|------------|
| <b>Apellidos y Nombres</b>  | : VEGA ALFARO, ALFREDO CARLOS        | <b>Edad</b> | : 42       |
| <b>Ocupación</b>            | : CONDUCTOR TIPO I                   | <b>DNI</b>  | : 80375701 |
| <b>Grado de Instrucción</b> | : TECNICO COMPLETO                   |             |            |
| <b>Tipo de examen</b>       | : MANEJO                             |             |            |
| <b>Empresa</b>              | : JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C. |             |            |

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

### ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

Cognitivamente, el evaluado muestra una buena capacidad de percepción rápida de la orientación espacial: enfocar y localizar permanentemente posiciones en relación a puntos cardinales y puntos intermedios. Aparente capacidad para la discriminación, adquisición de experiencias y reconocimiento de nuevas situaciones en la captación definitiva de problemas a resolver.

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

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

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

Laboralmente, cuenta con 20 años de experiencia en el puesto. Conoce y usa de forma adecuada sus equipos de protección personal. Identifica los peligros y riesgos que hay en su área de trabajo. Valora la seguridad con que desempeña sus funciones. Muestra disposición

para adaptarse ante situaciones adversas, cumple con las normas y reglamentos de la empresa. Conduce con un alto nivel de seguridad.

**CONDICIÓN DIAGNÓSTICA:**

El Sr. VEGA ALFARO, ALFREDO CARLOS; se encuentra en condición de **APTO**, ya que **cumple con el perfil del puesto**.

**EVALUADORA:** Lic. ROSA QUINTERO PUMACAHUA

**COLEGIATURA:** 24005

   
Lic. Rosa Quintero Pumacahua  
Psicóloga  
CSP: 24005  
S.G. NATCLAR S.A.C.

Nombre: ALFREDO CARLOS VEGA ALFARC  
Número: 80375701  
Genero: Hombre  
Fecha nacimiento: 9/08/1979 42 años

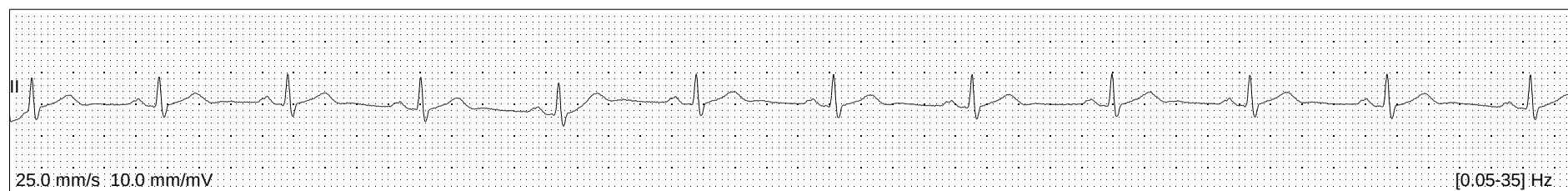
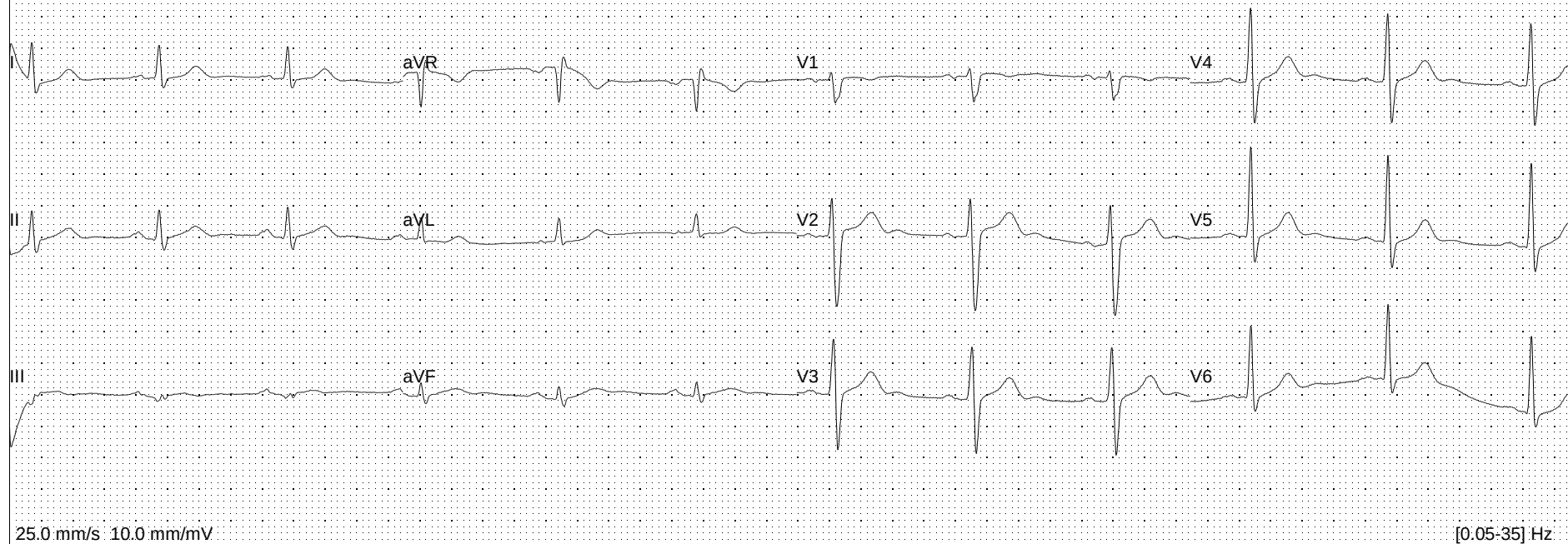
P / PQ: 114 ms / 154 ms  
QRS: 92 ms  
QT / QTc / QTd: 372 ms / 388 ms / -  
Eje P/QRS/T: 65° / 8° / 49°  
Frec. cardíaca: 69 lpm

Registrado: 6/07/2022 13:06:29  
Resgistrado por:  
Procedente de Dr.:  
Médico remitente:  
Médico responsable de la z  
Lugar: CLINICA LA VICTORIA  
Comentario: Device Model Name: Plus I  
Device Serial Number: 109201164913

Interpretación confirmada editada en 6/07/2022 13:31:08 por  
Luis A. Calderon Vera CMP: 22619/RNE:13031  
Trazado normal  
Ritmo sinusal  
Sin alteraciones

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

Secuencial



I.- ANAMNESIS

PATOLOGÍA DE COLUMNA

☐ NO

PATOLOGÍA DE MIEMBRO SUPERIOR

☐ NO

PATOLOGÍA DE MIEMBRO INFERIOR

☐

OTRO ☐

1.1.- MIEMBROS SUPERIORES

DOLOR EN HOMBRO SI ☐ NO ☒

¿Cuándo inicio este trastorno? (año) \_\_\_\_\_

Respecto al trastorno reportado:

☐ A Tomado medicamentos

Dolor al movimiento

Dolor al reposo

| Derecho | Izquierda |
|---------|-----------|
| -       | -         |
| -       | -         |

☐ Dolor continuo o subcontinuo

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

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

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

SI ☐ NO ☒ N° de días \_\_\_\_\_

TRAUMA/PATOLOGÍA (ya conocida y documentada)

SI ☐

NO ☒

TRAUMA

SI ☐

NO ☒

CUANDO? \_\_\_\_\_

HOMBRO (Sd.hombro doloroso, Hombro congelado)

SI ☐

NO ☒

TRAUMA

SI ☐

NO ☒

CUANDO? \_\_\_\_\_

HOMBRO (Tendinitis, Tendinosis, Tenosinovitis, etc)

SI ☐

NO ☒

TRAUMA

SI ☐

NO ☒

CUANDO? \_\_\_\_\_

CODO (Sd. tunel radial, Bursitis)

SI ☐

NO ☒

TRAUMA

SI ☐

NO ☒

CUANDO? \_\_\_\_\_

CODO (Epicondilitis, Epitrocleitis, etc)

SI ☐

NO ☒

TRAUMA

SI ☐

NO ☒

CUANDO? \_\_\_\_\_

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

SI ☐

NO ☒

TRAUMA

SI ☐

NO ☒

CUANDO? \_\_\_\_\_

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

SI ☐

NO ☒

TRAUMA

SI ☐

NO ☒

CUANDO? \_\_\_\_\_

EXÁMENES FUNCIONALES

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

1.2.- COLUMNA

DOLOR EN ZONA CERVICAL SI ☐ NO ☒

¿Cuándo comenzó el dolor ?(año) \_\_\_\_\_

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

SI ☐ NO ☒ N° de días \_\_\_\_\_

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

☐ SI

☒ NO

HERNIA DISCAL CERVICAL

☐ SI

☒ NO

Diagnostica cuando? \_\_\_\_\_

Tratada quirúrgicamente

☐ SI

☒ NO

Fecha de Intervención \_\_\_\_\_

OTRA PATOLOGÍA ó TRAUMA DE LA COLUMNA CERVICAL

☐ SI

☒ NO

Cuáles? \_\_\_\_\_

Cuando? \_\_\_\_\_

DOLOR EN ZONA DORSAL SI ☐ NO ☒

¿Cuándo comenzó el dolor ?(año) \_\_\_\_\_

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

SI ☐ NO ☒ N° de días \_\_\_\_\_

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

☐ SI

☒ NO

HERNIA DISCAL DORSAL

☐ SI

☒ NO

Diagnostica cuando? \_\_\_\_\_

Tratada quirúrgicamente

☐ SI

☒ NO

Fecha de Intervención \_\_\_\_\_

OTRA PATOLOGÍA ó TRAUMA DE LA COLUMNA DORSAL

☐ SI

☒ NO

Cuáles? \_\_\_\_\_

Cuando? \_\_\_\_\_

DOLOR EN ZONA LUMBAR SI ☐ NO ☒

¿Cuándo comenzó el dolor ?(año) \_\_\_\_\_

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

SI ☐ NO ☒ N° de días \_\_\_\_\_

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

☐ SI

☒ NO

HERNIA DISCAL LUMBOSACRO

☐ SI

☒ NO

Diagnostica cuando? \_\_\_\_\_

Tratada quirúrgicamente

☐ SI

☒ NO

Fecha de Intervención \_\_\_\_\_

OTRA PATOLOGÍA ó TRAUMA DE LA COLUMNA LUMBOSACRO

☐ SI

☒ NO

Cuáles? \_\_\_\_\_

Cuando? \_\_\_\_\_

EXÁMENES FUNCIONALES

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

1.3.- MIEMBRO INFERIOR

DOLOR DE CADERA SI ☐ NO ☒

¿Cuándo comenzó el trastorno? (año) \_\_\_\_\_

Respecto al trastorno reportado:

☐ A tomado medicamentos

Marcha normal

Marcha claudicante

Dolor al subir o bajar las escaleras

| Derecha | Izquierda |
|---------|-----------|
| X       | X         |
| -       | -         |
| -       | -         |

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

SI ☐

NO ☒

N° de días \_\_\_\_\_

TRAUMA/PATOLOGÍA (ya conocida y documentada)

SI ☐

NO ☒

CUANDO? \_\_\_\_\_

LIGAMENTOS (Distensión)

SI ☐

NO ☒

CUANDO? \_\_\_\_\_

ARTICULACIONES (Artrosis de cadera)

SI ☐

NO ☒

CUANDO? \_\_\_\_\_

HUESOS (Fracturas, subluxaciones)

SI ☐

NO ☒

CUANDO? \_\_\_\_\_

QUIRÚRGICA (Intervencion quirúrgica)

SI ☐

NO ☒

CUANDO? \_\_\_\_\_

DOLOR DE RODILLA SI ☐ NO ☒

¿Cuándo comenzó el trastorno? (año) \_\_\_\_\_

Respecto al trastorno reportado:

☐ A tomado medicamentos

Dolor al subir o bajar las escaleras

Dolor al apoyar las rodillas

Dolor en posición de cuclillas

| Derecha | Izquierda |
|---------|-----------|
| -       | -         |
| -       | -         |
| -       | -         |

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

SI ☐

NO ☒

N° de días \_\_\_\_\_

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

SI ☐ NO ☒ CUANDO? \_\_\_\_\_  
SI ☐ NO ☒ CUANDO? \_\_\_\_\_  
SI ☐ NO ☒ CUANDO? \_\_\_\_\_  
SI ☐ NO ☒ CUANDO? \_\_\_\_\_  
SI ☐ NO ☒ CUANDO? \_\_\_\_\_

DOLOR DE PIE/TOBILLO SI ☐ NO ☒

¿Cuándo comenzó el trastorno? (año) \_\_\_\_\_

Respecto al trastorno reportado:

☐ A tomado medicamentos

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

| Derecha | Izquierda |
|---------|-----------|
| -       | -         |
| -       | -         |

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

SI ☐ NO ☒ N° de días \_\_\_\_\_

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

SI ☐ NO ☒ CUANDO? \_\_\_\_\_  
SI ☐ NO ☒ CUANDO? \_\_\_\_\_  
SI ☐ NO ☒ CUANDO? \_\_\_\_\_  
SI ☐ NO ☒ CUANDO? \_\_\_\_\_  
SI ☐ NO ☒ CUANDO? \_\_\_\_\_

EXAMENES FUNCIONALES

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

II.- EXAMEN FÍSICO

2.1.- RANGOS ARTICULARES:

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

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

2.2.- EVALUACIÓN POSTURAL

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

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

2.3.- SIMETRÍAS MIEMBROS

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

2.4.- COLUMNA VERTEBRAL

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

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

EJE LATERAL

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

PALPACIÓN (marque con una X)

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

MARCHA

NORMAL ☒ PATOLÓGICO ☐ ¿DE QUÉ TIPO? ESPECIFICAR \_\_\_\_\_

EQUILIBRIO Y COORDINACIÓN

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

Firma/Sello del Medico

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

## HOJA DE ENTREVISTA G 4-5

## HOJA DE ENTREVISTA

|                                                        |                                            |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRES: <b>VEGA ALFARO ALFREDO CARLOS</b> |                                            |
| DNI: <b>80375707</b>                                   | EMPRESA: <b>JRE</b>                        |
| EDAD: <b>42</b>                                        | UNIDAD: <b>CERRO LINDO</b>                 |
| PUESTO: <b>CONDUCTOR</b>                               | FECHA DE EVALUACIÓN: <b>06 / 07 / 2020</b> |

|                                |                   |
|--------------------------------|-------------------|
| Tiempo en empresas:            | <b>6 AÑOS</b>     |
| Accidentes en el trabajo:      | <b>0</b>          |
| Estado civil:                  | <b>CASADO</b>     |
| Lugar de residencia (familia): | <b>PTA PIEDRA</b> |
| Número de hijos:               | <b>0</b>          |
| Grado de instrucción:          | <b>TECNICO</b>    |
| Problemas familiares:          | <b>—</b>          |
| Sistema de trabajo:            | <b>6 x 1</b>      |
| Experiencia en el puesto:      | <b>20 AÑOS</b>    |

¿Prefieres trabajar en grupo o individualmente?

**GRUPO**

¿Has manipulado u operado equipos y herramientas sin previa capacitación o autorización?

SI

**NO**

¿Tus Equipos de protección personal (EPPS) te impiden realizar cómodamente tu trabajo?

SI

**NO**

¿Cómo actúas si no estás de acuerdo con algún reglamento de tu empresa?

**ESTOY DE ACUERDO EN TODO**

Para usted ¿qué es más importante rapidez o seguridad? ¿Por qué?

**SEGURIDAD ANTE TODO PORQUE DE ESO DEPENDE EL BUEN TRABAJO**

### PSICOMETRÍA

|    |             |       |     |
|----|-------------|-------|-----|
| Pa | Errores     | 0     | (9) |
|    | T. Error    | 0     |     |
|    | T. Prueba   | 20.76 |     |
| Re | T. Reacción | 3.72  | (7) |
| Pu | Errores     | 7     | 9   |
|    | Aciertos    | 57    |     |
|    | T. Aciertos | 5.67  |     |

### AREA AFECTIVA

**R.ble**  
**Pl-l**  
**H-do.**

**35**

**20**

**(A)**  
**(M)**

### AREA SOCIAL

### LABORAL

**20 = d. v p / i / m**  
**AUC / m. d.**

Psicóloga responsable.....

|                                                                                                                                                                          |                        |          |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|---------------|
| <br><b>NATCLAR</b><br><small>Red de Atención al Ciudadano</small><br><b>USO INTERNO</b> | <h2>TEST DE AUDIT</h2> | Código:  | FO-EPS-24     |
|                                                                                                                                                                          |                        | Versión: | 03            |
|                                                                                                                                                                          |                        | Página:  | Página 1 de 1 |
|                                                                                                                                                                          |                        | Unidad:  | Corporativo   |

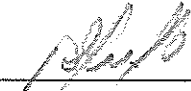
APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_

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.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>(0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10)</p> <p>(1) Una o menos veces al mes</p> <p>(2) De 2 a 4 veces al mes</p> <p>(3) De 2 a 3 veces a la semana</p> <p>(4) 4 o más veces a la semana</p> <div style="text-align: right;"> <input type="text" value="0"/> </div>                                       | <p>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?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> </div> |
| <p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</p> <p>(0) 1 o 2</p> <p>(1) 3 o 4</p> <p>(2) 5 o 6</p> <p>(3) 7, 8, o 9</p> <p>(3) 10 o más</p> <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> </div>                                                                                                              | <p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> </div>                     |
| <p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p><i>Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0</i></p> <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> </div> | <p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> </div>          |
| <p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> </div>                                                   | <p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Si, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Si, el último año</p> <div style="text-align: right;"> <input type="text" value="0"/> </div>                                                                                                   |
| <p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> </div>                                              | <p>10. ¿Algun familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Si, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Si, el último año.</p> <div style="text-align: right;"> <input type="text" value="0"/> </div>                  |

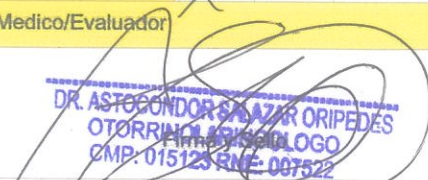
Registre la puntuación total aquí

*Si la puntuación total es mayor que el punto de corte recomendado, consulte el Manual de Usuario*

FIRMA: 

DNI: 80345701

## FORMATO DE INTERCONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                               |                                                                                                           |                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Institución                                                                                                                                                                                                                     | S. G. NATCLAR S. A. C.                                                                                                                                                        | Fecha                                                                                                     | 06/07/2022                               |
| Apellidos y Nombres                                                                                                                                                                                                             | VEGA ALFARO, ALFREDO CARLOS                                                                                                                                                   |                                                                                                           |                                          |
| Número de DNI                                                                                                                                                                                                                   | 80375701                                                                                                                                                                      |                                                                                                           |                                          |
| Ocupación o cargo al que postula                                                                                                                                                                                                | conductor tipo I                                                                                                                                                              |                                                                                                           |                                          |
| Riesgo de la ocupación o cargo                                                                                                                                                                                                  | Altura de labor<br>1.820 msnm.                                                                                                                                                |                                                                                                           |                                          |
| Interconsulta a la especialidad de                                                                                                                                                                                              | Otorrinolaringología                                                                                                                                                          |                                                                                                           |                                          |
| Motivo de interconsulta                                                                                                                                                                                                         | Hipoacusia neurosensorial leve oído derecho.                                                                                                                                  |                                                                                                           |                                          |
| Se solicita                                                                                                                                                                                                                     | Se solicita aptitud, indicaciones, tratamiento y fecha de control.                                                                                                            |                                                                                                           |                                          |
| Otros                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                               |                                                                                                           |                                          |
| Medico                                                                                                                                                                                                                          | DE LA CRUZ CASTRO, NATTALY TAIT                                                                                                                                               | C.M.P.                                                                                                    | 73062                                    |
| <br><b>Dra. Nattaly Tait De la Cruz Castro</b><br>Médico Auditor<br>CMP: 073062 RNA: A07385<br>S.G. NATCLAR S.A.C.<br>Firma y sello del Medico |                                                                                                                                                                               | <br>Firma del paciente |                                          |
| <b>RESPUESTA A INTERCONSULTA</b>                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                               |                                                                                                           |                                          |
| Institución de salud                                                                                                                                                                                                            | <i>General</i>                                                                                                                                                                | Fecha                                                                                                     | <i>08/09/22</i>                          |
| Hallazgos de evaluación                                                                                                                                                                                                         | <i>Paciente acude a evaluación</i>                                                                                                                                            |                                                                                                           |                                          |
| Exámenes Auxiliares                                                                                                                                                                                                             | <i>Audiometría Alterada</i>                                                                                                                                                   |                                                                                                           |                                          |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                     | CIE10                                                                                                                                                                         |                                                                                                           |                                          |
| <i>Hipoacusia Neurosensorial (oído)</i>                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                               |                                                                                                           |                                          |
| <b>TRATAMIENTO</b>                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                               |                                                                                                           |                                          |
| <i>Tapones auditivos</i>                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                               |                                                                                                           |                                          |
| <i>Immune plus</i>                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                               |                                                                                                           |                                          |
| Recomendaciones                                                                                                                                                                                                                 | <i>En verticaciones para laborar</i>                                                                                                                                          |                                                                                                           |                                          |
| ¿Requiere de controles posteriores?                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> SI                                                                                                                                        | NO                                                                                                        | Fecha de próximo control <i>08/01/23</i> |
| Medico/Evaluador                                                                                                                                                                                                                | C.M.P.                                                                                                                                                                        | R.N.E.                                                                                                    | OTRO                                     |
| Estimado colega solicitamos registre su C.M.P.                                                                                                                                                                                  | <br><b>DR. ASTEGONDOR SAZAZ ORIPÉLES</b><br>OTORRINOLARINGÓLOGO<br>CMP: 015123 RNE: 007522 | <i>015123</i>                                                                                             | <i>007522</i>                            |

\*A nuestros clientes, verificar el llenado completo de esta ficha para su validez.

## FORMATO DE INTERCONSULTA

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                    |        |            |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------|
| Institución                        | S. G. NATCLAR S. A. C.                                                                                                                                                                                                                             | Fecha  | 06/07/2022 |
| Apellidos y Nombres                | VEGA ALFARO, ALFREDO CARLOS                                                                                                                                                                                                                        |        |            |
| Número de DNI                      | 80375701                                                                                                                                                                                                                                           |        |            |
| Ocupación o cargo al que postula   | conductor tipo I                                                                                                                                                                                                                                   |        |            |
| Riesgo de la ocupación o cargo     | Altura de labor<br>1.820 msnm.                                                                                                                                                                                                                     |        |            |
| Interconsulta a la especialidad de | Endocrinología                                                                                                                                                                                                                                     |        |            |
| Motivo de interconsulta            | Paciente refiere haber sido diagnosticado de Diabetes Mellitus en el año 2019, en tratamiento regular con metformina 850mg 1 tab diaria. Glucosa: 114 mg/dl. Se recomienda evaluación por Endocrinología con resultado de Hemoglobina Glicosilada. |        |            |
| Se solicita                        | Se solicita aptitud, indicaciones, tratamiento y fecha de control.                                                                                                                                                                                 |        |            |
| Otros                              |                                                                                                                                                                                                                                                    |        |            |
| Medico                             | DE LA CRUZ CASTRO, NATTALY TAIT                                                                                                                                                                                                                    | C.M.P. | 73062      |

  
Dra. Nattaly Tait De la cruz Castro  
Médico Auditor  
CMP: 073062 RNA: A07385  
S.G. NATCLAR S.A.C.  
Firma y sello del Medico

  
Firma del paciente

### RESPUESTA A INTERCONSULTA

|                         |        |       |          |
|-------------------------|--------|-------|----------|
| Institución de salud    | Parral | Fecha | 08-07-22 |
| Hallazgos de evaluación |        |       |          |

Exámenes Auxiliares

Paciente a reevaluar

Glucosa: 106 mg/dl, H. Glicosilada: 7.2 %

DIAGNÓSTICO

CIE10

Diabetes Mellitus controlada

### TRATAMIENTO

Metformina 850mg  
dieta

Recomendaciones

Sin restricciones - apto para laborar

¿Requiere de controles posteriores?

☒ SI ☐ NO

Fecha de próximo control

08-10-22

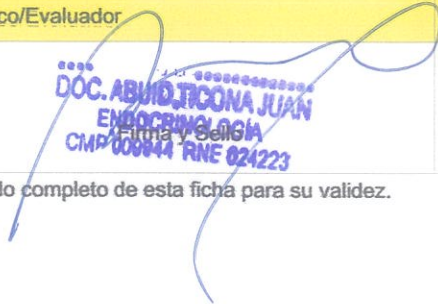
Medico/Evaluador

C.M.P.

R.N.E.

OTRO

Estimado colega  
solicitamos registre  
su C.M.P.

  
DOC. ABUNDICIONA JUAN  
ENDOCRINOLOGIA  
CMP 10094 RNE 021223

005944

021223

\*A nuestros clientes, verificar el llenado completo de esta ficha para su validez.



CENTRO MEDICO  
**PREVE SALUD**  
TU BIENESTAR PRIMERO

NOMBRE: VEGA ALFARO ALFREDO CARLOS  
MUESTRA: SANGRE

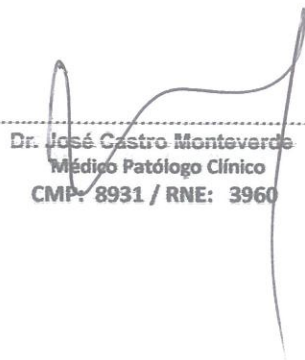
EDAD: 42 AÑOS  
F. DE INGRESO: 08/07/2022  
F. DE INFORME: 08/07/2022

## HEMOGLOBINA GLICOSILADA

RESULTADOS: 7.2 %

### VALORES REFERENCIALES

ACEPTABLE..... 6.0 - 8.3 %  
DIABÉTICO EN BUEN CONTROL..... 7.5 - 9.0 %  
REGULAR CONTROL..... 9.0 - 10 %  
POBRE CONTROL..... MAYOR DE 10.0 %

  
Dr. José Castro Monteverde  
Médico Patólogo Clínico  
CMP: 8931 / RNE: 3960



CENTRO MEDICO  
**PREVE SALUD**  
TU BIENESTAR PRIMERO

**NOMBRE: VEGA ALFARO ALFREDO CARLOS**  
**MUESTRA: SANGRE**

**EDAD: 42 AÑOS**  
**F. DE INGRESO: 08/07/2022**  
**F. DE INFORME: 08/07/2022**

## BIOQUÍMICA SANGUINEA

### DOSAJE DE GLUCOSA

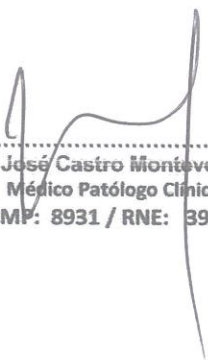
MUESTRA : SUERO

MÉTODO : ENZIMATICO

RESULTADO : 106 mg / dl.

### VALOR REFERENCIAL

( VN : 70 - 110 mg / dl. )

  
Dr. José Castro Monteverde  
Médico Patólogo Clínico  
CMP: 8931 / RNE: 3960

**Av. Tupac Amaru N° 3758 2do Piso La Merced Comas Lima**  
**Cel.: 949 499 162 / 901 725 735**



**medicalab.peru@hotmail.com**