

Preocupacional ☒ Periódico ☐ Egreso ☐ Reincorporación ☐ Otros ☐

Fecha de examen: 24/08/2024 **DNI:** 71087736
Proveedor: Administradora de servicios en salud ocupacional S.A.C. **Apellidos:** UQUICHE MAÑUICO, HECTOR
Empresa: MELCONSI S.A.C. **Edad:** 32 años
Proyecto: - **Puesto a desempeñar:** OPERARIO SANITARIO
Anotaciones: -

Funciones Vitales: **Peso:** 55.6 Kg **Talla:** 1.52 m. **FC:** 74 x' **FR:** 19 x' **PA:** 110/70 mmHg **Tº:** 36.1 °C **Id. Atención:** 012211259

RESULTADOS DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Evaluación	Diagnostico	Recomendación
ANEXO 16	- SIN ALTERACIÓN MÉDICA.	- EVALUACIÓN MÉDICA PERIÓDICA.
OFTALMOLOGÍA	- EMÉTROPE.	- CONTROL PERIÓDICO POR OFTALMOLOGÍA.
ESPIROMETRÍA	- DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES.	- CONTROL PERIÓDICO DE ESPIROMETRIA.
AUDIOLOGÍA	- NORMOACUSIA.	- USO DE EPP AUDITIVO EN ZONA DE RUIDO.
RAYOS X DE TORÁX	- DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES. - SIN PATRÓN NEUMOCONIOTICO.	- CONTROL PERIÓDICO DE RAYOS X DE TORAX.
ELECTROCARDIOGRAMA	- DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES.	- CONTROL PERIÓDICO DE ELECTROCARDIOGRAMA.
GRUPO SANGUINEO-FACTOR RH	"O" POSITIVO	
HEMOGRAMA AUTOMATIZADO		
-HEMOGLOBINA	NORMAL (16.5 G/DL)	
-HEMATOCRITO	NORMAL (49.5 %)	
-PLAQUETAS	NORMAL (297000 CEL/UL)	
-EOSINOFILOS	NORMAL (131.20 CEL/ML)	
-LEUCOCITOS	NORMAL (6560 CEL/UL)	
GLUCOSA	NORMAL (91 MG/DL)	
EXAMEN COMPLETO DE ORINA	SIN ALTERACIONES	
PERFIL LIPIDICO COMPLETO		
-COLESTEROL TOTAL	ELEVADO (232 MG/DL)	- DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASA. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 3 VECES POR SEMANA.
-TRIGLICERIDOS	ELEVADO (175 MG/DL)	- DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASA. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 3 VECES POR SEMANA.
-HDL COLESTEROL	BAJO (43 MG/DL)	
-LDL COLESTEROL	NORMAL (154 MG/DL)	
VDRL -RPR	NO REACTIVO	
FICHA PSICOLOGICA	APTO	
TEST 1.8 MT	APTO	
FICHA DE ESPACIOS CONFINADOS	APTO	
MUSCULO ESQUELETICA	- SIN ALTERACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA.	

La condición médica del paciente para el puesto que postula es:

Apto ☒ 24/08/2024
Apto con restricciones ☐
No apto ☐
Observado ☐
Evaluado ☐


Lesly Arroyo Cardenas
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P 068595 R.N.M M01330


Manuel Valenzuela Sebastian
MÉDICO AUDITOR
C.M.P 095740 R.N.A A10892



CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL

(Anexo 16 - N° 024-2016-MEM / REGLAMENTO DE SEGURIDAD EN SALUD OCUPACIONAL EN MINERÍA)



DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR Y DE LA EVALUACIÓN MÉDICA

Tipo de examen:	Pre-ocupacional ☒	Periódico ☐	Egreso ☐	Reincorporación ☐	Otros ☐
Fecha del examen:	24/08/2024	Cod. Atención:	012211259		
Nombres y Apellidos:	HECTOR UQUICHE MAÑUICO	Dni/Pas/Ce:	71087736		
Edad:	32 años	Genero:	Masculino		
Empresa:	MELCONSI S.A.C				
Ruc:	20530546412				
Obra / Proyecto:					
Puesto al que postula (solo pre ocupacional)	OPERARIO SANITARIO				
Ocupación actual o última Ocupación	OPERARIO SANITARIO				
Condición para trabajos en altura geográfica mayor a 2,500 m.s					

APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL PARA EL PUESTO DE TRABAJO

Conclusión de Aptitud del Trabajador		Restricciones
APTO	☒	
APTO CON RESTRICCIONES	☐	
NO APTO	☐	
EVALUADO	☐	
Recomendaciones		Firma y sello del médico que certifica
1. DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASA. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 3 VECES POR SEMANA.		 Lesly Arroyo Cardenas MÉDICO OCUPACIONAL C.M.P 068595 R.N.M M01330 Manuel Valenzuela Sebastian MÉDICO AUDITOR C.M.P 095740 R.N.A A10892

VIGENCIA DEL CERTIFICADO

Fecha de emisión	24/08/2024	Fecha de vencimiento	24/08/2025
Motivo del vencimiento anticipado del certificado			

– Ninguno.

www.medcorp.pe

Av.Petit Thours 1542-Lince | Teléfono: 209-9470



Cuidemos del medio ambiente. Por favor no imprima este documento si no es necesario

Para comprobar el resultado de su evaluación médica, inárese aquí: <http://verifica.medcorp.pe/>

Empresa:	MELCONSI S.A.C								
Nombres:	UQUICHE MAÑUICO HECTOR								
Fec.Nac:	25/01/1992	DNI	71087736	Sexo	M	EDAD	32	años	
Ocupación	OPERARIO SANITARIO								

Antecedentes	SI	NO	Antecedentes	SI	NO	Antecedentes	SI	NO
Mareos / Mioclonias / Acatisia		X	Arritmias/Otras Alteraciones Cardiovasculares (Coronopatías, marcapasos, etc)		X	Ansiolíticos		X
Patologías de Columna		X	Hipoacusia Severa		X	Antidepresivos		X
Diabetes no Controlada		X	Ametropía de Lejos		X	Psicofármacos		X
HTA no Controlada		X	Estereopsia Alterada		X	Antivertiginosos		X
Convulsiones / Epilepsia		X	Patrón Obstructivo Moderado o Severo		X	Antihipertensivos		X
Vértigos		X	Insuficiencia Cardíaca		X	Antianginosos		X
Síncope		X	Asma Bronquial o Hiperractividad Bronquial / EPOC		X	Rela. Musculares		X
Fobias: Claustrofobia / Acrofobia / Agorafobia		X	Cefaleas / Migraña		X	Antihistamínicos		X
Consumo de Alcohol		X	Insuficiencia Renal Crónica		X	Hípnóticos		X
Consumo de Drogas		X	Disnea		X	Hipoglucemiantes		X
¿Ha Trabajado en Espacios Confinados?	X		¿Ha Recibido entrenamiento en Primeros Auxilios?	X		Diuréticos		X
						Otros		X

Examen Clínico									
Talla(m)	1.52	Peso(kg)	55.6	IMC	24.07	Perímetro Abdominal	72		
F.Resp	19	F.Card	74	PA	110/70	Temperatura	36.1	SatO2	99

PRUEBAS DE EQUILIBRIO ESTÁTICO	1. Evaluación del Equilibrio		No Alterado	Alterado
	Estación Unipodal		X	
	Romberg		X	
	Barany		X	
PRUEBAS DE EQUILIBRIO DINÁMICO	Babinsky - Weil		X	
	Unterberger		X	
	Reflejos Osteotendinosos		X	
PRUEBAS DE COORDINACIÓN	ADIADOCOCINESIA	Dedo - Dedo	X	
		Dedo - Nariz	X	
		Supino - Prono Mano	X	
2. ESPIROMETRIA		- DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES.		
3. ELECTROCARDIOGRAMA		- DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES.		
4. AGUDEZA VISUAL	OJO DERECHO	20/20	OJO IZQUIERDO	20/20
5. ESTEREOPSIA	ALTERADO		NO ALTERADO	X
6. VISIÓN DE COLORES	ALTERADO		NO ALTERADO	X
7. NISTAGMUS	PRESENTE		NO ALTERADO	X
8. CAMPITERIA				
9. ENCANDILAMIENTO				
10. FORIA				



APTITUD PARA LABORAR EN ESPACIOS CONFINADOS					
No Apto		Apto con Restricción		Apto	X
COMENTARIOS/OBSERVACIONES:					
FECHA	24/08/2024	Validez Hasta	24/08/2025		
					
Firma y Huella del Trabajador		Firma y Sello del Médico			
OBSERVACIÓN: La aparición de alguna enfermedad NUEVA durante la duración de esta certificación invalida este permiso y deberá ser reevaluado medicamente antes de continuar trabajando en espacios confinados					

Para comprobar el resultado de su evaluación médica, ingrese aquí: <http://verifica.medcorp.pe/>

V: 00

ANEXO Nº16
FICHA MÉDICA OCUPACIONAL

Empresa ☒ Contratasta ☐ MELCONSI S.A.C

EXAMEN MÉDICO

PRE-OCUPACIONAL ☒
PERIODICO ☐
RETIRO ☐
REUBICACIÓN ☐
REINCORPORACIÓN ☐
CORTA DURACION ☐
CONDICIONANTE ☐

Apellidos y Nombres: UQUICHE MAÑUICO, HECTOR

Nº de Ficha: 012211259

FECHA DE EXAMEN: 24/08/2024		MINERALES EXPLOTADOS O PROCESADOS			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO Apurimac - Andahuaylas - Andahuaylas 25/01/1992		DOMICIO HABITUAL ASOC. NUEVA VILLA MZ B LT 05 - Lima		ALTITUD DE LA LABOR	
		SUPERFICIE CONCENTRADORA ☐ SUBSUELO ☐		Debajo 2500 m ☒ 3501 a 4000 m ☐ 2501 a 3000 m ☐ 4001 a 4500 m ☐ 3001 a 3500 m ☐ más de 4501 m ☐	
EDAD 32 AÑOS	SEXO M ☒ F ☐	DOCUMENTO DE IDENTIDAD 71087736 TELÉFONO 986977485	ESTADO CIVIL Soltero ☐ Conviviente ☒ Viudo ☐ Casado ☐ Divorciado ☐	GRADO DE INSTRUCCIÓN	
				Analfabeto ☐ Técnico ☐ Prim comp ☐ Sec comp ☒ Prim incom ☐ Sec incom ☐ Universitario ☐	
Ruido ☒	Cancerígenos ☐	Temperaturas ☐	Cargas ☐	Describir según corresponda:	
Polvo ☒	Mutagénicos ☐	Biológicos ☐	Mov.Repet ☐	Puesto al que postula OPERARIO SANITARIO	
Vib segmentaria ☐	Solventes ☐	Posturas ☐	PVD ☐	Puesto actual OPERARIO SANITARIO Tiempo 08 AÑOS	
Vib Total ☐	Metales pesados ☐	Turminos ☐	Otros ☐ Escribir ☐	Reubicación SI ☐ NO ☒	

ANTECEDENTES OCUPACIONALES (VER ADJUNTO HISTORIA OCUPACIONAL)

ANTECEDENTES PERSONALES (Enfermedades y accidentes en el trabajo y fuera del mismo)
NIEGA ACCIDENTE/ENFERMEDAD LABORAL.

ANTECEDENTES FAMILIARES				INMUNIZACIONES		NÚMERO DE HIJOS	
Padre: (NIEGA ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.) Madre: (NIEGA ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.) Esposo(a): (NIEGA ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.)				CUENTA CON ESQUEMA COMPLETO DE VACUNAS CONTRA LA COVID-19: 4 DOSIS.		VIVOS MUERTOS	
						1 0	
HÁBITOS				TALLA:		TEMPERATURA	
Tabaco	Alcohol	Drogas			PESO:	36.1 °C	
Nada ☒	☒	☒		1.52 m.	55.6 kg.		
Poco ☐	☐	☐		IMC		Cintura 72	
Habitual ☐	☐	☐		24.07		Cadera 90	
Excesivo ☐	☐	☐				ICC 0.8	
						Conclusión: - DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES.	

CABEZA Normal

CUELLO Normal

NARIZ Normal

BOCA, AMIGDALAS, FARINGE, LARINGE
Normal
Piezas en mal estado:
Piezas que faltan:

OJOS	Sin corregir		corregida		NINGUNA	
	O.D	O.I	O.D	O.I	ENFERMEDADES OCULARES	
VISIÓN DE CERCA	J/1	J/1	J/	J/		
VISIÓN DE LEJOS	20/20	20/20	20/	20/	REFLEJOS PUPILARES	
VISIÓN DE COLORES	NORMAL 14/14					

OIDOS Audición derecha 500 1000 2000 3000 4000 8000 Audición izquierda 500 1000 2000 3000 4000 8000

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

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

OTOSCOPIA	OD	CAE: Permeable; - Timpano: Normal;	F. Respiratoria	19	min	Presión arterial sistémica	
	OI	CAE: Permeable; - Timpano: Normal;	F. Cardíaca	74	min	Sistólica	110 mmHG
			Sat. O2	99	%	Diastólica	70 mmHG



PULMONES		Normal		☒	Anormal		☐	Descripción:									
Miembro Superiores		Sin alteraciones															
Miembro Inferiores		Sin alteraciones															
Reflejos Osteo-tendinosos		Normal			Marcha			Sin alteraciones									
Columna Vertebral		Sin alteraciones															
Abdomen		Plano, Indoloro				Tacto Rectal		No se hizo		☒	Anormal	☐					
						Normal		☐	Describir en Observac.			☐					
Anillos Inguinales		Sin alteraciones		Hernias		Ausente		Várices		Ausentes							
Órganos Genitales		Diferido				Ganglios		Ausentes									
Lenguaje, Atencion, Memoria, Orientación, Inteligencia, Afectividad												Conservado					
		Vértices		Conservado													
		Campos pulmonares		Conservado													
		Hilios		Conservado													
		Senos		Conservado													
Nº Rx		1		Conclusiones radiográficas		Mediastinos		Conservado									
Fecha:		24/08/2024				Silueta cardiovascular											
Calidad:		Buena				Conservado											
Símbolos:																	
		0/0		1/0		1/1 1/2		2/1, 2/2, 2/3		3/2 , 3/3 , 3/+		A, B, C		St		Reacciones serológicas	
CERO		1/0		UNO		DOS				TRES		CUATRO				a Lues	
Sin neumoconiosis		Imagen Radiográfica de Exposición a Polvo		Con NEUMOCONIOSIS										Negativo		☒	
														Positivo		☐	
"NORMAL"		"SOSPECHA"												Otras exámenes:		--	
Grupo Sanguineo												Hemoglobina / Hematocrito					
O		☒		A		B		AB		Rh(+)		☒		Rh(-)		16.5 g/dL 49.5 % gr. %	
Apto para Trabajar														Nombre y Apellidos del Médico - Colegiatura Nº			
Si		☒												Firma y Sello			
No		☐												Glenmary del Valle Chavez C			
CIE10		DIAGNOSTICO										DICC EVALUADOR					
Z01.0		EMETROPE															
Z01.1		NORMOACUSIA															
E78.2		HIPERLIPIDEMIA MIXTA															
Observaciones:																	
RECOMENDACIONES: 1. DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASA. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 3 VECES POR SEMANA.																	
Firma del examinado																	
Huella digital índice derecho																	
declaro que toda la información es verdadera																	

DATOS COMPLEMENTARIOS

ANEXO 16	
1.	OBSERVACIONES - ANTECEDENTES PERSONALES: NIEGA ANTECEDENTES PATOLOGICOS. NIEGA CIRUGIA ANTERIOR. NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS. NIEGA FRACTURA ANTERIOR. NIEGA ANTECEDENTE DE COVID 19.
2.	OBSERVACIONES - EXAMEN MEDICO: HEMISFERIO DOMINANTE IZQUIERDO.

HISTORIA OCUPACIONAL

Apellidos y Nombres: UQUICHE MAÑUICO, HECTOR

N° Registro: 012211259

Fecha Nacimiento: 25/01/1992

Sexo: M

Lugar de Nacimiento: APURIMAC

Lugar de Procedencia: LIMA

Profesión:

Fecha de Inicio	Empresas	Altitud	Actividades de la Empresa	Area de Trabajo	Ocupación	Tiempo de Trabajo		Peligros/Agentes Ocupacionales	Uso EPP
						Subsuelo	Superficie		
2023	YANYIA	-	SERVICIOS	OPERATIVO	OPERARIO SANITARIO		9 MESES	Ruido, Polvo, Radiaciones, Calor, Metales, Ergonómico, Psicosocial	Guantes, Lentes, Respiradores, Mascarilla, Orejeras, Tapones, Otros-especificar, (CASCO BOTAS.)

2024	08	24
Año	Mes	Día

Firma del Trabajador


Glenmary del Valle Chavez C.
MÉDICO EVALUADOR
C.M.P. 095926

Médico del Trabajo

DATOS GENERALES

APELLIDOS Y NOMBRE DEL TRABAJADOR:	UQUICHE MAÑUICO HECTOR	EDAD:	32	SEXO:	M
EMPRESA:	MELCONSI S.A.C	PUESTO DE TRABAJO:	OPERARIO SANITARIO		
TIEMPO DE TRABAJO:		TIEMPO TOTAL:		FECHA:	24/08/2024 12:00:00a.

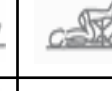
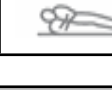
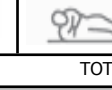
I.-IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO ERGONÓMICO REFERIDOS POR EL PACIENTE:

Factores de Riesgo Ergonómico	SI	NO	SI ES SI MARCAR:	Poco	Regular	Frecuente
Manipulación Manual de Cargas	X				X	
- Levantar - Cargar	X				X	
- Empujar	X			X		
- Jalar	X			X		
Pesos Superiores a 25 kg.		X				
Levantamiento por encima del hombro	X			X		
Manipulación Repetitivo	X				X	
Posturas Forzadas	X				X	
Posturas Sedente		X				

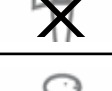
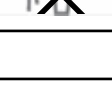
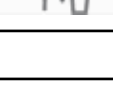
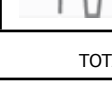
Síntomas:

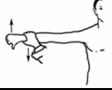
II.- EVALUACIÓN MÚSCULO ESQUELÉTICA BÁSICA:

APTITUD DE ESPALDA

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

III.-EVALUACIÓN DE RANGOS

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

IV.-MANIOBRAS DE DESCARTE DE D.M.E DE MM.SS.							
TEST DE JOBE	Resultado	Der.	Izq.	TEST DE PATE	Resultado	Der.	Izq.
	Aparece dolor que limita el movimiento				Aparece dolor que limita el movimiento		
	No hay limitación de movimiento	X	X		No hay limitación de movimiento	X	X
TEST DE GERBER	Resultado	Der.	Izq.	PULM UP TEST	Resultado	Der.	Izq.
	Aparece dolor que limita el movimiento				Aparece dolor que limita el movimiento		
	No hay limitación de movimiento	X	X		No hay limitación de movimiento	X	X
EPICONDILITIS	Resultado	Der.	Izq.	EPITROCLEITIS	Resultado	Der.	Izq.
	Aparece dolor en el Epicóndilo				Aparece dolor en el Epitróclea		
	No Aparece dolor en el Epicóndilo	X	X		No Aparece dolor en el Epitróclea	X	X
PHALEN	Resultado	Der.	Izq.	PHALEN INVERTIDO	Resultado	Der.	Izq.
	Parestesias región Carpal-N Mediano				Parestesias región Carpal-N Mediano		
	No hay Parestesias en la región	X	X		No hay Parestesias en la región	X	X
TINNEL	Resultado	Der.	Izq.	FINKELSTEIN	Resultado	Der.	Izq.
	Parestesias en recorrido del Carpal-N Mediano				Parestesias en recorrido del Carpal-N Mediano		
	No hay Parestesias en la región	X	X		No hay Parestesias en la región	X	X
OBSERVACIONES							
Controles							
V.-CUESTIONARIO DE SINTOMAS							
RESPONDA EN TODOS LOS CASOS			RESPONDA SOLAMENTE SI HA TENIDO PROBLEMAS				
He tenido problemas (dolor, aumento de volumen, curvaturas, etc) en los 12 meses a nivel de			Durante los últimos 12 meses ha estado incapacitado para su trabajo (en casa o fuera) por causa del problema		Ha tenido problemas en los últimos 7 días.		
Nuca / Cuello	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	
Hombros							
Hombro Derecho	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	
Hombro Izquierdo	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	
Ambos Hombros	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	
Codos							
Codo Izquierdo	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	
Codo Derecho	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	
Ambos Codos	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	
Muñecas / Manos							
Derecha	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	
Izquierda	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	
Ambos	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	
Columna Dorsal	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	
Columna Lumbar	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	
Caderas							
Derecha	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	
Izquierda	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	
Rodillas							
Derecha	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	
Izquierda	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	
Tobillos / Pies							
Derecha	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	
Izquierda	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	() SI	(X) NO	
PALPACIÓN							
	Apófisis Espinosas Dolorosas			Contractura Muscular			
Columna Cervical	NO			NO			
Columna Dorsal	NO			NO			
Columna Lumbar	NO			NO			

VI.-ARTICULACIONES: Movilidad y Dolor								
Columna Lumbar		Abducción	Aducción	Flexión	Extensión	Rotación Externa	Rotación Interna	Irrad.
Hombro	Der.	0	0	0	0	0	0	
	Izq.	0	0	0	0	0	0	
Codo	Der.	0	0	0	0	0	0	
	Izq.	0	0	0	0	0	0	
Muñecas	Der.	0	0	0	0	0	0	
	Izq.	0	0	0	0	0	0	
Cadera	Der.	0	0	0	0	0	0	
	Izq.	0	0	0	0	0	0	
Rodillo	Der.	0	0	0	0	0	0	
	Izq.	0	0	0	0	0	0	
Tobillo	Der.	0	0	0	0	0	0	
	Izq.	0	0	0	0	0	0	

VII.-Movilidad y Dolor							
Columna Vertebral	Flexión	Extensión	Lateralización Derecha	Lateralización Izquierda	Rotación Derecha	Rotación Izquierda	Irradiación
Cervical	0	0	0	0	0	0	NO
Dorsal	0	0	0	0	0	0	NO
Lumbar	0	0	0	0	0	0	NO

PUNTUACIÓN DE REFERENCIA (SIGNOS Y SÍNTOMAS)	
Grado 0	Sin Dolor
Grado 1 al 3	Dolor Leve
Grado 4 al 5	Dolor Moderado
Grado 6 al 7	Dolor Severo
Grado 8 al 9	Dolor muy severo
Grado 10	Maximo Dolor



VIII.-EXAMEN FÍSICO			
Columna Vertebral	Inspección		
EJE ANTERO POSTERIOR			
Curvas Fisiológicas (Ant - Post)	Normal	Aumentada	Disminuida
Cervical	×		
Dorsal	×		
Lumbar	×		
EJE LATERAL			
Eje Lateral	Normal	Concavidad Derecha	Concavidad Izquierda
Cervical	×		
Dorsal	×		
Lumbar	×		
		VARO	VALGO
Codo	Derecha	NO	NO
	Izquierda	NO	NO
		CAVO	PLANO
PTE	Derecha	NO	NO
	Izquierda	NO	NO
TEST ESPECÍFICOS		POSITIVO/NEGATIVO	
LASEGUE	Derecha	Negativo	
	Izquierda	Negativo	
SCHOBER	Derecha	Negativo	
	Izquierda	Negativo	
OBSERVACIONES			

Inpresión Diagnóstica			
CIE 10	Descripción	Descripción	CIE 10

Recomendaciones y Controles







Firma y Huella del Trabajador

Firma y Sello del Médico



Id.Atención: 012211259

DATOS GENERALES:

Apellidos y Nombres: UQUICHE MAÑUICO, HECTOR
 Empresa: MELCONSI S.A.C
 Fecha: 24/08/2024
 Puesto de Trabajo: OPERARIO SANITARIO
 Lugar del Examen: CENTRAL LINCE

ANTECEDENTES OCUPACIONALES:

SÍNTOMAS, HÁBITOS Y ANTECEDENTES PERSONALES RELACIONADOS:

	Si	No		Si	No		Si	No
Algorafobia		X	Convulsiones		X	HTA No Controlada		X
Acrofobia		X	Cefalea - Migraña		X	Asma Bronquial NC		X
Mareos		X	Consumo de Alcohol		X	Diabetes Mellitus NC		X
Vértigo		X	Consumo de Drogas		X	TEC - Moderado		X
Mioclónias		X	Enferm. Psiquiátrica		X	Fármacos - actual (*)		X
Acatisia		X	Insuficiencia Cardíaca		X			

CAPACITACIÓN - ENTRENAMIENTO:

Descripción	Si	No	Descripción	Si	No
Entrenamiento para trabajos en Altura	X		Entrenamiento en Primeros Auxilios	X	

EXAMEN MÉDICO DIRIGIDO:

Peso: 55.6 Talla: 1.52 IMC: 24.07

Descripción	Si	No
1. IMC ≥ 30		X
2. Déficit estructural o funcional de Miembros Superiores		X
3. Déficit estructural o funcional de Miembros Inferiores		X
Descripción	Normal	Anormal
4. Tímpanos	X	
5. Hipoacusia	X	
6. Sustentación en un pie por 15"	X	
7. Caminar libre sobre recta 3m (sin desvío)	X	
8. Caminar libre ojos vendados 3m (sin desvío)	X	
9. Caminar libre ojos vendados punta-talón 3m (s/desvío)	X	
10. Nistagmos	X	
11. Romberg	X	
12. Adiadoquinesia Directa	X	
13. Adiadoquinesia Cruzada	X	

Comentarios:

APTITUD:

APTO



NO APTO




Firma y Huella del Trabajador



Firma y Sello del Médico



EVALUACION OFTALMOLOGICA

Id.Atención: 012211259

APELLIDOS Y NOMBRES UQUICHE MAÑUICO, HECTOR
EDAD 32
EMPRESA MELCONSI S.A.C
AREA SUPERFICIE

SEXO : M
FECHA : 24/08/2024
CARGO : OPERARIO SANITARIO
DNI : 71087736

Motivo de la Consulta:

- ☒ Preocupacional
☐ Periódico
☐ Retiro
☐ Preventivo
☐ Particular
☐ Reincorporación
☐ Corta duración
☐ Condicionante

Agudeza Visual:

	OD		OI	
	SC	CC	SC	CC
LEJOS	20/20	20/	20/20	20/
CERCA	J/1	J/	J/1	J/
Discromatopsia (Ishihara)	Normal		☒	
	Patologico		☐	
Stereopsis	Normal		☒	
	Alterada		☐	
	40 SEG DE ARCO			

Zona Externa	OD		OI	
	N	A	N	A
Párpado	X		X	
Conjuntiva	X		X	
Córnea	X		X	
Iris	X		X	
Ac	X		X	
Cristalino	X		X	

Antecedentes oculares:

- ☐ Catarata
☐ Glaucoma
☐ Pterigion
☐ Desprendimiento Retina
☐ Trauma Ocular

Hallazgos Encontrados:

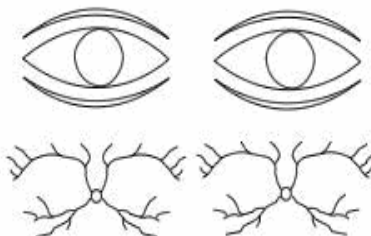
NO REFIERE ANTECEDENTES OCULARES.

Refracción Actual:

OD:

OI:

DIP:



Antecedentes Generales:

- ☐ HTA
☐ Diabetes
☐ Lípidos elevados
☐ Otros

¿ USA LENTES ACTUALMENTE LENTES ?

SI ☐
NO ☒

¿ LOS TRAE CONSIGO EN EL MOMENTO DE LA EVALUACION ?

SI ☐
NO ☒

Campimetría de Confrontación

Buena ☐
Mala ☐
No evaluado ☐

Motilidad Ocular:

Normal ☒ Patológico ☐

Diagnóstico:

- EMÉTROPE.

Recomendaciones:

- CONTROL PERIÓDICO POR OFTALMOLOGÍA.

Reevaluación:


Amelia Cerrate Angeles
OFTALMOLOGA
C.M.P 15410 R.N.E 006994



RESULTADO DEL ANÁLISIS

Paciente : UQUICHE MAÑUICO, HECTOR		Ingresado :	24/08/2024 07:20 a.m.	V: 00
Sexo : MASCULINO		Recepcionado :		
Cliente : MELCONSI S.A.C		Impreso :	24/08/2024 01:14 p.m.	
Médico :		Edad : 32 a.	Doc.Ident : 71087736	
		Num.Orden :	211259	
		Sede :	CENTRAL LINCE	
ANALISIS	RESULTADO	UNID	RANGO REFERENCIAL	METODO

EXAMEN COMPLETO DE ORINA

EXAMEN MACROSCOPICO

COLOR AMARILLO
ASPECTO TRANSPARENTE

EXAMEN BIOQUIMICO

DENSIDAD	1.030	1.001 - 1.035	TIRA REACTIVA
PH	5.0	5 - 6	
GLUCOSA	NEGATIVO	NEGATIVO	
BILIRRUBINA	NEGATIVO	NEGATIVO	
CUERPOS CETONICOS	NEGATIVO	NEGATIVO	
PROTEINAS	NEGATIVO	NEGATIVO	
UROBILINOGENO	NEGATIVO	NEGATIVO	
NITRITOS	NEGATIVO	NEGATIVO	
HEMOGLOBINA	NEGATIVO	NEGATIVO	
LEUCOCITOS	NEGATIVO	NEGATIVO	

GLUCOSA	91	mg/dL	74 - 106	ENZIM. COLOR.
OBSERVACION	DIABETES CARE, VOLUME 35, SUPPLEMENT 1, JANUARY 2012			

GRUPO SANGUINEO-FACTOR RH

GRUPO SANGUINEO	O	LANDSTEINER
FACTOR RH	POSITIVO	
VARIANTE DU	-	

OBSERVACION

Un grupo sanguíneo es una clasificación de la sangre de acuerdo con las características presentes o no en la superficie de los glóbulos rojos y en el suero de la sangre. Las dos clasificaciones más importantes para describir grupos sanguíneos en humanos son los antígenos (el sistema ABO) y el factor Rh.

El sistema ABO fue descubierto por Karl Landsteiner en 1901, convirtiéndolo en el primer grupo sanguíneo conocido; su nombre proviene de los tres tipos de grupos que se identifican: los de antígeno A, de antígeno B y O. Las transfusiones de sangre entre grupos incompatibles pueden provocar una reacción inmunológica que puede desembocar en hemólisis, anemia, fallo renal, shock o muerte.


Eduardo D. Angulo Vargas
PATÓLOGO CLÍNICO
C.M.P 44841 R.N.E 21936



RESULTADO DEL ANÁLISIS

Paciente : UQUICHE MAÑUICO, HECTOR		Ingresado : 24/08/2024 07:20 a.m.	V: 00
Sexo : MASCULINO		Recepcionado :	
Cliente : MELCONSI S.A.C		Impreso : 24/08/2024 01:14 p.m.	
Médico :		Edad : 32 a.	Doc.Ident : 71087736
		Num.Orden : 211259	
		Sede : CENTRAL LINCE	

ANALISIS	RESULTADO	UNID	RANGO REFERENCIAL	METODO
----------	-----------	------	-------------------	--------

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO**RECuento CELULAR**

LEUCOCITOS	6560	Cel/uL	4000 - 11000	CIT. DE FLUJO
HEMATIES	5160000	Cel/uL	4500000 - 5900000	IMPEDANCIA
PLAQUETAS	297000	Cel/uL	150000 - 500000	IMPEDANCIA

HEMOGLOBINA / HEMATOCRITO

HEMOGLOBINA	16.5	g/dL	13.5 - 17.5	CIANOMETAHB
HEMATOCRITO	49.5	%	41 - 53	ALT. PULSO ACUM

CONSTANTES CORPUSCULARES

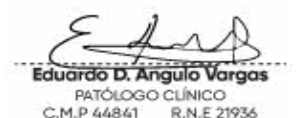
VCM	90.6	fL	80 - 100
HCM	31.9	pg	26 - 34
CCMH	31.1	g/dL	31 - 37
RDW	12.6	%	11.8 - 15.6
VPM	8.6	fL	7.6 - 10.8

FORMULA DIFERENCIAL %

NEUTROFILOS SEGMENTADOS	56.0	%	31 - 80
BASTONES	0.0	%	0 - 5
LINFOCITOS	37.0	%	22 - 50
MONOCITOS	5.0	%	0 - 9
EOSINOFILOS	2.0	%	0 - 5
BASOFILOS	0.0	%	0 - 1.2
COMPROBACION RECuento 100%	100.00		

FORMULA DIFERENCIAL ABSOLUTA

NEUTROFILOS SEGMENTADOS	3673.6	Cel/mL	1400 - 6600
BASTONES	0.0	Cel/mL	0 - 400
LINFOCITOS	2427.2	Cel/mL	1200 - 3500
MONOCITOS	328.0	Cel/mL	0 - 500
EOSINOFILOS	131.20	Cel/mL	0 - 500
BASOFILOS	0.0	Cel/mL	0 - 90



Eduardo D. Angulo Vargas
PATÓLOGO CLÍNICO
C.M.P 44841 R.N.E 21936



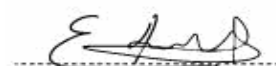
RESULTADO DEL ANÁLISIS

Paciente : UQUICHE MAÑUICO, HECTOR		Ingresado : 24/08/2024 07:20 a.m.	V: 00
Sexo : MASCULINO		Recepcionado :	
Cliente : MELCONSI S.A.C		Impreso : 24/08/2024 01:14 p.m.	
Médico :		Edad : 32 a.	Doc.Ident : 71087736
		Num.Orden : 211259	
		Sede : CENTRAL LINCE	

ANALISIS	RESULTADO	UNID	RANGO REFERENCIAL	METODO
----------	-----------	------	-------------------	--------

PERFIL LIPIDICO COMPLETO

COLESTEROL TOTAL	232	mg/dL	Normal < a 200 Moderado 200 - 239 Elevado >= a 240	ENZIM. COLOR.
HDL COLESTEROL	43	mg/dL	ELEVADO > 60 DESEABLE 40 - 60 BAJO 20 A 40	ENZIM. COLOR.
LDL COLESTEROL	154	mg/dl	Menor 100 DESEABLE 100 - 129 LIM.OPTIMO 130 - 159 BORDERLINE 160 - 189 ALTO Mayor 190 MUY ALTO	ENZIM. COLOR.
VLDL COLESTEROL	35	mg/dL	10 - 35	
RIESGO CORONARIO	5.4		3.3 - 4.4	
TRIGLICERIDOS	175	mg/dl	< 150: NORMAL 150 - 199 : BORDERLINE 200 - 499 : ALTO >= 500: MUY ALTO	ENZIM. COLOR.
ASPECTO	TRANSPARENTE			
VDRL SEROLOGICO	NO REACTIVO		NO REACTIVO	FLOCULACIÓN


Eduardo D. Angulo Vargas
PATÓLOGO CLÍNICO
C.M.P 44841 R.N.E 21936

PLACA N°	1		Empresa	MELCONSI S.A.C		Lector								
Nombre	UQUICHE MAÑUICO HECTOR						Edad	32						
Fecha de Lectura	2	4	0	8	2	4	Fecha de radiografía	2	4	0	8	2	4	
	dia	mes	año					dia	mes	año				
I. Calidad Radiográfica	1	Buena	☒		Causas	1	Sobreexposición	5	Escápulas					
	2	Aceptable				2	Subexposición	6	Artefacto					
	3	Baja Calidad				3	Posición centrado	7	Otros					
	4	Inaceptable				4	Inspiración Insuficiente							
Comentario sobre defectos Técnicos														
II. ANORMALIDADES PARENQUIMATOSAS (si NO hay anomalías parenquimatosas pase a III. A. Pleurales)														
2.1. Zonas Afectadas (marque TODAS las zonas afectadas)			2.2. Profusión (opacidades pequeñas) (escala de 12 puntos) (Consulte las radiografías estándar - marque la subcategoría de profusión)			2.3. Forma y Tamaño : (Consulte las radiografías estándar, se requieren dos símbolos; marque un primario y un secundario)			2.4. Opacidades Grandes (Marque 0 si no hay ninguna o marque A, B o C)					
	Der.	Izq.	0/-	0/0	0/1	Primario		Secundario				0		
Superior			1/0	1/1	1/2	p	s	p	s			A		
Medio			2/1	2/2	2/3	q	t	q	t			B		
Inferior			3/1	3/3	3/+	r	u	r	u			C		
III. ANORMALIDADES PLEURALES (si NO hay anomalías pase a símbolos*)										SI		NO	☒	
3.1. Placas Pleurales (0=Ninguno; D=Hemitórax derecho; I=Hemitórax izquierdo)														
Sitio (Marque las casillas adecuadas)		Calcificación (marque)		Extensión (pared Torácica combinada para placas de perfil y de frente)				Ancho (opcional) (ancho mínimo exigido 3 mm)						
				1	<1/4 de la pared lateral del tórax			a	De 3 a 5mm					
				2	Entre 1/4 y 1/2 de la pared lateral del tórax			b	De 5 a 10mm					
				3	>Y- de la pared lateral del tórax			c	Mayor a 10mm					
Pared Torácica de perfil		(0)	D	I	(0)	D	I	(0)	D	I	(0)	D	I	
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	a	b	c	
De frente		(0)	D	I	(0)	D	I							
Diafragma		(0)	D	I	(0)	D	I							
Otro(s) sitio(s)		(0)	D	I	(0)	D	I							
Obliteración del ángulo Costofrenico				(0)	D	I								
3.2. Engrosamiento Difuso de la Pleura (0=Ninguno; D=Hemitórax derecho; I=Hemitórax izquierdo)														
		Pared Torácica		Calcificación		Extensión				Ancho				
De perfil		(0)	D	I	(0)	D	I	(0)	I	(0)	I	D	I	
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	a	b	c	
De frente		(0)	D	I	(0)	D	I							
IV. SIMBOLOS*										SI		NO	☒	
(Rodee con un círculo la respuesta adecuada, si rodea od , escriba a continuación un COMENTARIO)														
aa	at	ax	bu	ca	cg	cn	co	cp	cv	di	ef	em	es	od
fr	hi	ho	id	jh	kl	me	pa	pb	pi	px	ra	rp	tb	
DIAGNOSTICO - DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES. - SIN PATRÓN NEUMOCONIOTICO.														
 Dr. Jorge Alberto Portel Guth Médico Radiólogo / Radiólogo en Medicina C.M.P. 42414 RNE 20045 - RNM M00270 Registrado de Lector OIT Rayna X OIT 32010-122 medcorp] salud ocupacional														

Firma y sello de Médico

Para comprobar el resultado de su evaluación médica, ingrese aquí: <http://verifica.medcorp.pe/>



ANEXO II - CUESTIONARIO RESPIRATORIO

Id.Atención: 012211259

PROYECTO/CONTRATO:

NOMBRE HECTOR UQUICHE MAÑUICO

FECHA DE NACIMIENTO 25/01/1992

DNI 71087736

ALTURA 1.52

PESO 55.60

EDAD

32

EMPRESA MELCONSI S.A.C

FUNCIÓN OPERARIO SANITARIO

- | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|---------|--|-----------------------------|
| 1. ¿Usted tose o tiene carraspera por la mañana? | ☒ No | ☐ Sí | ¿Y hoy? | ☒ No | ☐ Sí |
| 2. ¿Su tos está acompañada de mucosidad? | ☒ No | ☐ Sí | ¿Y hoy? | ☒ No | ☐ Sí |
| 3. ¿La mucosidad está acompañada de sangre? | ☒ No | ☐ Sí | ¿Y hoy? | ☒ No | ☐ Sí |
| 4. ¿Le silba el pecho? | ☒ No | ☐ Sí | ¿Y hoy? | ☒ No | ☐ Sí |
| 5. ¿El silbido de pecho mejora con algún remedio? | ☒ No | ☐ Sí | ¿Cuál? | | |
| 6. ¿Tiene dolor en el pecho? | ☒ No | ☐ Sí | ¿Y hoy? | ☒ No | ☐ Sí |
| 7. ¿Usted siente cansancio (falta de aire)? | ☒ No | ☐ Sí | ¿Y hoy? | ☒ No | ☐ Sí |
| Si fuera sí: | ☐ En crisis | ☐ Continuo | | | |

8. Si usted siente cansancio (falta de aire), ¿Cuándo es?

- ☐ Al realizar actividades cotidianas, pero no para.
- ☐ Al realizar actividades cotidianas, y tiene que parar.
- ☐ Incluso sentado o echado, al vestirse, peinarse o caminar despacio unos cuantos pasos.

9. ¿Usted tiene o tuvo bronquitis ☒ (asma, bronquitis alérgica, bronquitis asmática)?

☒ No ☐ Sí

10. ¿Usted ha tenido Covid-19? ☒ No ☐ Sí ¿Cuándo?

11. ¿Usted ha sido operado del pulmón? ☒ No ☐ Sí

12. ¿Usted tiene algún problema con el corazón? ☒ No ☐ Sí

13. ¿Usted ha trabajado en lugares con polvo durante un año o más?

☒ No ☐ Sí ¿En qué?

14. ¿Usted ha tenido gripe en las últimas tres semanas? ☒ No ☐ Sí ¿Cuándo?

15. ¿Usted ha tomado algún remedio hoy? ☒ No ☐ Sí ¿Cuál?

Indique los remedios que está tomando últimamente.

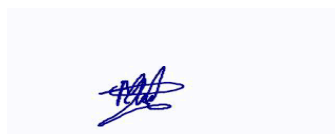
16. ¿Tomó café o té en las 6 últimas horas? ☒ No ☐ Sí

17. ¿Ingirió alcohol en las 4 últimas horas? ☒ No ☐ Sí

18. ¿Fumó cigarro en las 2 últimas horas? ☒ No ☐ Sí

19. ¿Probó alimento en las 2 últimas horas? ☒ No ☐ Sí

FECHA: 24/08/2024



Firma del paciente



UQUICHE MAÑUICO, HECTOR

ID: 71087736

Edad: 32 (25/01/1992)

Sexo	Masculino	Altura	152 cm	Asma	No
Origen étnico	Hispano	Peso	55 kg	IMC	23.8
Fumador	No			EPOC	No

FVC (sólo esp)

Su FEV1 / Predicho: 110 %

Fecha del test	24/08/2024 08:20:08 a.m.	Interpretación	GOLD(2008)/Hardie	Selección del valor	Mejor valor
Tiempo posterior		Predicho	Hankinson (NHANES III), 1999	BTPS (INSP/ESP)	1.11/1.02

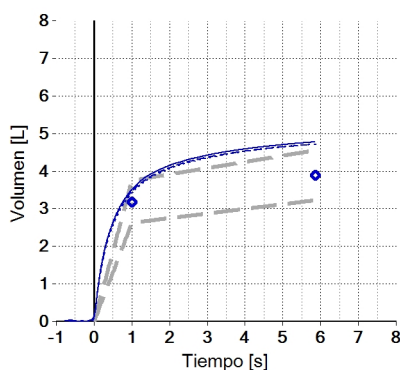
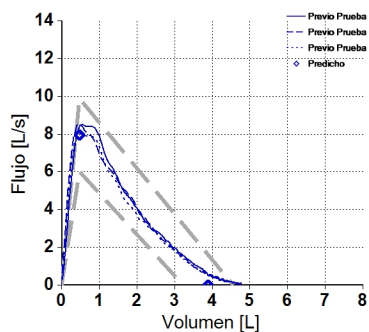
Parámetro	Pred	LLN	Previo				%Pred
			Mejor	Prueba 2	Prueba 1	Prueba 3	
FVC [L]	3.88	3.22	4.77	4.77	4.70	4.71	123
FEV1 [L]	3.18	2.62	3.50	3.50	3.46	3.41	110
FEV1/FVC	0.830	0.739	0.734*	0.734*	0.737*	0.724*	88
FEF25-75 [L/s]	3.49	2.23	2.58	2.58	2.58	2.44	74
PEF [L/s]	7.96	6.01	8.53	8.50	8.53	7.99	107
FET [s]	-	-	5.9	5.9	5.6	5.9	-

* Indica valor situado fuera del rango normal o cambio posterior significativo.

Calidad de la sesión Previo A (FEV1 Var=0.04L (1.2%); FVC Var=0.06L (1.3%))

Interpretación del sistema Previo Espirometría Normal


Dr. SAMUEL PECHO SILVA
NEUMÓLOGO
CNP 40980 RNE 19822
medcorp salud ocupacional



	ANEXO I - ANAMNESIS AUDIOMÉTRICA OCUPACIONAL Id.Atención: 012211259		Doc. Ref.: SO-PI- PRE 064	V: 00		
				Emisión: AGOSTO 2024		
Proyecto / Contrato:						
Nombre: HECTOR UQUICHE MAÑUICO			Documento: 71087736			
Fecha de Nacimiento: 25/01/1992		Área: SUPERFICIE		Función: OPERARIO SANITARIO		
Tipo de Examen: .PREOCUPACIONAL			¿Labora con ruido? SI		Fecha del examen: 24/08/2024	
Tiempo de trabajo en la función actual: 7 Años - 0 Meses - 0 Días						
¿Utiliza Protectores Auditivos?			☒ Sí ☐ No ☐ A veces		¿Qué tipo? TAPONES	
¿Horas promedio a Exposición a Ruido?			8 Horas.			
¿Apreciación del Ruido?			☐ Muy Intenso ☒ Moderado ☐ No Molesto			
¿Cuanto tiempo viene trabajando o trabajó en ambientes expuesto a ruido?			☒ Sí ☐ No ☐ A veces ¿Cuánto tiempo? 7 Años - 0 Meses - 0 Días			
¿Usaba Protectores Auditivos?			☒ Sí ☐ No ☐ A veces ¿Qué tipo? TAPONES			
¿Ha recibido capacitacion respecto al Uso de Protectores Auditivos?						
¿Otitis?			☐ Sí ☒ No		¿Oye bien? ☒ Sí ☐ No	
¿Otomicosis?			☐ Sí ☒ No		¿Ha estado en alguna explosión cerca de usted? ☐ Sí ☒ No	
¿Enfermedad de Meniere?			☐ Sí ☒ No		¿Ha estado expuesto a tiros o ruidos repentinos fuertes? ☐ Sí ☒ No	
¿Vértigo?			☐ Sí ☒ No		¿Utiliza / utilizó armas de fuego? ☐ Sí ☒ No	
¿Zumbido?			☐ Sí ☒ No		¿Utiliza / utilizó fuegos artificiales? ☐ Sí ☒ No	
¿Parálisis Facial?			☐ Sí ☒ No		¿Utiliza / utilizó equipo stereo personal? ☒ Sí ☐ No	
¿Trauma Cefalico?			☐ Sí ☒ No		¿Utiliza / utilizó Motos? ☐ Sí ☒ No	
¿Cirugía Cabeza y/o Cuello?			☐ Sí ☒ No		¿Toca algún instrumento musical? ☐ Sí ☒ No	
¿Dolor de cabeza frecuente?			☐ Sí ☒ No		¿Cuál?	
			Comentarios:			
Usa/Usó:						
Bebidas Alcohólicas			☐ Sí ☒ No		Cigarro ☐ Sí ☒ No	
Drogas			☐ Sí ☒ No		Tipo	



	ANEXO I - ANAMNESIS AUDIOMÉTRICA	Doc. Ref.: SO-PI- PRE 064	V: 00	
			Emisión: AGOSTO 2024	
Tiene/Tuvo:				
Hipertensión	☐ Sí ☒ No	Diabetes	☐ Sí ☒ No	
Sarampión	☐ Sí ☒ No	Problemas de tiroides	☐ Sí ☒ No	
Meningitis	☐ Sí ☒ No	Rubéola	☐ Sí ☒ No	
Problema renal	☐ Sí ☒ No	Varicela	☐ Sí ☒ No	
Tuberculosis	☐ Sí ☒ No	Sífilis	☐ Sí ☒ No	
Paperas	☐ Sí ☒ No	Cancer	☐ Sí ☒ No	
Comentarios:				
¿Hace/hizo uso de algún medicamento?	☐ Sí ☒ No	¿Cuál?		
¿Alguien de su familia tiene pérdida de audición?	☐ Sí ☒ No	¿Quién?		
¿Está expuesto a alguna sustancia química?	☐ Sí ☒ No ☐ Directamente	¿Cuál? ☐ Indirectamente		
¿Se ha realizado alguna audiometría antes?	☒ Sí ☐ No			


Julissa Vargas Tuya
 AUDIOMETRÍA



HISTORIA CLÍNICA

Id.Atención: 012211259

A. FECHA DEL EXAMEN: 24/08/2024 AUDIOMETRO: 894861

B. EMPRESA/PROYECTO: MELCONSI S.A.C

C. EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL: PREOCUPACIONAL

D. APELLIDOS Y NOMBRES: UQUICHE MAÑUICO, HECTOR E. EDAD: 32

F. PUESTO A DESEMPEÑAR: OPERARIO SANITARIO G. Años de trabajo expuesto a ruido : 7.00

H. LABORA CON RUIDO: ☒ SI ☐ NO I. USO DE PROTECTORES AUDITIVOS: ☒ Tapones ☐ Orejeras ☐ Ambos

J. HORAS DE EXPOSICIÓN P/D (HORAS): 8 HORAS K. APRECIACIÓN DEL RUIDO: ☐ Muy Intenso ☒ Moderado ☐ No molesto

L. ANTECEDENTES RELACIONADOS.

	SI	NO
Consumo de tabaco		☒
Servicio militar		☒
Hobbies con exposición a ruido	☒	
Exposición laboral a químicos		☒
Infección al oído		☒
Uso de ototóxicos		☒

M. SÍNTOMAS ACTUALES.

	SI	NO
Disminución de la audición		☒
Dolor de oídos		☒
Zumbido		☒
Mareos		☒
Infección al oído		☒
Otra		☒

N. OTOSCOPIA.

Oído Derecho Pabellón CAE ☒ Normal ☐ Anormal ☒ Perneable ☐ Irritado ☐ Cerumen ☐ Cuerpo Extraño ☐ Secreción ☐ Otro(s)

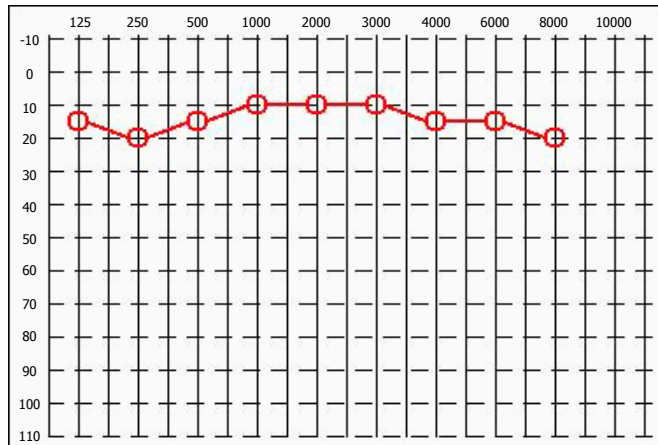
Oído Izquierdo Pabellón CAE ☒ Normal ☐ Anormal ☒ Perneable ☐ Irritado ☐ Cerumen ☐ Cuerpo Extraño ☐ Secreción ☐ Otro(s)

Tímpano ☒ Normal ☐ No se Visualiza ☐ Perforado ☐ Otros

Tímpano ☒ Normal ☐ No se Visualiza ☐ Perforado ☐ Otros

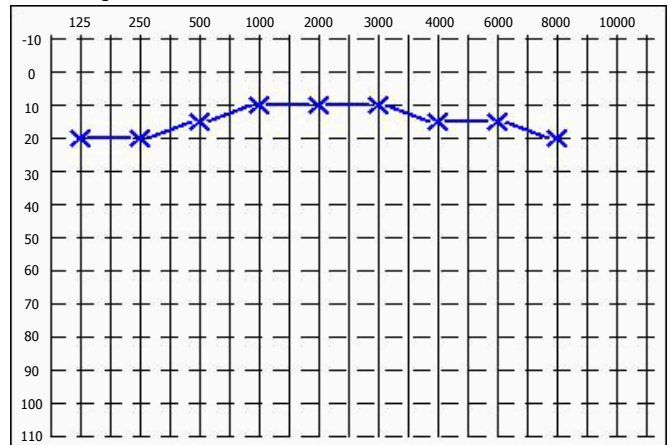
O. AUDIOMETRÍA.

OÍDO DERECHO



Heartz	125	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	10000
OD	15	20	15	10	10	10	15	15	20	
OD										

OÍDO IZQUIERDO



Heartz	125	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	10000
OI	20	20	15	10	10	10	15	15	20	
OI										

R. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

NORMOACUSIA.

Q. RECOMENDACIONES

USO DE EPP AUDITIVO EN ZONA DE RUIDO.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE TOMA LA AUDIOMETRÍA

Julissa Vargas Tuya
 AUDIOMETRÍA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Gustavo A. Amador Tarazona
 OTORRINOLARINGÓLOGO
 C.M.P 34005 R.N.E 019917



INFORME CARDIOLÓGICO

V: 00

APELLIDOS Y NOMBRES	UQUICHE MAÑUICO, HECTOR	ID.ATENCIÓN:	012211259
FECHA DE EXAMEN	24/08/2024	SEXO:	MASCULINO
EMPRESA	MELCONSI S.A.C		
PUESTO	OPERARIO SANITARIO		
TIPO DE CONSULTA	.PREOCUPACIONAL	EDAD:	32 AÑOS

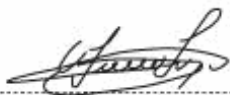
RITMO SINUSAL
FRECUENCIA CARDIACA 64 LPM

MEDICIONES

EJE QRS 65
SEGMENTO PR 0.15 SEG
COMPLEJO QRS 0.08 SEG
SEGMENTO QT 0.37 SEG

CONCLUSION

- DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES.



Dr. Oswaldo N. Lescano López
CARDIOLOGO
CMP 26377 R.N.E 17272

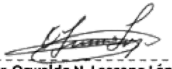


MEDCORP SAC Reporte ECG

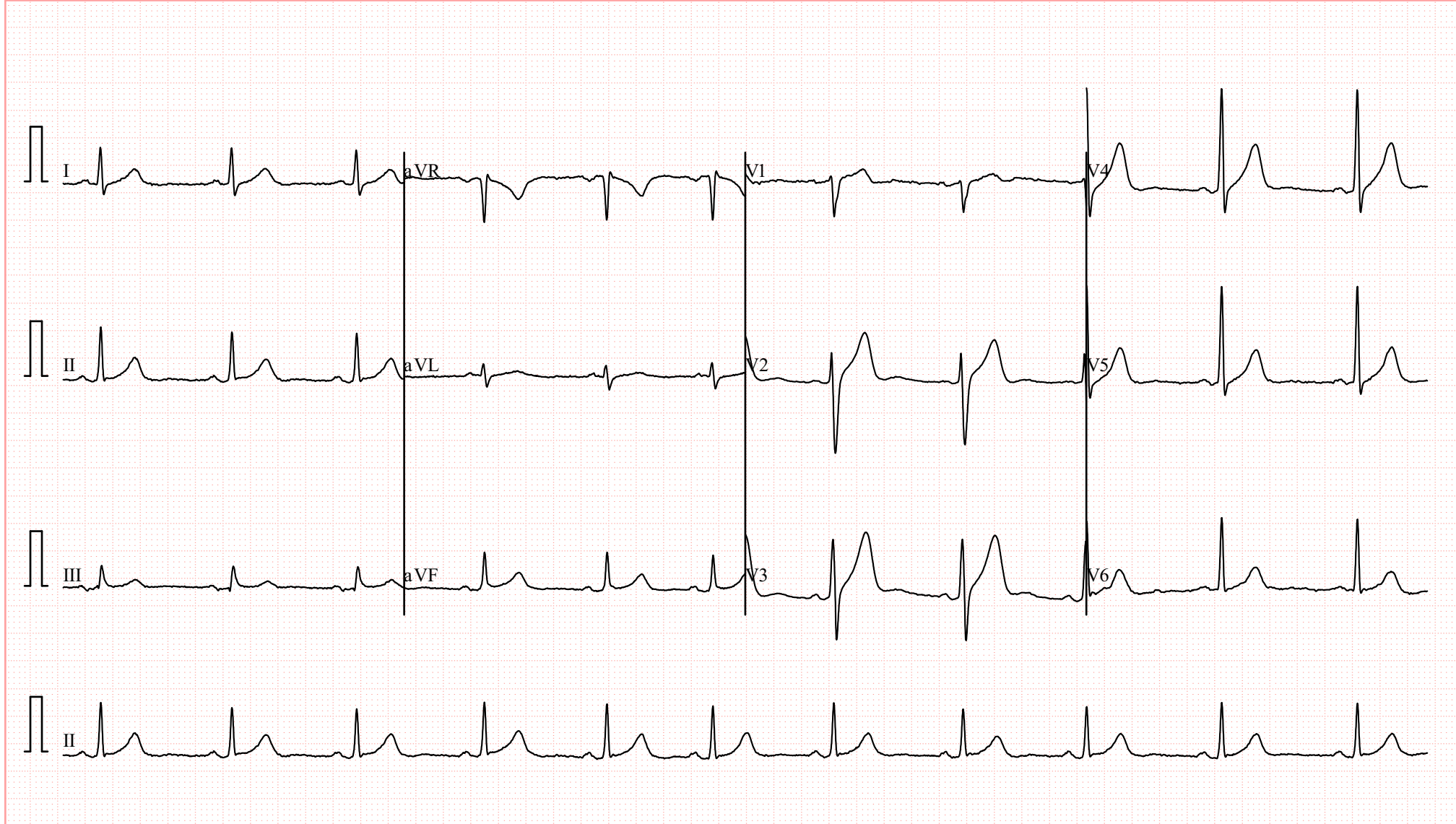
ID : 71087736 HECTOR MANUICO UQUICHE 25/01/1992 32 Años Masculino

FC : 64 bpm
P : 107 ms
PR : 150 ms
QRS : 81 ms
QT/QTc : 378/390 ms
P/QRS/T : 51/65/51 °
RV5/SV1 : 1.796/0.592 mV

Información de Diagnostico:
Ritmo del seno
ECG Normal


Dr. Oswaldo N. Lescano López
CARDIÓLOGO
CMI 24377 RNE 17272
© Medcorp Salud Ocupacional

Informe confirm por: DR OSWALDO LESCANO



Fecha de examen 24/08/2024
Empresa/proyecto MELCONSI S.A.C
Datos del trabajador
Nombres : HECTOR
Apellidos : UQUICHE MAÑUICO
Edad : 32 AÑOS
Puesto : OPERARIO SANITARIO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Bajo			Medio			Alto		
ÁREA COGNITIVA									
Coordinación Visomotora									
Implica el ejercicio de movimiento controlados y deliberados que requieren de mucha precisión. Son requeridos especialmente en tareas donde se utilizan de manera simultánea los ojos, las manos, los pies y los dedos.									
ÁREA AFECTIVA									
Tolerancia a la presión									
Capacidad para mantener el desempeño esperado frente a situaciones de alta demanda, tensión o conflicto.									
Estabilidad Emocional									
Es la condición de equilibrio que caracteriza a quien es tranquilo, confiado, seguro, a diferencia del que es nervioso, deprimido e inseguro.									
Dinamismo									
Capacidad para hacer o emprender actividades con energía y rapidez									
Control de ansiedad									
Evalúa la capacidad para controlar preocupaciones y sensaciones que producen miedo en la persona									
Control de impulsos									
Funciones mentales que regulan y general resistencia ante el deseo súbito e intenso de hacer algo.									
ÁREA LABORAL									
Acatamiento de normas									
Evalúa la capacidad para obedecer y ejecutar las órdenes recibidas.									
ÁREA INTERPERSONAL									
Sociabilidad y Ajuste Social									
Analiza la facilidad para las relaciones interpersonales									
Evalúa la conducta social y el grado de adaptación al medio social de manera general									

CONCLUSIONES:

ALCANZA UN NIVEL MEDIO EN SU COORDINACIÓN VISOMOTORA MANUAL; EMOCIONALMENTE PRESENTA INDICADORES DE INTROVERSIÓN, SE MUESTRA UNA PERSONA RESERVADO, PRACTICO Y ADAPTADO A SU ENTORNO; NO EVIDENCIA SIGNOS DE CLAUSTROFOBIA NI ANSIEDAD EN TRABAJOS DE ALTURA; CONDUCTA FAVORABLE HACIA LA SEGURIDAD; NO PRESENTA INDICADORES DE DEPRESIÓN; NO PRESENTA INDICADORES DE ANSIEDAD; ADECUADOS RECURSOS PARA HACER FRENTE A LAS EXIGENCIAS DEL ENTORNO Y AL ESTRÉS; LABORALMENTE MUESTRA EMPÑO, ESFUERZO Y DISPOSICIÓN. EN EL ÁREA SOCIAL SE INTEGRA DE MANERA GRADUAL AL GRUPO.


Natali Arévalo Cadillo
PSICÓLOGA
CPsP 38658



HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA OCUPACIONAL (Pag. 1)

V: 00

IdAtención: 012211259	Ficha de evaluación:	24	08	2024
		Día	Mes	Año

I.- DATOS GENERALES :

Apellidos y Nombres : UQUICHE MAÑUICO HECTOR

Edad : 32 AÑOS

Fecha de Nacimiento : 25/01/1992

Lugar de Nacimiento : Apurimac - Andahuaylas - Andahuaylas

Estado Civil : CONVIVIENTE

Grado de Instrucción : Secundaria comp

Lugar de Residencia : ASOC. NUEVA VILLA MZ B LT 05 Villa El Salvador - Lima - Lima

Evaluación : PREOCUPACIONAL

II.- MOTIVO DE EVALUACION :

PREOCUPACIONAL

III.- DATOS OCUPACIONALES :

3.1-EMPRESA ACTUAL (postula, trabaja o trabajó) Nombre de la Empresa:
MELCONSI S.A.C

Actividad de la Empresa : CONSTRUCCION EDIFICIOS COMPLETOS.

Area de trabajo : SUPERFICIE Superficie ☒ Subsuelo Tiempo Total Laborado 08 AÑOS

Puesto :
OPERARIO SANITARIO

Principales Riesgos :
Ruido, Polvo, Radiaciones, Calor, Metales, Ergonómico, Psicosocial

Medidas de Seguridad :
Guantes, Lentes, Respiradores, Mascarilla, Orejeras, Tapones, Otros-especificar, (CASCO BOTAS.)

3.2-ANTERIORES EMPRESAS: (Experiencia laboral)

Fecha	Nombre de la Empresa	Act. de la Empresa	Puesto	Tiempo Sup	Tiempo Sub	Causa del Retiro
9 meses	GIAN JAN		operario			Termino de contrato

IV.- HISTORIA FAMILIAR:

conviviente , tiene 1 hijos

Para comprobar el resultado de su evaluación médica, ingrese aqui: <http://verifica.medcorp.pe/>

CLINICA OCUPACIONAL MEDCORP - ADMINISTRADORA DE SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL SAC
Av Petit Thouars N 1536 - Lince Telefono: 209-9470



HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA OCUPACIONAL (Pag. 2)

V: 00

V.- ACCIDENTES Y ENFERMEDADES:	(durante el tiempo de trabajo)
No refiere	
VI.- Hábitos:	(pasatiempos, consumo de tabaco, alcohol y/o drogas)
deporte No Niega No	
VII.- OTRAS OBSERVACIONES:	
VIII.- EXAMEN MENTAL:	
8.1. OBSERVACION DE CONDUCTAS :	
- Presentación :	Adecuado (X) Inadecuado ()
- Postura :	Erguida (X) Encorvada ()
- Discurso:	Ritmo: Lento () Rapido () Fluido (X)
	Tono: Bajo () Moderado (X) Alto ()
	Articulación: Con dificultad () Sin dificultad (X)
- Orientación:	Tiempo: Orientado (X) Desorientado ()
	Espacio: Orientado (X) Desorientado ()
	Persona: Orientado (X) Desorientado ()
8.2. PROCESOS COGNITIVOS :	
☐ Lucido, atento:	Normal
☐ Pensamiento:	Fluido
☐ Percepción:	Sin alteraciones
☐ Memoria:	Corto Plazo X Mediano Plazo X Largo Plazo
☐ Inteligencia:	Muy superior () Superior () Normal Brillante () N.Promedio (X) N.Torpe () Fronterizo () RM Leve () RM Moderado () RM Severo () RM Profundo ()
☐ Apetito:	Normal
☐ Sueño:	Normal
☐ Personalidad:	Introvertido
☐ Afectividad:	Estable
☐ Conducta Sexual:	Normal
XI. DIAGNOSTICO FINAL:	
Área Cognitiva:	
Procesos cognitivos conservados	
Área Emocional:	
reservado , practico y adaptado a su entorno	
 Natali Arévalo Cadillo PSICÓLOGA CPsP 38658	

CLINICA OCUPACIONAL MEDCORP - ADMINISTRADORA DE SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL SAC
Av Petit Thouars N 1536 - Lince Telefono: 209-9470



INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

V: 00

Id.Atención: 012211259		Fecha de evaluación:		24	08	2024
				Día	Mes	Año
I.- DATOS GENERALES :						
Apellidos y Nombres :		UQUICHE MAÑUICO HECTOR				
Edad :		32 AÑOS				
Fecha de Nacimiento :		25/01/1992				
Lugar de Nacimiento :		Apurimac - Andahuaylas - Andahuaylas				
Estado Civil :		CONVIVIENTE				
Grado de Instrucción :		Secundaria comp				
Lugar de Residencia :		ASOC. NUEVA VILLA MZ B LT 05 Villa El Salvador - Lima - Lima				
Evaluación :		PREOCUPACIONAL				
II. OBSERVACION DE CONDUCTAS :						
- Presentación:		Adecuado (X) Inadecuado ()				
- Postura:		Erguida (X) Encorvada ()				
- Discurso:		Ritmo: Lento () Rapido () Fluido (X) Tono: Bajo () Moderado (X) Alto () Articulación: Con dificultad () Sin dificultad (X)				
- Orientación:		Tiempo: Orientado (X) Desorientado () Espacio: Orientado (X) Desorientado () Persona: Orientado (X) Desorientado ()				
III. RESULTADOS DE EVALUACIÓN :						
Nivel intelectual		N.Promedio				
Cordinacion Visomotriz		Normal				
Nivel de Memoria		Corto Plazo X Mediano Plazo X Largo Plazo				
Personalidad		Introverso				
Afectividad		Estable				
IV. CONCLUSIONES :						
Área Cognitiva:						
Procesos cognitivos conservados						
Área Emocional:						
reservado , practico y adaptado a su entorno						
V. RECOMENDACIONES :						
VI. DIAGNOSTICO:						
ALCANZA UN NIVEL MEDIO EN SU COORDINACIÓN VISOMOTORA MANUAL; EMOCIONALMENTE PRESENTA INDICADORES DE INTROVERSIÓN, SE MUESTRA UNA PERSONA RESERVADO, PRACTICO Y ADAPTADO A SU ENTORNO; NO EVIDENCIA SIGNOS DE CLAUSTROFOBIA NI ANSIEDAD EN TRABAJOS DE ALTURA; CONDUCTA FAVORABLE HACIA LA SEGURIDAD; NO PRESENTA INDICADORES DE DEPRESIÓN; NO PRESENTA INDICADORES DE ANSIEDAD; ADECUADOS RECURSOS PARA HACER FRENTE A LAS EXIGENCIAS DEL ENTORNO Y AL ESTRÉS; LABORALMENTE MUESTRA EMPÑO, ESFUERZO Y DISPOSICIÓN. EN EL ÁREA SOCIAL SE INTEGRA DE MANERA						
APTO		 Natali Arévalo Cadillo PSICÓLOGA CPsP 38658				

Para comprobar el resultado de su evaluación médica, ingrese aquí: <http://verifica.medcorp.pe/>



CUESTIONARIO DE CLAUSTROFOBIA (CLQ)*Radomsky (2001)*

Id.Atención: 012211259

Apellidos y Nombres: UQUICHE MAÑUICO, HECTOR

Edad: 32

Fecha: 24/08/2024

Empresa: MELCONSI S.A.C

Puesto: OPERARIO SANITARIO

A continuación se te presentan algunas situaciones concretas. Responde de acuerdo a las siguientes alternativas, en qué medida te sientes ansioso(a):

1. Nada ansioso
2. Levemente ansioso
3. Ansioso
4. Moderadamente ansioso
5. Muy ansioso

Items	1	2	3	4	5
02 - ESTAR ENCERRADO EN UNA HABITACION PEQUEÑA Y BIEN ILUMINADA SIN VENTANAS DURANTE 15 MINUTOS	x				
06 - LLEVAR UNA CAMISA DE FUERZA DURANTE 15 MINUTOS		x			
10 - TENER LAS PIERNAS ATADAS A UNA SILLA QUE NO SE PUEDE MOVER	x				
14 - TRABAJAR DEBAJO DEL FREGADERO DURANTE 15 MINUTOS	x				
18 - BUCEAR EN UN TANQUE DE AGUA SEGURO DURANTE 15 MINUTOS		x			
22 - ESTAR EN EL CENTRO DE UNA FILA LLENA DE GENTE EN UN CINE		x			
26 - ESPERAR DURANTE 15 MINUTOS EN UN AVION ESTANDO EN TIERRA Y CON LA PUERTA CERRADA		x			
03 - ESTAR ESPOSADO 15 MINUTOS		x			
07 - ESTAR TUMBADO EN UN SACO DE DORMIR ESTRECHO, CON LOS BRAZOS Y PIERNAS DENTRO, ABROCHADO HASTA EL CUELLO, SIN PODER SALIR DURANTE 15 MINUTOS		x			
11 - ESTAR EN UN BAÑO PUBLICO Y SE ATASCA LA CERRADURA		x			
04 - ESTAR ATADO 15 MINUTOS		x			
15 - ESTAR EN UN ASCENSOR EN EL PISO MAS BAJO CON LA PUERTA CERRADA	x				
19 - PONERSE UNA MASCARA DE OXIGENO			x		
01 - ESTAR ENCERRADO EN UNA HABITACION PEQUEÑA Y OSCURA SIN VENTANAS DURANTE 15 MINUTOS	x				
23 - TRABAJAR DEBAJO DE UN VEHICULO DURANTE 15 MINUTOS	x				
05 - SENTIRSE ATRAPADO EN ROPA ESTRECHA Y NO PODER QUITARSELA		x			
09 - ESTAR TUMBADO EN LA MALETERA DE UN AUTO EN EL QUE PASA AL AIRE LIBRE LIBREMENTE DURANTE 15 MINUTOS		x			
13 - NADAR LLEVANDO UNA PINZA EN LA NARIZ		x			
08 - ENTRAR DE CABEZA EN UN SACO DE DORMIR CON LA CREMALLERA SUBIDA, CON LA POSIBILIDAD DE SALIR CUANDO SE QUIERA		x			
17 - TENER UN RESFRIADO Y TENER LA DIFICULTAD PARA RESPIRAR POR LA NARIZ		x			
21 - ESTAR EN LA 3RA FILA DE UN CONCIERTO REPLETO DE GENTE Y DARSE CUENTA QUE NO PODRA SALIR HASTA EL FINAL		x			
12 - ESTAR EN UN TREN U OMNIBUS LLENO DE GENTE QUE PARA EN CADA ESTACION	x				
25 - ESTAR TUMBADO EN UN SAUNA DURANTE 15 MINUTOS		x			
16 - INTENTAR AGUANTAR LA RESPIRACION MIENTRAS SE HACE UN EJERCICIO FISICO INTENSO		x			
20 - ESTAR TUMBADO EN LA PARTE DE DEBAJO DE UN CAMAROTE	x				
24 - ESTAR EN EL PUNTO MAS ALEJADO DE LA SALIDA DE UNA MINA SUBTERRANEA	x				

Resultado: 18 - DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES


Natali Arévalo Cadillo
PSICÓLOGA
CPsP 38658

CUESTIONARIO DE COHEN

Id.Atención: 012211259

Edad: 32

Fecha: 24/08/2024

Apellidos y Nombres: UQUICHE MAÑUICO, HECTOR

Empresa: MELCONSI S.A.C

Puesto: OPERARIO SANITARIO

Items	0	1	2	3	4	5	6
Parte I: Escala de Ansiedad Seguidamente se presenta una lista de situaciones que tienen ver con las alturas. Nos interesaría saber el grado de ansiedad (tensión, malestar) que se sentiría en cada una de las situaciones actualmente. Por favor, indique como se sentiría colocando algunos de los números siguientes (0, 1, 2, 3, 4, 5 o 6) en el espacio a su derecha de cada ítem: Nada de ansiedad, tranquilo y relajado 0 - 1 Ligeramente ansioso 2 - 3 Moderadamente ansioso 4 - 5 Extremadamente ansioso 6							
04 - ESTAR DE PIE SOBRE UNA ESCALERA DE MANO APOYADA EN LA PARED EXTERIOR DE LA CASA, A LA ALTURA DE UN SEGUNDO PISO	x						
03 - MIRAR HACIA ABAJO DESDE LO ALTO DE UNA ESCALERA DE CARACOL	x						
02 - CRUZAR UN RIO PISANDO SOBRE LAS ROCAS	x						
06 - ESTAR SUBIDO EN LA MONTAÑA RUSA EN UN PARQUE DE ATRACCIONES		x					
01 - BUCEAR POR EL FONDO DE UNA PISCINA		x					
05 - SENTADO FRONTALMENTE EN EL PALCO DE UN TEATRO	x						
08 - VIAJAR EN AVION	x						
07 - IR SUBIENDO A UN CERRO EN UNA RUTA DE SENDERISMO DE TU PAIS		x					
12 - MIRAR DE UNA VENTANA EN UNA OFICINA UBICADA EN EL PISO 15 DE UN EDIFICIO			x				
10 - CRUZAR UN PUENTE PEATONAL SOBRE LA AUTOPISTA	x						
09 - ESTAR DE PIE JUNTO A UNA VENTANA ABIERTA EN EL TERCER PISO		x					
11 - CRUZAR UN PUENTE O VIADUCTO MUY LARGO EN CARRO		x					
16 - SUBIR POR UNA ESCALERA EXTERIOR HASTA EL TERCER PISO CON PROTECCION					x		
13 - VER A UN LIMPIAVENTANAS TRABAJANDO SOBRE UN ANDAMIO A LA ALTURA DE UN DECIMO PISO				x			
14 - CAMINAR SOBRE UNA REJILLA DE UNA VEREDA POR LA QUE SE PUEDE VER EL FONDO			x				
15 - ESTAR DE PIE AL BORDE DE LA PLATAFORMA DE UN METROPOLITANO				x			
20 - ESTAR PARADO AL BORDE DE LA PLATAFORMA DE UN BARCO			x				
17 - ESTAR DE PIE EN EL TECHO DE UN EDIFICIO DE 10 PISOS					x		
19 - ESTAR SUBIDO EN UNA SILLA PARA COGER UN OBJETO DE UN ESTANTE			x				
23 - SUBIR EN EL ASCENSOR DE CRISTAL POR LA FACHADA DE UN EDIFICIO			x				
24 - DESCENDER HACIENDO RAPEL (DESLIZARSE POR UNA CUERDA COLGANTE) POR UNA PARED			x				
21 - ASOMARSE A UN ACANTILADO DE 10 METROS DE ALTURA			x				
18 - SUBIR EN EL ASCENSOR HASTA EL PISO 30				x			
22 - SALTAR AL AGUA DESDE UNA ALTURA DE 5 METROS			x				

CUESTIONARIO DE COHEN

Id.Atención: 012211259

Apellidos y Nombres: UQUICHE MAÑUICO, HECTOR

Edad: 32

Fecha: 24/08/2024

Empresa: MELCONSI S.A.C

Puesto: OPERARIO SANITARIO

Items	0	1	2	3	4	5	6
Parte II: Escala de Evitación Una vez contestado a cada pregunta sobre la ansiedad que le produce, nos gustaría que respondiera también con respecto a su evitación. Señale en el espacio que se encuentra a la izquierda hasta que punto evitaría en estos momentos la situación en el caso de que se presentara No intentaría evitarla 0 Intentaría evitarla 1 No la soportaría bajo 2							
02 - CRUZAR UN RIO PISANDO SOBRE LAS ROCAS		x					
03 - MIRAR HACIA ABAJO DESDE LO ALTO DE UNA ESCALERA DE CARACOL		x					
06 - ESTAR SUBIDO EN LA MONTAÑA RUSA EN UN PARQUE DE ATRACCIONES		x					
07 - IR SUBIENDO A UN CERRO EN UNA RUTA DE SENDERISMO DE TU PAIS	x						
10 - CRUZAR UN PUENTE PEATONAL SOBRE LA AUTOPISTA		x					
11 - CRUZAR UN PUENTE O VIADUCTO MUY LARGO EN CARRO		x					
14 - CAMINAR SOBRE UNA REJILLA DE UNA VEREDA POR LA QUE SE PUEDE VER EL FONDO		x					
18 - SUBIR EN EL ASCENSOR HASTA EL PISO 30		x					
15 - ESTAR DE PIE AL BORDE DE LA PLATAFORMA DE UN METROPOLITANO		x					
22 - SALTAR AL AGUA DESDE UNA ALTURA DE 5 METROS		x					
19 - ESTAR SUBIDO EN UNA SILLA PARA COGER UN OBJETO DE UN ESTANTE		x					
23 - SUBIR EN EL ASCENSOR DE CRISTAL POR LA FACHADA DE UN EDIFICIO		x					
01 - BUCEAR POR EL FONDO DE UNA PISCINA		x					
05 - SENTADO FRONTALMENTE EN EL PALCO DE UN TEATRO		x					
09 - ESTAR DE PIE JUNTO A UNA VENTANA ABIERTA EN EL TERCER PISO		x					
13 - VER A UN LIMPIAVENTANAS TRABAJANDO SOBRE UN ANDAMIO A LA ALTURA DE UN DECIMO PISO		x					
17 - ESTAR DE PIE EN EL TECHO DE UN EDIFICIO DE 10 PISOS		x					
21 - ASOMARSE A UN ACANTILADO DE 10 METROS DE ALTURA		x					
04 - ESTAR DE PIE SOBRE UNA ESCALERA DE MANO APOYADA EN LA PARED EXTERIOR DE LA CASA, A LA ALTURA DE UN SEGUNDO PISO		x					
08 - VIAJAR EN AVION	x						
12 - MIRAR DE UNA VENTANA EN UNA OFICINA UBICADA EN EL PISO 15 DE UN EDIFICIO		x					
16 - SUBIR POR UNA ESCALERA EXTERIOR HASTA EL TERCER PISO CON PROTECCION		x					
20 - ESTAR PARADO AL BORDE DE LA PLATAFORMA DE UN BARCO			x				
24 - DESCENDER HACIENDO RAPEL (DESLIZARSE POR UNA CUERDA COLGANTE) POR UNA PARED		x					



CUESTIONARIO DE COHEN

Id.Atención: 012211259

Apellidos y Nombres: UQUICHE MAÑUICO, HECTOR

Edad: 32

Fecha: 24/08/2024

Empresa: MELCONSI S.A.C

Puesto: OPERARIO SANITARIO

Items	0	1	2	3	4	5	6
-------	---	---	---	---	---	---	---

Resultado: 38 - DISCRETO / 23 - MODERADO


Natali Arévalo Cadillo
PSICÓLOGA
CPsP 38658

Cuestionario de Comportamiento y Actitud segura en el Trabajo

Id.Atención: 012211259

Apellidos y Nombres: UQUICHE MAÑUICO, HECTOR

Edad: 32

Fecha: 24/08/2024

Empresa: MELCONSI S.A.C

Puesto: OPERARIO SANITARIO

Califique cada ítem con puntuaciones entre 0 y 2 según la frecuencia con que usted realice cada de las siguientes afirmaciones, o el grado que se corresponda con su situación de acuerdo con la escala siguiente:	0	Nunca
	1	Algunas Veces
	2	Siempre

Items	0	1	2
4 - EN EL TRABAJO SE COMUNICA ADECUADAMENTE CON SUS COMPAÑEROS			x
8 - MANIPULA HERRAMIENTAS O EQUIPOS EN CONDICIONES DEFECTUOSAS			x
12 - CREE UD. QUE LA EXPERIENCIA EN EL TRABAJO ES UN FACTOR DETERMINANTE PARA NO ACCIDENTARSE		x	
16 - PREFIERE CUMPLIR CON SU LABOR SIN IMPORTAR LOS MEDIOS PARA LOGRARLO		x	
20 - AL INGRESAR A SU ÁREA DE LABOR, REALIZA EL IPERC			x
2 - TRABAJA CON RAPIDEZ POR FALTA DE TIEMPO PARA REALIZAR SU LABOR		x	
1 - UTILIZA ADECUADAMENTE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONA (EPP)			x
6 - DESEMPEÑA LABORES QUE NO LE CORRESPONDEN		x	
5 - EXISTE BUENA COMUNICACIÓN CON SUS SUPERIORES EN EL TRABAJO			x
10 - TRABAJA EN CONDICIONES DE CONSTANTE RIESGO PARA SU SEGURIDAD			x
9 - INGRESA A TRABAJAR A SU ÁREA CON PRESENCIA SIGNIFICATIVA DE ELEMENTOS NOCIVOS	x		
14 - SE SIENTE COMPROMETIDO CON LA SEGURIDAD DE SUS COMPAÑEROS		x	
13 - SI UD. PRESENTA PROBLEMAS DE SALUD (FISICO O EMOCIONAL) ACUDE CON NORMALIDAD AL TRABAJO	x		
3 - TRABAJA CON EL APOYO DE SUS COMPAÑEROS			x
18 - CON QUÉ FRECUENCIA ASISTE A LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR SU EMPRESA			x
17 - SI OBSERVA ALGUNA CONDUCTA INSEGURA DE SUS COMPAÑEROS, INTERVIENE			x
7 - CUENTA CON LAS HERRAMIENTAS ADECUADAS PARA REALIZAR SU LABOR CON EFICIENCIA			x
11 - CREE UD. QUE ESTÁ LIBRE DE RIESGOS Y PELIGROS DE ACCIDENTES EN EL TRABAJO	x		
15 - AL INGRESAR A SU ÁREA DE LABOR TOMA EN CUENTA LAS CONDICIONES AMBIENTALES			x
19 - ANTES DE EMPEZAR SU LABOR REALIZA LOS PROCEDIMIENTOS QUE INDICA EL SISTEMA DE SEGURIDAD			x

Resultado: 29 - CONDUCTA INSEGURA


Natali Arévalo Cadillo
PSICÓLOGA
CPsP 38658

Escala de Automedición de Depresión de ZUNG

Id.Atención: 012211259

Apellidos y Nombres: UQUICHE MAÑUICO, HECTOR

Edad: 32

Fecha: 24/08/2024

Empresa: MELCONSI S.A.C

Puesto: OPERARIO SANITARIO

Califique cada ítem con puntuaciones entre 1 y 4 según la frecuencia con que usted realice cada de las siguientes afirmaciones, o el grado que se corresponda con su situación

Items	1	2	3	4
2.- POR LAS MAÑANAS ES CUANDO ME SIENTO MEJOR.				x
1.- ME SIENTO DESCORAZONADO, MELANCÓLICO, TRISTE	x			
6.- DISFRUTO CONVERSANDO, MIRANDO Y ESTANDO CON PERSONAS ATRACTIVAS DEL SEXO OPUESTO)			x	
5.- COMO TANTO COMO SOLÍA COMER ANTES(SI USTED ESTÁ A DIETA, CONTESTE COMO SI NO LO ESTUVIERA)			x	
9.- MI CORAZÓN LATE MAS RÁPIDAMENTE QUE LO NORMAL	x			
10.- ME CANSO SIN MOTIVO.	x			
13.- ME SIENTO INTRANQUILO Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO		x		
14.- TENGO ESPERANZA EN EL FUTURO.		x		
17.- SIENTO QUE ME NECESITAN Y QUE SOY ÚTIL		x		
3.- SIENTO DESEOS DE LLORAR	x			
7.- NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO (SI USTED ESTÁ A DIETA, CONTESTE COMO SI NO LO ESTUVIERA)	x			
4.- ME CUESTA TRABAJO DORMIR DURANTE LA NOCHE		x		
11.- MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE				x
8.- TENGO PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO	x			
15.- ME IRRITO MÁS DE LO NORMAL	x			
12.- ME RESULTA FÁCIL HACER TODO LO QUE SOLÍA HACER	x			
19.- SIENTO QUE LOS DEMÁS ESTARIAN MEJOR SI YO ESTUVIERA MUERTO	x			
16.- ENCUENTRO FÁCIL TOMAR DECISIONES		x		
20.- TODAVIA DISFRUTO DE LAS COSAS QUE SOLÍA HACER		x		
18.- LLEVO UNA VIDA SATISFACTORIA	x			

Resultado: 36 - PUNTAJE - (36) SIN SIGNOS DE DEPRESIÓN - SIN PRESENCIA DE DEPRESIÓN


Natali Arévalo Cadillo
PSICÓLOGA
CPsP 38658



Test de Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE)

Id.Atención: 012211259

Apellidos y Nombres: UQUICHE MAÑUICO, HECTOR

Edad: 32

Fecha: 24/08/2024

Empresa: MELCONSI S.A.C

Puesto: OPERARIO SANITARIO

Califique cada ítem con puntuaciones entre 1 y 4 según su estado actual. (A-ESTADO)		1	No*	1	Mucho
		2	Un Poco*	2	Bastante
		3	Bastante*	3	Un Poco
		4	Mucho*	4	No

Items	1	2	3	4
3.- ¿ESTOY TENSO? *	X			
4.- ¿ESTOY CONTRARIADO? *		X		
8.- ¿ME SIENTO DESCANSADO?		X		
7.- ¿ESTOY PREOCUPADO POR ALGO? *	X			
12.- ¿ME SIENTO NERVIOSO? *	X			
11.- ¿SIENTO CONFIANZA EN MÍ MISMO?	X			
2.- ¿ME SIENTO SEGURO?		X		
16.- ¿ME SIENTO SATISFECHO?	X			
15.- ¿ME SIENTO REPOSADO?			X	
19.- ¿ME SIENTO ALEGRE?	X			
20.- ¿ME SIENTO BIEN?	X			
6.- ¿ME SIENTO ALTERADO? *	X			
10.- ¿ME SIENTO CÓMODO?	X			
14.- ¿ME SIENTO "A PUNTO DE EXPLOTAR"? *	X			
1.- ¿ME SIENTO CALMADO?	X			
18.- ¿ME SIENTO MUY EXCITADO Y ATURDIDO? *		X		
5.- ¿ESTOY A GUSTO?			X	
9.- ¿ME SIENTO ANSIOSO? *			X	
13.- ¿ME SIENTO AGITADO? *	X			
17.- ¿ESTOY PREOCUPADO? *	X			

Resultado: AE INFERIOR AL PROMEDIO (30) / AR PROMEDIO (44)


Natali Arévalo Cadillo
 PSICÓLOGA
 CPsP 38658

Test de Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE) PARTE II

Id. Atención: 012211259

Apellidos y Nombres: UQUICHE MAÑUICO, HECTOR

Edad: 32

Fecha: 24/08/2024

Empresa: MELCONSI S.A.C

Puesto: OPERARIO SANITARIO

Califique cada ítem con puntuaciones entre 1 y 4 según su estado actual. (A-RASGO)	1	No*	1	Mucho
	2	Un Poco*	2	Bastante
	3	Bastante*	3	Un Poco
	4	Mucho*	4	No

Items	1	2	3	4
4.- ¿QUISIERA SER TAN FELIZ COMO OTROS PARECEN SERLO? *		X		
3.- ¿SIENTO GANAS DE LLORAR? *	X			
2.- ¿ME CANSO RÁPIDAMENTE? *			X	
7.- ¿SOY UNA PERSONA "TRANQUILA", SERENA Y SOSEGADA? *			X	
8.- ¿SIENTO QUE LAS DIFICULTADES SE AMONTONAN AL PUNTO DE NO PODER SUPERARLAS? *	X			
6.- ¿ME SIENTO DESCANSADO?			X	
11.- ¿TOMO LAS COSAS MUY A PECHO? *		X		
12.- ¿ME FALTA CONFIANZA EN MÍ MISMO?	X			
1.- ¿ME SIENTO BIEN?	X			
5.- ¿PIERDO OPORTUNIDADES POR NO PODER DECIDIRME RÁPIDAMENTE?	X			
10.- ¿SOY FELIZ? *			X	
15.- ¿ME SIENTO MELANCÓLICO?			X	
9.- ¿ME PREOCUPO DEMASIADO POR COSAS SIN IMPORTANCIA?		X		
13.- ¿ME SIENTO SEGURO? *			X	
16.- ¿ME SIENTO SATISFECHO? *			X	
17.- ¿ALGUNAS IDEAS POCO IMPORTANTE PASAN POR MI MENTE Y ME MOLESTAN? *		X		
14.- ¿TRATO DE ENVITAR ENFRENTAR LAS CRISIS Y DIFICULTADES? *		X		
19.- ¿SOY UNA PERSONA ESTABLE? *			X	
20.- ¿CUANDO PIENSO EN LOS ASUNTOS QUE TENGO ENTRE MANOS ME PONGO TENSO Y ALTERADO? *		X		
18.- ¿ME AFECTAN TANTO LOS DESENGAÑOS QUE NO ME LOS PUEDO QUITAR DE LA CABEZA?			X	

Resultado: AE INFERIOR AL PROMEDIO (30) / AR PROMEDIO (44)


Natali Arévalo Cadillo
PSICÓLOGA
CPsP 38658

NOMBRES Y APELLIDOS: UQUICHE MAÑUICO, HECTOR

EMPRESA: MELCONSI S.A.C

PROYECTO:

PUESTO: OPERARIO SANITARIO

FECHA: 24/08/2024

EDAD: 32

DNI: 71087736

PROTOCOLO: PRE_CONTRATISTAS_ OPEBASICO290124

TRIAJE	55.6 / 1.52
FICHA ANEXO 16 (CONSULTORIO MEDICO)	EVALUADO
MUSCULO ESQUELETICO	EVALUADO
TEST 1.8 (CONSULTORIO MEDICO)	EVALUADO
TEST DE ESPACIOS CONFINADOS	EVALUADO
OFTALMOLOGIA (AGUDEZA VISUAL Y REFRACCIÓN)	EVALUADO
STEREOPSIS (TEST DE MOSCA)	EVALUADO
AUDIOMETRIA	EVALUADO
ESPIROMETRIA	EVALUADO
RX. TORAX	EVALUADO
ELECTROCARDIOGRAMA	EVALUADO
CUESTIONARIO DE COHEN	EVALUADO
DESTREZA VISOMANUAL - P.I.C.	EVALUADO
EAMD ZUNG	EVALUADO
ENTREVISTA PSICOLÓGICA	EVALUADO
TEST DE CLAUSTROFOBIA	EVALUADO
TEST DE COMPORTAMIENTO Y ACTITUD SEGURA EN EL TRABAJO	EVALUADO
TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA	EVALUADO
TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR - BENDER	EVALUADO
TEST INVENTARIO DE IDARE	EVALUADO
EXAMEN COMPLETO DE ORINA	EVALUADO



GLUCOSA	EVALUADO
GRUPO SANGUINEO-FACTOR RH	EVALUADO
HEMOGRAMA AUTOMATIZADO	EVALUADO
PERFIL LIPIDICO COMPLETO	EVALUADO
VDRL SEROLOGICO	EVALUADO

CREADO POR: BCASTILLOREC
SALIDA POR: INFORMESJFLORESH

HORA: 7:20:43 a.m.
HORA: 10:53:57 a.m.

DECLARACIÓN JURADA PARA LA REALIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA Y LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Id. Atención: 012211259

Yo UQUICHE MAÑUICO, HECTOR
identidad 71087736, domiciliado en ASOC. NUEVA VILLA MZ B LT 05

de 32 años, identificado(a) con documento de

Declaro en forma libre y espontánea:

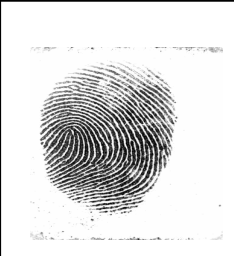
Que mis respuestas dadas durante la filiación, procedimientos médicos y examen médico son verdaderas y estoy consciente que el ocultar o alterar información podría perjudicarme por lo que asumo la responsabilidad de ello.

Autorizo al MC. Lesly Arroyo Cárdenas, responsable del servicio de salud ocupacional de la empresa MEDCORP a proporcionar información concerniente a mi estado de salud, resultado de mis exámenes auxiliares y evaluaciones médicos ocupacionales al M.C responsable del Servicio de Salud ocupacional de la empresa en la cual laboro.

de acuerdo a lo establecido en la RM 312-2011-MINSA, ítem 6.6.2 - "Protocolos de exámenes médicos ocupacionales y Guías de diagnóstico de los exámenes médicos obligatorio por actividad" 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, examen que refiero a continuación:

PREOCUPACIONAL

La presente declaración jurada se ampara en lo dispuesto en: Artículo 5 (2do párrafo), Art. 13°, Art. 25° y Art. 29 ° (3er párrafo) de la Ley General de Salud N° 26842.

		
Firma del paciente		
DNI	71087736	
Fecha	24/08/2024	Huella del paciente

CREADO POR: BCASTILLOREC

www.medcorp.pe



Cuidemos del medio ambiente. Por favor no imprima este documento si no es necesario.

CONSENTIMIENTO PARA USO DE FIRMA Y HUELLA DIGITAL

Id. Atención: 012211259

Yo UQUICHE MAÑUICO, HECTOR
identidad 71087736 domiciliado en ASOC. NUEVA VILLA MZ B LT 05,
doy fe de lo siguiente:

de 32 años, identificado(a) con documento de

Que he sido informado(a) sobre el uso de las Historias Clínicas Electrónicas en el proceso de las evaluaciones Médico Ocupacionales, por lo cual en el uso de todas mis facultades mentales, autorizo a MEDCORP, a efectuar la captura digital de mi firma manuscrita y huella dactilar, así como hacer uso de mi firma y huella digital en el examen médico ocupacional y pruebas complementarias con la finalidad de viabilizar y agilizar los procesos de las evaluaciones médicas.

Asimismo, he sido informado(a) que mi firma y huella digital serán utilizadas en los siguientes reportes (relación de documentos donde figuraría la firma y huella de la persona)

1. ANEXO N16
2. MUSCULO ESQUELETICA (JJC)
3. FICHA EVALUACIÓN MÚSCULO ESQUELÉTICA
4. ALTURA FISICA
5. CUESTIONARIO RESPIRATORIO
6. DECLARACION JURADA
7. DEC. JURADA PARA LA REALIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA Y LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN
8. CONS. PARA USO DE FIRMA Y HUELLA DIGITAL
9. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
10. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA DE SANGRE

		
Firma del paciente		
DNI	71087736	
Fecha	24/08/2024	Huella del paciente

CREADO POR: BCASTILLOREC

www.medcorp.pe

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Id. Atención: 012211259

Yo UQUICHE MAÑUICO, HECTOR

identificado(a) con

DNI 71087736, domiciliado(a) en ASOC. NUEVA VILLA MZ B LT 05

autorizo a la empresa MEDCORP a que recopile, registre, almacene y conserve en una base de datos de su titularidad, además que transfiera de acuerdo a ley, use, suprima y en general efectúe el tratamiento de mis datos personales tales como nombres, apellidos, edad, nacionalidad, sexo, estado civil, DNI, carnet de extranjería, pasaporte, domicilio, número telefónico, fotografías, huellas digitales, fecha y lugar de nacimiento, dirección de correo electrónico, firma, datos de salud; para gestionar los aspectos propios y necesarios de una evaluación médica dentro del marco de la gestión del riesgo ocupacional, autorizando a que mi información pueda ser procesada.

Declaro haber sido informado(a) sobre mi derecho a solicitar el acceso y actualización de mis datos personales, a impedir su suministro sin mi consentimiento.

Asimismo, declaro entender que para efectos de la ejecución de los referidos servicios médicos es necesario que la empresa conserve y procese mi información personal conforme a lo indicado en el presente documento.

		
Firma del paciente		
DNI	71087736	
Fecha	24/08/2024	Huella del paciente

CREADO POR: BCASTILLOREC

www.medcorp.pe



Cuidemos del medio ambiente. Por favor no imprima este documento si no es necesario.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE MUESTRA DE SANGRE

Id. Atención: 012211259

Yo UQUICHE MAÑUICO, HECTOR
DNI 71087736, declaro que he sido informado(a) y comprendo los siguientes puntos:

identificado(a) con

Reconozco la importancia de la toma de muestra de sangre como parte de mi evaluación médica, por lo que entiendo que este procedimiento conlleva riesgos mínimos como dolor o hematomas.

He recibido información clara sobre los propósitos de la toma de muestra de sangre, incluyendo la realización de análisis de laboratorio para la evaluación médica ocupacional.

Soy conciente de mi derecho a negarme a la toma de muestra en cualquier momento, así como a retirar mi consentimiento durante el procedimiento, sin que esto afecte mi relación con el personal de salud ni la calidad de la atención médica.

Acepto recibir información adicional sobre los resultados de los análisis de laboratorio y cualquier tratamiento recomendado en función de dichos resultados, comprometiéndome a seguir las indicaciones médicas para preservar mi salud.

Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y aclarar cualquier inquietud que pueda tener sobre el procedimiento, y me siento satisfecho(a) con las respuestas proporcionadas.

Por lo tanto, otorgo mi consentimiento voluntario e informado para que se realice la toma de muestra de sangre en Medcorp.

		
Firma del paciente		
DNI	71087736	
Fecha	24/08/2024	Huella del paciente

