

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL EXAMEN PREOCUPACIONAL

		CÓDIGO 40061998									
CERTIFICA QUE EL Sr. (a):											
Nombres y Apellidos		CARROLLO RIVERA, JUAN CARLOS GEMELL									
DNI	40061998	Edad	45 años	Género	F : M :X						
Empresa		INSIDEO SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - INSIDEO S.A.C.									
Puesto de trabajo (al que postula)		CONDUCTOR									
Puesto actual o última ocupación		-									
APTITUD EN RELACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO											
APTO Para el puesto en el que trabaja o postula		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">RESTRICCIONES</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 1- RESTRICCIÓN PARA TRABAJOS EN ALTURA FÍSICA MAYOR A 1.8. 2- USO PERMANENTE DE LENTES CORRECTORES. 3- USO DE LENTES CON FILTRO PARA REALIZAR TRABAJO SEGÚN LA NECESIDAD LO REQUIERA. </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 40px;"></td> </tr> </table>				RESTRICCIONES		1- RESTRICCIÓN PARA TRABAJOS EN ALTURA FÍSICA MAYOR A 1.8. 2- USO PERMANENTE DE LENTES CORRECTORES. 3- USO DE LENTES CON FILTRO PARA REALIZAR TRABAJO SEGÚN LA NECESIDAD LO REQUIERA.			
RESTRICCIONES											
1- RESTRICCIÓN PARA TRABAJOS EN ALTURA FÍSICA MAYOR A 1.8. 2- USO PERMANENTE DE LENTES CORRECTORES. 3- USO DE LENTES CON FILTRO PARA REALIZAR TRABAJO SEGÚN LA NECESIDAD LO REQUIERA.											
NO APTO Para el puesto en el que trabaja o postula											
APTO CON RESTRICCIÓN Para el puesto en el que trabaja o postula		X									
		 Dra. Ana Maria C. Llerena Oviedo ESPECIALISTA EN MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE CMP 20045 RNE 24591 PULSO CORPORACIÓN MÉDICA									
		Nombre:		LLERENA OVIEDO ANA MARIA							
FECHA DE EMISIÓN:		09/08/2024		Sello y Firma del Médico que CERTIFICA							

Anexo N° 02 HISTORIA CLÍNICA MÉDICA OCUPACIONAL									
N° Ficha Médica:		40061998		Fecha:		09-08-2024			
Tipo de evaluación		Pre Ocupacional ☒		Periódico ☐		Retiro ☐		Otros ☐	
Lugar del examen		Departamento: LIMA		Provincia: LIMA		Distrito: SAN BORJA			
I. DATOS DE LA EMPRESA									
Razón Social:		INSIDEO SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - INSIDEO S.A.C.							
Actividad Económica:		74996							
Dirección fiscal:		AV. PRIMAVERA NRO. 643 INT. S103 URB. CHACARILLA DEL ESTANQUE LIMA - LIMA Dto: SAN BORJA Prv: LIMA Dpto: LIMA - SAN BORJA							
Lugar del Trabajo:		AV. JAVIER PRADO ESTE 2932							
Puesto actual o al que postula:		CONDUCTOR				Área: MEDIO AMBIENTE			
II. FILIACIÓN DEL TRABAJADOR									
Apellidos y Nombres:		CARROLLO RIVERA JUAN CARLOS GEMELL							
Fecha de Nacimiento:		20/10/1978		Edad:		45 años		Sexo: M	
Documento Identidad:		40061998		Estado Civil:		CONVIVIENTE			
Domicilio Actual:		COOP. PABLO PATRON MZ.F LT.15 CHOSICA - -							
Distrito:		LURIGANCHO		Provincia:		LIMA		Departamento: LIMA	
Residencia en Lugar de Trabajo:		NO		Tiempo:					
ESSALUD ☒		EPS ☐		SCTR ☐		SIS ☐		OTRO ☐ NIEGA ☐	
Grado de Instrucción:		TECNICO INCOMPLETO		Ocupación:		CONDUCTOR			
Teléfono:		927472221		Correo Electrónico:		CARROLLITO@HOTMAIL.COM			
N° Total Hijos vivos:		3		N° Dependientes:		3			
III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES									
EMPRESA	ÁREA DE TRABAJO	PUESTO	FECHA	TIEMPO	ALTITUD	EXPOSICIÓN	Hrs/día	Usó EPP	
INSIDEO SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - INSIDEO S.A.C.// INDEPENDIENTE //IMPODRILL SOCIEDAD ANONIMA CERRADA//OMAJAY RENT A CAR SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - OMAJAY S.A.C.	OPERATIVO	CONDUCTOR DE CAMIONETA	I: Jul / 2021 F: Jul / 2023	2 AÑOS	Hasta 2500 msnm	Polvo; Posturas; Mov. Repetitivos; Ergonomicos	8 HORAS	botas, lentes, casco, ropa, guantes	
ESOMBY/CONCAY SA SUCURSAL PERU/CEMINSA-COMPAÑIA EMPRESARIAL INDUSTRIAL SA	OPERATIVO	CONDUCTOR CAMIONETA	I: Ene / 2012 F: Jul / 2021	9 AÑOS y 6 MESES	Hasta 2500 msnm	Polvo; Posturas; Ruido; Caídas; Mov. Repetitivos; Ergonomicos		botas, lentes, casco, ropa, guantes, tapones auditivos	
IV. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES						CIRUGIAS			
IMA -	Alergias -	Tifoidea -	Enf. Psiquiat.-	-	Fracturas -	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA			
HTA -	Asma -	Neoplasias -	Enf. Cardiov -	-	Anemia -				
ACV -	Bronquitis -	Quemaduras -	Enf. Oculares -	-	Obesidad -				
TBC -	Diabetes -	Discopatias -	Enf. Reumat. -	-	Dislipid -				
ETS -	Hepatitis AB -	Convulsiones -	Enf.Pulmon -	-	Intoxicac -	SOLO SI TUVO TUBERCULOSIS			
VIH -	Hernias -	Gastritis -	Alt. en Piel -	-	Cirugias X	FECHA QUE TUVO TBC			
TEC -	Lumbalgias -	Úlceras -	Tendinitis -	-	Otros -	COMPLETO TRATAMIENTO?			
OBSERVACIONES: CIRUGIAS: COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: 2019; ONICOMICOSIS: 05-2024 CONTROLES CON PODOLOGIA									
V. ABSENTISMO (Asociado a trabajo o no)									
Enfermedad o Accidente		Asociado al trabajo		Año		Días de descanso			
		Si	No						
NIEGA									
NIEGA									
VI. Hábitos Nocivos									
	Tipo	Cantidad		Frecuencia					
Alcohol	CERVEZA	SOCIAL		POCO					
Tabaco	NO								
Drogas	NO								
Medicamentos	NO								

PACIENTE

CARROLLO RIVERA, JUAN CARLOS GEMELL

HC N°

40061998

VII - ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Padre	Niega	Hnos	Niega
Madre	Niega	Hijos	Niega
Conyuge	Niega		

VIII - EVALUACIÓN MÉDICA

Sintomas:

NIEGA MOLESTIAS

Examen Clínico, Antropometría, Func. vitales	Talla(m)	1.58	Peso(Kg)	92	IMC	36.85	Per. Abd.:110 cm		PAS	110	mmHg
	FC X'	76	FR X'	18	T °C	36.4	FUR		PAD	80	mmHg

Ectoscopia: Normal

Estado Mental: LUCIDO

EXAMEN FÍSICO

OJOS Y ANEXOS	AGUDEZA VISUAL	SIN CORREGIR		CORREGIDA		VISIÓN DE PROFUNDIDAD	Normal
		OD	OI	OD	OI	VISIÓN DE COLORES	2 CORRECTA / 12 INCORRECTAS. DESCARTAR PROTANOPIA - CORRIGE LAS 14 CARTILLAS CORRECTAS
	VISIÓN DE LEJOS	20/30	20/25	20/20	20/20	FONDO DE OJO	
	VISIÓN DE CERCA	20/20	20/20			EXAMEN CLINICO EXTERNO:	Ectoscopia: Sin hallazgos significativos

	Sin Hallazgos	DESCRIPCIÓN DE ALTERACIONES
Piel		TIBIA, HIDRATADA, ELASTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS; ONICOMICOSIS EN PRIMER DEDO DE PIE IZQUIERDO CON TTO DE PODOLOGIA
Cabeza	X	
Oidos	X	
Nariz	X	
Boca	X	
Faringe	X	
Cuello	X	
Ap. Respiratorio	X	
Ap. Cardiovascular	X	
Ap. Digest / Abdomen	X	
Ap. G-U / Pelvis		DIFERIDO
Miembros superiores	X	
Miembros inferiores	X	
Sistema Nervioso	X	
Sistema Linfatico	X	
Sist. Osteomuscular	X	
Columna	X	

OBSERVACIÓN ONICOMICOSIS EN PRIMER DEDO DE PIE IZQUIERDO CON TTO DE PODOLOGIA		
---	--	--

PACIENTE CARROLLO RIVERA JUAN CARLOS GEMELL HC N° 40061998
IX - CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
SIN HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

X - CONCLUSIONES DE RADIOGRAFÍA DE TORAX
RADIOGRÁFICO DE TORAX: TORAX ANORMAL

XI - HALLAZGOS DE LABORATORIO
DENTRO DE LÍMITES NORMALES

XII - CONCLUSIONES DE AUDIOMETRIA
EXAMEN NO SOLICITADO

XIII - CONCLUSIONES DE ESPIROMETRÍA
EXAMEN NO SOLICITADO

XIV - OTRAS CONCLUSIONES

- EXAMEN VISUAL: TRASTORNO DE LA REFRACCIÓN, NO ESPECIFICADO: AMETROPIA CORREGIDA
- MUSCULOESQUELÉTICO: EXAMEN ESPECIAL, EXAMEN MUSCULOESQUELÉTICO NORMAL
- ALTURA ESTRUCTURAL: NO APTO
- IMC: 36.85 Kg/m²
- PRESIÓN ARTERIAL: 110 / 80 mmHg

NOTA:

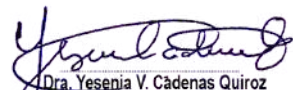
XV - DIAGNÓSTICO MÉDICO OCUPACIONAL/CONCLUSIONES		P	D	R	CIE-10
1					
2					
3					
4					
OTROS DIAGNÓSTICOS					
1	OBESIDAD II (IMC: 36.85)	X			E66
2	TRASTORNO DE LA REFRACCIÓN, NO ESPECIFICADO: AMETROPIA CORREGIDA	X			H52.7
3	DISCROMATOPSIA: DEFICIENCIA DE LA VISIÓN CROMÁTICA CORREGIDA CON FILTRO ROJO	X			H53.5
4	HALLAZGOS ANORMALES EN DIAGNOSTICO POR IMAGEN DEL PULMON: OPACIDAD NODULAR DE BORDES DEFINIDOS DE 6MM A NIVEL BASAL DERECHA. CONSIDERE SECUELA. GRANULOMA.	X			R91
5	TIÑA DE LAS UÑAS (PIE IZQUIERDO)	X			B35.1

APTITUD

APTO		APTO CON RESTRICCIONES	X	NO APTO	
------	--	------------------------	---	---------	--

XVII - RECOMENDACIONES/RESTRICCIONES

1- RESTRICCIÓN PARA TRABAJOS EN ALTURA FÍSICA MAYOR A 1.8.	
2- USO PERMANENTE DE LENTES CORRECTORES.	
3- USO DE LENTES CON FILTRO PARA REALIZAR TRABAJO SEGÚN LA NECESIDAD LO REQUIERA	
SE RECOMIENDA DIETA HIPOGRASA, HIPOCALORICA, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA REGULAR Y EVALUACION POR NUTRICIÓN EN 03 MESES. PACIENTE ACUDE A LEVANTAMIENTO DE OBSERVACION EL DIA 12-08-2024 CON MEDICO ENDOCRINOLOGO DR ABUID TICONA JUAN CMP 009944 RNE 024223?, QUIEN DIAGNOSTICA OBESIDAD II, CONCLUYE APTO PARA LABORAR	
- MANTENER EL USO PERMANENTE DE LOS LENTES CORRECTORES Y REALIZAR EVALUACIÓN ANUALMENTE POR OFTALMOLOGIA	
- SE RECOMIENDA USO DE LENTES CON FILTRO PARA REALIZAR TRABAJO DE DISCRIMINACIÓN DE COLORES SEGÚN LA NECESIDAD LO REQUIERA	
INTERCONSULTA NEUMOLOGIA. PACIENTE ACUDE A LEVANTAMIENTO DE OBSERVACION EL DIA 10-08-2024 CON MEDICO NEUMOLOGO DR MAMANI NIETO MARCOS ANTONIO CMP 049340 RNE 023588 QUIEN DIAGNOSTICA INTERSCTIACIAL SECUELA, CUENTA BK ESPUTO NEGATIVO, CONCLUYE APTO PARA LABORAR.	
- SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR DERMATOLOGÍA.	
MÉDICO EVALUADOR	
Dr.(a)	YESENIA VIVIANA CADENAS QUIROZ
FECHA:	09-08-2024


Dra. Yesenia V. Cadenas Quiroz
MÉDICO EVALUADOR
CMP 093841
PULSO CORPORACIÓN MÉDICA



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

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS MÉDICOS Y ANTECEDENTES

EMPRESA: INSIDEO SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - INSIDEO S.A.C.

FECHA: 09-08-2024

Yo: CARROLLO RIVERA JUAN CARLOS GEMELL de 45 años de edad, con

DNI: 40061998 declaro que toda la información proporcionada en esta declaración jurada es verdadera no habiendo omitido ningún dato voluntariamente.

1- RIESGOS LABORALES RELACIONADOS AL PUESTO DE TRABAJO

Tipo de Examen PREOCUPACIONAL

Ruido	X	Vibraciones	Temperatura	Químicos	Tipo de labor	10 HORAS
Polvo	X	Altura Estruc.	Cancerígenos	Posturas	Horas/día, Expuesto	
Cargas		Altura msnm	Biológicos	Eléctricos	Uso de EPP	si
Otros:	Restricciones Médicas:					

2- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OCUPACIONALES

Presuntas Enfermedades relacionadas al trabajo que declara

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

Presuntos Accidentes que declara haber padecido:

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

3- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

CIRUGÍAS

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

SOLO SI TUVO TUBERCULOSIS

FECHA QUE TUVO TBC
¿COMPLETO TRATAMIENTO? Si ☐ No ☐

OBSERVACIONES:

CIRUGIAS: COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: 2019; ONICOMICOSIS: 05-2024 CONTROLES CON PODOLOGIA

INMUNIZACIONES

Antitetánica	☒	Hepatitis A	☐	MMR	☒
Fiebre Amarilla	☐	Gripe/Influenza	☐	Polio	☐
Influenza	☐	Hepatitis B	☐	Rabia	☐
Infancia	☒	Meningococo	☐	Papiloma Humano	☐
Otros:	COVID 19: 3 DOSIS				

4- Hábitos

	Tipo	Cantidad	Frecuencia
Alcohol	CERVEZA	SOCIAL	POCO
Tabaco	NO	NO	NO
Drogas	NO	NO	NO
Medic.	NO		
Actividad Física	NO		

5- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Padre	NO REFIERE	Hnos	NO REFIERE
Madre	NO REFIERE	Hijos	NO REFIERE
Conyuge	NO REFIERE		

Nombres y apellidos: JUAN CARLOS GEMELL CARROLLO RIVERA

Historia clínica: 40061998

6- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Fecha	Hospital/Clinica (nombre - Lugar)	Operación	Días de Hospitalización	Complicaciones
2019	HOSPITAL DE ATE-LIMA	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	1	NIEGA

7- ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS**EN CASO DE VARONES**

Número de hijos vivos:

3

Número de hijos fallecidos:

0

Número de abortos en sus parejas:

Precisar causas:

8- OTRAS OBSERVACIONES

FIRMA DEL TRABAJADOR



HUELLA DIGITAL


Dra. Yesenia V. Cadenas Quiroz
MÉDICO EVALUADOR
CMP 093841
PULSO CORPORACIÓN MÉDICA

MÉDICO MEDICINA OCUPACIONAL

* Toda la información que he proporcionado es verdadera, no habiendo omitido ningún dato voluntariamente.

Nombres y apellidos: JUAN CARLOS GEMELL CARROLLO RIVERA

Historia clínica: 40061998



HISTORIA OCUPACIONAL

Apellidos y Nombres: CARROLLO RIVERA JUAN CARLOS GEMELLN° Documento: 40061998Fecha Nacimiento: 20/10/1978Sexo: MASCULINO

Lugar de Nacimiento: Pativilca - Barranca - LimaLugar de procedencia: Lurigancho - Lima - Lima

Fecha de Inicio	Empresas	Altitud	Actividades de la Empresa	Área de Trabajo	Ocupación	Tiempo de Trabajo		Peligros / Agentes Ocupacionales	Uso EPP	
						Subsuelo	Superficie		Tipo EPP	
Jul / 2021	INSIDEO SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - INSIDEO S.A.C.// INDEPENDIENTE //IMPODRILL SOCIEDAD ANONIMA CERRADA//OMAJAY RENT A CAR SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - OMAJAY S.A.C.	Hasta 2500 msnm	TRANSPORTE DE CARGA POR CARRETERA// CONSTRUCCION	OPERATIVO	CONDUCTOR DE CAMIONETA		2 AÑOS	Polvo; Posturas; Mov. Repetitivos; Ergonomicos	botas, lentes, casco, ropa, guantes	
Ene / 2012	ESOMBY/CONCAY SA SUCURSAL PERU/CEMINS- COMPANIA EMPRESARIAL INDUSTRIAL SA	Hasta 2500 msnm	CONSTRUCCION	OPERATIVO	CONDUCTOR CAMIONETA		9 AÑOS y 6 MESES	Polvo; Posturas; Ruido; Caídas; Mov. Repetitivos; Ergonomicos	botas, lentes, casco, ropa, guantes, tapones auditivos	

Dra. Yessenia V. Cadenas Quiroz
MEDICO EVALUADOR
CNP 093384
PULSO CORPORACION MEDICA

2024	08	09
Año	Mes	Día

Firma del Trabajador p. Médico del Trabajo

Nombres y apellidos: JUAN CARLOS GEMELL CARROLLO RIVERA

Historia clínica: 40061998

VALORACIÓN MUSCULO ESQUELÉTICA: EXAMEN CLÍNICO

Apellidos y Nombres: CARROLLO RIVERA JUAN CARLOS GEMELL

Doc. de identidad: 40061998

Edad: 45 Sexo: Masculino

Fecha: 09-08-2024

Empresa: INSIDEO SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - INSIDEO S.A.C.

COLUMNA VERTEBRAL DESVIACIÓN DEL EJE ANTERO - POSTERIOR

CURVAS FISIOLÓGICAS ANT- POST	NORMAL	AUMENTADA	DISMINUIDA
Cervical	SI	-	-
Dorsal	SI	-	-
Lumbar	SI	-	-

DESVIACIONES DEL EJE LATERAL

EJE LATERAL	NORMAL	CONCAVIDAD AUMENTADA	CONCAVIDAD DISMINUIDA
Dorsal	SI	-	-
Lumbar	SI	-	-

MOVILIDAD - DOLOR:

	FLEXIÓN	EXTENSIÓN	LATERALIZACIÓN IZQUIERDA	LATERALIZACIÓN DERECHA	ROTACIÓN DERECHA	ROTACIÓN IZQUIERDA	IRRADIACIÓN
Columna Cervical	0	0	0	0	0	0	NO
Dorso Lumbar	0	0	0	0	0	0	NO

EXPLORACION		+/-
Lasegue	Derecho	-
	Izquierdo	-
Test de Schober	Derecho	-
	Izquierdo	-

PALPACIÓN

	Apófisis espinosas dolorosas	Contractura muscular
Columna cervical	NO	NO
Columna dorsal	NO	NO
Columna lumbar	NO	NO

ARTICULACIONES: MOVILIDAD - DOLOR

Articulación		Abducción	Aducción	Flexión	Extensión	Rotación Externa	Rotación Interna	Irradiación	Alt. Masa Muscular
Hombro	DER	0	0	0	0	0	0	NO	NO
	IZQ	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Codo	DER	0	0	0	0	0	0	NO	NO
	IZQ	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Muñeca	DER	0	0	0	0	0	0	NO	NO
	IZQ	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Cadera	DER	0	0	0	0	0	0	NO	NO
	IZQ	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Rodilla	DER	0	0	0	0	0	0	NO	NO
	IZQ	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Tobillo	DER	0	0	0	0	0	0	NO	NO
	IZQ	0	0	0	0	0	0	NO	NO

EXPLORACION		+/-
Test de Phalen	Derecho	-
	Izquierdo	-
Test de tincl	Derecho	-
	Izquierdo	-

		Varo	Valgo
Codo	Derecho	-	-
	Izquierdo	-	-
Pie	Varo		
	Derecho	-	-
	Izquierdo	-	-

Nombres y apellidos: JUAN CARLOS GEMELL CARROLLO RIVERA

Historia clínica: 40061998

SIGNOS Y SINTOMAS

Grado 0 X	Ausencia de signos y síntomas.
Grado 1	Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva.
Grado 2	Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización
Grado 3	Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión
Grado 4	Grado 3 más limitación funcional evidente clínicamente

CONTROL BIOLÓGICO Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS ESPECÍFICOS

--

VALORACIÓN DE LA APTITUD MÉDICO - LABORAL

Apto sin restricciones	☒
Apto con restricciones	☐
Personales	☐
Laborales	☐
Restrictivas	☐
Adaptativas	☐
No Apto	☐
En Observación	☐

Observaciones

SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR


Firma del trabajador
Nombre y apellidos CARROLLO RIVERA JUAN CARLOS GEMELL
Doc. de identidad: 40061998



Huella digital


FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

09	08	2024
día	mes	año

Nombres y apellidos: JUAN CARLOS GEMELL CARROLLO RIVERA

Historia clínica: 40061998

EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA

DATOS PERSONALES		
APELLIDOS Y NOMBRES CARROLLO RIVERA JUAN CARLOS GEMELL		
EMPRESA INSIDEO SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - INSIDEO S.A.C.	OCUPACION CONDUCTOR	FECHA DE EXAMEN 09-08-2024

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

Uso de Lentes: Lejos, Último cambio: 10 MESES

ENFERMEDAD ACTUAL:

Ectoscopia: Sin hallazgos significativos
Signos y síntomas: BIOMICROSCOPIA NORMAL AO

EXAMEN:

AGUDEZA VISUAL	Sin corregir		Corregida		Agujero estenopeico		Reflejos pupilares	
	O.D.	O.I.	O.D.	O.I.	O.D.	O.I.	O.D.	O.I.
VISIÓN DE CERCA	20/20	20/20					NORMAL	NORMAL
VISIÓN DE LEJOS	20/30	20/25	20/20	20/20				
CONCLUSIÓN AGUDEZA VISUAL	VISIÓN BINOCULAR				20/20			

PERCEPCIÓN DE COLORES BÁSICOS

	OD	OI
ROJO	Normal	Normal
VERDE	Normal	Normal
AMARILLO	Normal	Normal

CAMPIMETRIA

OI _____
OD _____

VISIÓN DE COLORES (TEST DE ISHIHARA)

2 CORRECTA / 12 INCORRECTAS. DESCARTAR PROTANOPIA - CORRIGE LAS 14 CARTILLAS CORRECTAS

Nistagmos SI ☐ NO ☐

VISIÓN DE PROFUNDIDAD

Normal

EXAMEN DE MOTILIDAD OCULAR:

OD : --

OI : --

FONDO DE OJO:

OD _____

OI _____

PRESIÓN INTRAOCULAR:

OD mmHg

OI mmHg

REFRACCIÓN:

Lejos:	Esfera	Cilindro	Eje	Corregido a:
Ojo Derecho				
Ojo Izquierdo				
Cerca:	Corregido a:			
Ojo Derecho				
Ojo Izquierdo				

DIP: _____

OBSERVACIONES / RECOMENDACIONES

H52.7 TRASTORNO DE LA REFRACCIÓN, NO ESPECIFICADO: AMETROPIA CORREGIDA
H53.5 DISCROMATOPSIA: DEFICIENCIA DE LA VISIÓN CROMÁTICA CORREGIDA CON FILTRO ROJO
MANTENER EL USO PERMANENTE DE LOS LENTES CORRECTORES Y REALIZAR EVALUACIÓN ANUALMENTE POR OFTALMOLOGIA
SE RECOMIENDA USO DE LENTES CON FILTRO PARA REALIZAR TRABAJO DE DISCRIMINACIÓN DE COLORES SEGÚN LA NECESIDAD LO REQUIERA


Javier O. Chujutalli Hidalgo
OPTOMETRA
REG. Q3220160470
PULSO CORPORACIÓN MÉDICA

Firma y Sello del Evaluador


Dr. César O. Bolívar Callata
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA
CMP 43508 RNE 21822
PULSO CORPORACIÓN MÉDICA

Firma y Sello del Especialista

INFORME RADIOGRÁFICO DE TORAX

APELLIDOS Y NOMBRES : CARROLLO RIVERA JUAN CARLOS GEMELL
EDAD : 45 años
FECHA : 09-08-2024
EMPRESA : INSIDEO SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - INSIDEO S.A.C.

El estudio radiográfico de toráx tomada en incidencia (PA) muestra:

DESCRIPCION

- OPACIDAD NODULAR DE BORDES DEFINIDOS DE 6MM A NIVEL BASAL DERECHA. CONSIDERE SECUELA. GRANULOMA.
- SENOS COSTODIAFRAGMÁTICO LIBRES.
- SILUETA CARDIACA NORMAL.

CONCLUSIONES

TORAX ANORMAL

Atentamente

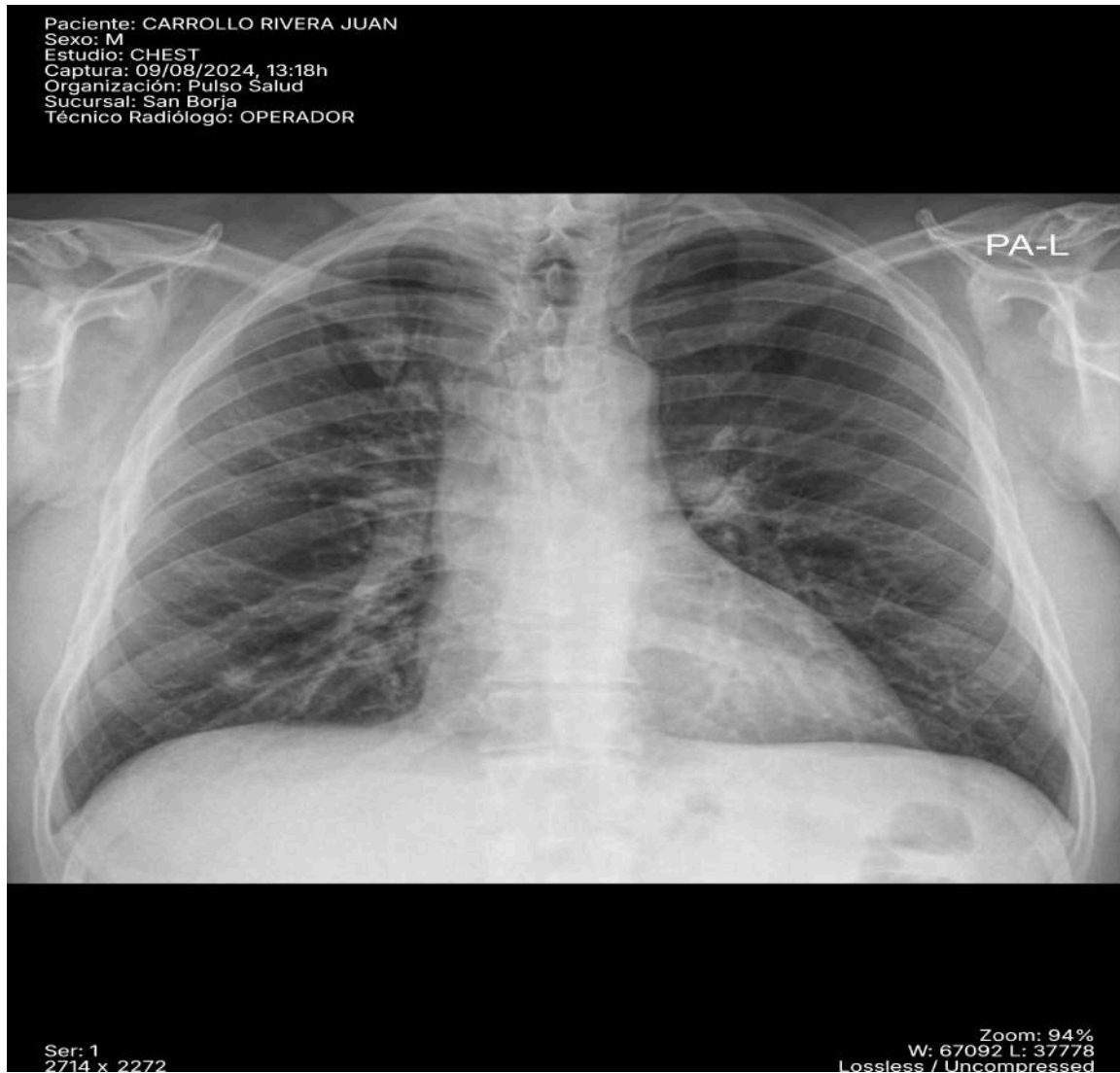


Dr. Marco Antonio Bereche Huertas
MÉDICO RADIOLOGO
CMP 030324 - RNE 014554
PULSO CORPORACIÓN MÉDICA



ADJUNTO

APELLIDOS Y NOMBRES : CARROLLO RIVERA JUAN CARLOS GEMELL
EDAD : 45 años
FECHA : 09-08-2024
EMPRESA : INSIDEO SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - INSIDEO S.A.C.



INFORME DE LABORATORIO

FECHA : 09-08-2024 **SEXO** : MASCULINO
NOMBRE : CARROLLO RIVERA JUAN CARLOS GEMELL
EDAD : 45 años
EMPRESA : INSIDEO SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - INSIDEO S.A.C.
PUESTO : CONDUCTOR

HEMATOLOGIA			
RESULTADO	UNIDAD	RANGO NORMALES REF.	
HEMOGRAMA AUTOMATIZADO			
HEMOGRAMA COMPLETO			
HEMOGLOBINA	15.8	g/dL	Masculino 13 - 17 Femenino 12.0 - 16.0
HEMATOCRITO	47.4	%	Masculino 39 - 51 Femenino 36 - 48
HEMATIES	5.38	10^6 / uL	4.2 - 5.8
V.C.M.	88.1	fL	80 - 98
H.C.M.	29.5	pg	26 - 34
C.H.C.M.	33.4	g/dL	30 - 36
PLAQUETAS	301	10^3/ul	160 - 475
LEUCOCITOS	6.87	10^3/ul	4.0 - 10.0
BLASTOS %	0	%	0 - 0
PROMIELOCITOS %	0	%	0 - 0
MIELOCITOS %	0	%	0 - 0
METAMIELOCITOS %	0	%	0-0
ABASTONADOS %	0	%	0 - 4
SEGMENTADOS %	54	%	34 - 72
NEUTROFILOS %	54	%	50 - 70
EOSINOFILOS %	3	%	0 - 5.0
BASOFILOS %	0	%	0 - 1.2
MONOCITOS %	8	%	3.0 - 10.0
LINFOCITOS %	35	%	19.0- 52.0
CONCLUSION HEMOGRAMA	NORMAL		
OBSERVACIONES			
BIOQUIMICA			
RESULTADO	UNIDAD	RANGO NORMALES REF.	
PERFIL:EXAMEN COMPLETO DE ORINA			
EXÁMENES COMPLETOS DE ORINA			
EXAMEN FISICO:			
COLOR	amarillo	AMARILLO	
ASPECTO	TRANSPARENTE	TRANSPARENTE	
DENSIDAD	1.015	1.005 - 1.030	
PH	6.5	5.0 - 8.0	
EXAMEN QUIMICO:			
GLUCOSA	Negativo	NEGATIVO	
PROTEINAS	Negativo	NEGATIVO	
PIGMENTOS BILIARES	Negativo	NEGATIVO	
UROBILINOGENO	Negativo	NORMAL	
CUERPOS CETONICOS	Negativo	NEGATIVO	
ESTERASA LEUCOCITARIA	Negativo	NEGATIVO	
NITRITOS	Negativo	NEGATIVO	
SANGRE	Negativo	NEGATIVO	
ACIDO ASCORBICO	Negativo	NEGATIVO	
SEDIMENTO URINARIO:			
CELULAS EPITELIALES	Escasas		
LEUCOCITOS EN ORINA	0-1 por campo	0 - 5 POR CAMPO	
PIOCITOS	Negativo		

HEMATIES EN ORINA	0-1 por campo	0 - 2 POR CAMPO
BACTERIAS	Escasas	ESCASAS
CILINDROS	Negativo	NEGATIVO
CRISTALES	Negativo	ESCASOS
CONCLUSION DE ORINA	NORMAL	
OTROS		
OTROS EXAMENES		
	RESULTADO	UNIDAD RANGO NORMALES REF.
HEMATOLOGIA		
GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH		
GRUPO SANGUINEO	O	
FACTOR RH	POSITIVO	
GLUCOSA AYUNAS (GLUCOSA BASAL)	96.39	mg/dL 70 - 110



Carlos T. Prado Maggla
 Patólogo Clínico
 CMP 15207 - RNE 7796
 PULSO CORPORACIÓN MÉDICA

Firma, Sello del profesional

N° HC	40061998	Fecha de evaluación:	09 DIA	08 MES	24 AÑO
-------	----------	----------------------	-----------	-----------	-----------

I.- DATOS GENERALES:
 Apellidos y Nombres : CARROLLO RIVERA JUAN CARLOS GEMELL
 Edad : 45 años
 Fecha de Nacimiento : 20-10-1978
 Lugar de Nacimiento : LIMA - BARRANCA - PATIVILCA
 Estado Civil : CONVIVIENTE
 Grado de Instrucción : Tecnico Incompleto
 Lugar de Residencia : COOP. PABLO PATRON MZ.F LT.15 CHOSICA
 Evaluación : Pre-Ocupacional ☒ Ocupacional ☐ Post - Ocupacional ☐ Otros ☐

II.- MOTIVO DE LA EVALUACIÓN
 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PREOCUPACIONAL

III. DATOS OCUPACIONALES
3.1- EMPRESA ACTUAL (postula, trabaja o trabajó)
 Nombre de la Empresa : INSIDEO SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - INSIDEO S.A.C.
 Actividad de la Empresa : 74996
 Área de trabajo : MEDIO AMBIENTE Superficie (X) Subsuelo () Tiempo Total Laborando _____
 Puesto : CONDUCTOR
Principales Riesgos
 RIESGOS PSICOSOCIALES

Medidas de Seguridad
 CAPACITACIONES

3.2- ANTERIORES EMPRESA (experiencia laboral)

FECHA	NOMBRE DE LA EMPRESA	ACT. DEL EMPRESA	PUESTO	TIEMPO		CAUSA DEL RETIRO
				SUP	SUB	
2024						
Jul 2021	INSIDEO SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - INSIDEO S.A.C./	TRANSPORTE DE CARGA POR CARRETERA// CONSTRUCCION	CONDUCTOR DE CAMIONETA	X		
Ene 2012	ESOMBY/CONCAY SA SUCURSAL PERU/CEMINSA-COMPAÑIA E	CONSTRUCCION	CONDUCTOR CAMIONETA	X		

IV. HISTORIA FAMILIAR
 VIVE CON SU PAREJA

V.- ACCIDENTES Y ENFERMEDADES: (durante el tiempo de trabajo)
 REFERIDO EN MEDICINA

VI.- HÁBITOS (pasatiempos, consumo de tabaco, alcohol y/o drogas)
 Alcohol: CERVEZA / SOCIAL / POCO

VII.- OTRAS OBSERVACIONES :	
NINGUNA	
VIII.- EXAMEN MENTAL :	
8.1- OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS: -Presentación: Adecuado (X) Inadecuado () -Postura: Erguida (X) Encorvada () -Discurso: Ritmo: Lento () Rápido () 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- PROCEDIMIENTOS COGNITIVOS	
• Lúcido, atento: LUCIDO Y ATENTO • Pensamiento: CURSO NORMAL • Percepción: UMBRALES ADECUADOS • Memoria: Corto Plazo NORMAL Mediano Plazo NORMAL Largo Plazo NORMAL • Inteligencia: Muy Superior () Superior () Normal Brilante () N. Promedio (X) N. Torpe () Fronterizo () RM Leve () RM Moderado () RM Severo () RM Profundo () • Apetito: ADECUADO • Sueño: SIN DIFICULTAD • Afectividad: RELACIONES INTERPERSONALES ESTABLES • Personalidad: EQUILIBRIO EXTROVERSIÓN - INTROVERSIÓN • Conducta Sexual:	
IX. DIAGNÓSTICO FINAL:	
Área Cognitiva: Puede desempeñarse adecuadamente en actividades ya conocidas, que impliquen instrucciones de acuerdo con su experiencia.	
Área Emocional: Se considera una persona responsable, puntual, leal y colaborativo. Reconoce ser directo, perfeccionista y exigente con el entorno.	
Comentarios: No evidencia temor significativo al encontrarse en lugares altos, ni tampoco en espacios cerrados; es decir, sin hallazgos de acrofobia ni de claustrofobia. No presenta indicadores significativos de estrés. No evidencia indicadores significativos de fatiga ni de somnolencia diurna.	
Conclusión Final: SIN HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS	
X.- RESULTADOS DE EVALUACIÓN	
• Nivel Intelectual : N. Promedio • Coordinación Visomotriz : COORDINADO • Nivel de Memoria : Corto Plazo: NORMAL, Mediano Plazo: NORMAL, Largo Plazo: NORMAL • Personalidad : EQUILIBRIO EXTROVERSIÓN - INTROVERSIÓN • Afectividad : RELACIONES INTERPERSONALES ESTABLES	
XI. CONCLUSIONES:	
Área Cognitiva: N. Promedio	
Área Emocional: EQUILIBRIO EXTROVERSIÓN - INTROVERSIÓN	
XII. RECOMENDACIONES:	
Fortalecer estrategias para mantener un adecuado afronte ante situaciones desfavorables en el área laboral. Afianzar habilidades para el adecuado manejo y expresión de sus emociones.	
 LIC. MARICELLO JACKELINE MENDOZA LAOS PSICOLOGA EN SALUD OCUPACIONAL CPSF 48352 PULSO CORPORACIÓN MÉDICA  Lic MENDOZA LAOS MARICELLO JACKELINE CMP 48352 PSICÓLOGO / A	

CUESTIONARIO DE ACROFOBIA

Nombre: CARROLLO RIVERA JUAN CARLOS GEMELL
Empresa: INSIDEO SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - INSIDEO S.A.C.
DNI: 40061998

Lee las situaciones y marque con una X según corresponda.

SITUACIONES	Nada ansioso	Ligeramente Ansioso	Moderadamente Ansioso			Muy Ansioso	Extremadamente ansioso
1. Saltando desde el trampolín más bajo de una piscina.	0	1	2	3	4	5	6
2. Saltando sobre las piedras para pasar por encima de una corriente de agua.	0	1	2	3	4	5	6
3. Mirando hacia abajo en una escalera de caracol desde una altura de varios pisos.	0	1	2	3	4	5	6
4. De pie en el peldaño de una escalera que está apoyada sobre la fachada de una casa, en el segundo piso.	0	1	2	3	4	5	6
5. Sentado en la platea de un segundo piso de un teatro.	0	1	2	3	4	5	6
6. Sentado en la silla de una rueda de juegos mecánicos.	0	1	2	3	4	5	6
7. Subiendo una colina inclinada de excursión por el campo.	0	1	2	3	4	5	6
8. Un viaje en avión (al otro extremo del mismo país).	0	1	2	3	4	5	6
9. De pie cerca de una ventana abierta en el tercer piso.	0	1	2	3	4	5	6
10. Pasando por un puente peatonal por encima de una autopista.	0	1	2	3	4	5	6
11. Conduciendo sobre un puente muy amplio.	0	1	2	3	4	5	6
12. Alejado de la ventana en una oficina del piso 15 de un edificio.	0	1	2	3	4	5	6
13. Ver a personas sobre una plataforma limpiando ventanas en el piso 10 de un edificio.	0	1	2	3	4	5	6
14. Andando por el borde del escenario de un teatro.	0	1	2	3	4	5	6
15. Subiendo por una escalera de incendios exterior en el tercer piso.	0	1	2	3	4	5	6
16. En la azotea de un edificio de 10 pisos.	0	1	2	3	4	5	6
17. Subiendo en un ascensor hasta el piso 50.	0	1	2	3	4	5	6
18. De pie sobre una silla intentando coger algo de una estantería.	0	1	2	3	4	5	6

Nombres y apellidos: JUAN CARLOS GEMELL CARROLLO RIVERA

Historia clínica: 40061998

CUESTIONARIO DE YOSHITAKE

EMPRESA: INSIDEO SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - INSIDEO S.A.C.
TIPO DE EXAMEN: PREOCUPACIONAL
N° DOCUMENTO: 40061998
APELLIDOS Y NOMBRES: CARROLLO RIVERA JUAN CARLOS GEMELL

N°	ITEMS	SI	NO
1	¿Siente pesadez en la cabeza?		X
2	¿Siente cansancio en el cuerpo?		X
3	¿Siente cansancio en las piernas?		X
4	¿Tiene deseos de bostezar?		X
5	¿Se siente confuso, aturdido?		X
6	¿Siente la vista cansada?		X
7	¿Siente rigidez o torpeza en los movimientos?		X
8	¿Se siente soñoliento?		X
9	¿Al estar de pie se inquieta?		X
10	¿Tiene deseos de acostarse?		X
11	¿Siente dificultad para pensar?		X
12	¿Se cansa al hablar?		X
13	¿Está nervioso?		X
14	¿Se siente incapaz de fijar su atención?		X
15	¿Se siente incapaz poner atención en algo?		X
16	¿Se le olvidan fácilmente las cosas?		X
17	¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		X
18	¿Se siente ansioso?		X
19	¿Mantiene posiciones incorrectas en su cuerpo?		X
20	¿Pierde fácilmente la paciencia?		X
21	¿Padece de dolor de cabeza?		X
22	¿Siente entumecimiento en los hombros?		X
23	¿Siente dolor de espalda?		X
24	¿Tiene dificultad para respirar?		X
25	¿Tiene sed?		X
26	¿Se siente atontado?		X
27	¿Siente su voz ronca?		X
28	¿Le tiemblan los párpados?		X
29	¿Le tiemblan las piernas o los brazos?		X
30	¿Se siente enfermo?		X



LIC. MARICELLO JACKELINE MENDOZA LAOS
 PSICOLOGA EN SALUD OCUPACIONAL
 CPSP 43352
 PULSO CORPORACION MEDICA

Firma evaluador

CERTIFICADO DE EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO

El médico que suscribe certifica que:

CARROLLO RIVERA JUAN CARLOS GEMELL

Ha rendido el examen psicosensoométrico, resultando:

APROBADO	
APROBADO CON RESTRICCIÓN	X
DESAPROBADO	

RESTRICCIONES

USO PERMANENTE DE LENTES CORRECTORES

FECHA 09-08-2024



Dr. Esteban G. Cruz Cazorla
MÉDICO PROCESADOR - AUDITOR
CMP 095905 - RNA A11695
PULSO CORPORACIÓN MÉDICA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Nombres y apellidos: JUAN CARLOS GEMELL CARROLLO RIVERA

Historia clínica: 40061998

PSICOSENSOMETRICO

APELLIDOS Y NOMBRES

CARROLLO RIVERA JUAN CARLOS GEMELL

DNI

40061998

PETRINOVIC

Pulso Corporacion Medica S.R.L

Exámen N° 00012003

Av. Javier Prado Este 2932 San Borja

Nombre: Carrollo Rivera Juan Carlos Gemell
DNI: 40061998
Sexo: Masculino
Edad: 45 años. (20/10/1978)
Grupo sanguíneo: S/D
Estado civil: Otro
Estudios: Sin datos
Domicilio: Sin Datos



Usa lente óptico: Si
Usa lente de contacto: No
Usa audifono: No

09/08/2024 - Licencia: A2 - B - Tramite: Sin datos - RESULTADO: APROBADO

Test de velocidad de anticipación

Prueba #1: -0.35 Seg. (Bueno)
Prueba #3: 0.32 Seg. (Bueno)
Prueba #5: -0.07 Seg. (Excelente)

Prueba #2: -0.25 Seg. (Excelente)
Prueba #4: -0.13 Seg. (Excelente)
Prueba #6: -0.12 Seg. (Excelente)

Resultado: APROBADO

Responsable de este examen: Administrador

Test de coordinación bimanual

Errores mano izquierda: 10 errores (Preciso)
Errores mano derecha: 13 errores (Preciso)
Total de errores: 23 errores (Preciso)

Tiempo afuera mano izquierda: 4.24 segundos (Rápido)
Tiempo afuera mano derecha: 4.58 segundos (Rápido)
Tiempo total afuera: 9.02 segundos (Rápido)

Resultado: APROBADO

Responsable de este examen: Administrador

Test de reacciones múltiples

Aciertos: 24 (Muy Preciso)

Tiempo medio de reacción: 0.49 segundos promedio (Muy rápido)

Errores: 1 (Muy Preciso)

Tiempo medio de reacción en aciertos: 0.49 segundos promedio (Muy rápido)

Resultado: APROBADO

Responsable de este examen: Administrador

Test de reactimetría simple

Prueba #1: 0.31 Segundos (Rápido)
Prueba #3: 0.32 Segundos (Rápido)
Prueba #5: 0.29 Segundos (Muy rápido)
Prueba #7: 0.28 Segundos (Rápido)
Prueba #9: 0.27 Segundos (Medio lento)

Prueba #2: 0.30 Segundos (Medio lento)
Prueba #4: 0.31 Segundos (Rápido)
Prueba #6: 0.28 Segundos (Rápido)
Prueba #8: 0.31 Segundos (Medio lento)
Prueba #10: 0.30 Segundos (Muy rápido)

Resultado: APROBADO Promedio: 0.31 Segundos

Responsable de este examen: Administrador

Test resistencia a la monotonía

Aciertos: 50 (Muy Preciso)

Errores: 0 (Muy Preciso)

Tiempo medio de reacción: 0.33 segundos promedio (Rápido)

Tiempo medio de reacción en aciertos: 0.40 segundos promedio (Rápido)

Resultado: APROBADO

Responsable de este examen: Administrador

Test de visión y audición

Agudeza visual Vision binocular
Apreciación de distancia
Discriminación de colores
Foria visual Foria Horizontal
Foria Vertical

Hasta línea #7 (20/20)
100% de aciertos.
100% de aciertos.
Dentro de lo normal
Dentro de lo normal

Aprobado
Aprobado
Aprobado
Aprobado
Aprobado

Vision nocturna
Vision encandilada
Recup. de encandilamiento

Reconoce figuras a 35 candelas
Reconoce figura a 45 candelas
03:37 segundos.

Aprobado
Aprobado
Aprobado

Resultado: APROBADO

Responsable de este examen: Administrador

Test de palancas

Tiempo de error: 0.43 (Aprobado)

Cantidad de errores: 3 (Aprobado)

Tiempo de examen: 48.00 (Aprobado)

Resultado: APROBADO

Responsable de este examen: Administrador

Test de punteado

Cantidad de errores: 11 (Aprobado)

Cantidad de aciertos: 40 (Aprobado)

Tiempo de acierto: 8.07 (Aprobado)

Resultado: APROBADO

Responsable de este examen: Administrador

FIRMA DEL EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO

Página N° 1

CONCLUSIÓN: NORMAL


Dr. Esteban G. Cruz Cazorla
MEDICO PROCESADOR - AUDITOR
CMP 095905 - RNA A11695
PULSO CORPORACION MEDICA
FIRMA DEL MÉDICO

FICHA PARA EVALUACION DE FATIGA Y SOMNOLENCIA EN CONDUCTORES DE VEHICULOS

 Nombre: **CARROLLO RIVERA JUAN CARLOS GEMELL**

 FECHA: **09-08-2024**

Escala de Somnolencia Epworth (Versión peruana Modificada)

¿Qué tan probable es que usted cabecee o se quede dormido en las siguientes situaciones? considere los últimos meses de sus actividades habituales. No se refiere a sentirse cansado debido a actividad física. Aunque no haya realizado últimamente las situaciones descritas, considere como le habrían afectado. Use el siguiente escala y marque con una X la opción más apropiada para cada situación:

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

Situación	Probabilidad de cabecear			
	Nunca	Poca	Moderada	Alta
1.- Sentado leyendo	X			
2.- Viendo televisión	X			
3.- Sentado (por ejemplo en el teatro, en una reunión, en el cine, en una conferencia ,escuchando la misa en el culto)	X			
4.- Como pasajero en un automóvil, ómnibus, micro o combi durante una hora o menos de recorrido	X			
5.- Recostado en la tarde si las circunstancias lo permiten	X			
6.- Sentado conversando con alguien	X			
7.- Sentado luego del almuerzo y sin haber bebido alcohol	X			
8.- Conduciendo el automóvil cuando se detiene algunos minutos por razones de trafico.	X			
9.- Parado y apoyándose o no en una pared o mueble	X			

¿Usted maneja vehículos motorizados (auto, camioneta , ómnibus, micro, combi etc)?

(X) SI () NO

Gracias por su Cooperación

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

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

Puntaje mayor a 10 se considerará positivo



LIC. MARICELLO JACKELINE MENDOZA LAOS
 PSICOLOGA EN SALUD OCUPACIONAL
 CPSP 48352
 PULSO CORPORACION MEDICA

48352

Firma y Sello del Psicólogo
 N° de Colegiatura



Firma del Trabajador

Nombres y apellidos: JUAN CARLOS GEMELL CARROLLO RIVERA

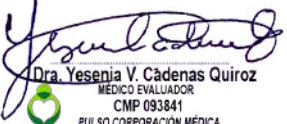
Historia clínica: 40061998

CERTIFICACION DE SUFICIENCIA MEDICA PARA TRABAJOS EN ALTURA (encima de los 1.8 metros)

1. FILIACION - DATOS GENERALES											
Apellidos y Nombres				CARROLLO RIVERA JUAN CARLOS GEMELL			Fecha		09-08-2024		
DNI		40061998		EDAD		45 Años		Sexo		M ☒ F ☐	
Área de Trabajo				MEDIO AMBIENTE							
Empresa				INSIDEO SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - INSIDEO S.A.C.							
Años de experiencia				2 Años		Primera Evaluación		☒		Revalidación ☐	
2. ANAMNESIS - EVALUACIÓN DE CAPACIDADES FUNCIONALES A TRAVES DE ENTREVISTA											
				SI NO						SI NO	
Todas las enfermedades que produzcan alteración de la consciencia sin importar su causa e independiente de su tratamiento				☐ ☒		Personas que consumen sustancias estupefacientes o psicotrópicas en niveles que alteren su capacidad de trabajar como controlar un vehículo				☐ ☒	
Alcoholismo crónico y en general todas aquellas enfermedades que produzcan incapacidad de efectuar movimientos voluntarios y/o que limiten la capacidad de trabajo como conducción, manejo o control físico de un vehículo motorizado, subir y bajar escaleras, etc.				☐ ☒		Personas que consumen sustancias estupefacientes o psicotrópicas en niveles que alteren su capacidad de trabajar, pero que se encuentran sin tratamiento o en tratamiento sin prescripción médica.				☐ ☒	
Todas aquellas enfermedades que se caractericen por movimientos involuntarios y que interfieran seriamente su capacidad de trabajar, independiente de su tratamiento farmacológico.				☐ ☒		Personas que como consecuencia de una enfermedad o su tratamiento, sufran uno o varios de los siguientes efectos: alteración del estado de la consciencia, alteración del equilibrio, en la percepción, en la habilidad motriz, en la estabilidad emocional y en el juicio.				☐ ☒	
Pérdida recurrente de la consciencia, independiente de su tratamiento, tales como narcolepsia, epilepsia, etc.				☐ ☒		Síndrome Apnea Obstructiva del sueño sospecha o confirmada (ficha SAS)				☐ ☒	
Anemia de cualquier grado, según criterios OMS 2011.				☐ ☒		Obesidad (IMC > o igual a 30)				☒ ☐	
Comentarios / detalles:											
3. EXPLORACION FISICA - EVALUACIÓN DE CAPACIDADES FUNCIONALES A TRAVES DEL EXAMEN CLINICO											
FC x min:		76		F.R x min:		18 X'		P.A mm Hg:		110 / 80	
Talla (mts):		1.58		Peso (kg):		92		IMC:		36.85	
Perímetro de Cuello (cm):		48		Perímetro de cintura:		109		Perímetro de Cadera (cm):		115	
ICC:		0.95									
				SI NO						SI NO	
Limitación en fuerza y/o movilidad de extremidades (Mayor a 2kg/fuerza cada mano)				☐ ☒		Presencia de nistagmos				☐ ☒	
Alteración presente del equilibrio				☐ ☒		Anormalidad en movimientos oculares				☐ ☒	
Anormalidad en la marcha con los ojos cerrados y/o abiertos				☐ ☒		Pupilas no CIRLA				☐ ☒	
Alteración de la coordinación presente (dedo, nariz)				☐ ☒		Anormalidad del lenguaje				☐ ☒	
Movimientos involuntarios				☐ ☒		Presencia de arritmia cardiaca o soplos				☐ ☒	
Detalle información:											
4. OTROS DATOS DE RELEVANCIA											
Detalle las medicinas que están tomando:											
Otro:											
Declaro que las respuestas son ciertas según mi leal saber y entender. En caso de ser requeridos los resultados del examen médico pueden ser revelados en términos generales, al Departamento de Salud Ocupacional de la compañía. Los resultados pueden ser enviados a mi médico particular de ser considerado necesario.						 Firma del trabajador o postulante			 Índice Derecho		
						DNI:			40061998		
5. DATOS DEL MEDICO EVALUADOR											
Nombre y Apellidos del Médico – N° de Colegiatura/Firma y sello YESENIA VIVIANA -CMP:093841						 Dra. Yesenia V. Cadenas Quiroz MEDICO EVALUADOR CMP 093841 PULSO CORPORACIÓN MÉDICA					
Nombres y apellidos: JUAN CARLOS GEMELL CARROLLO RIVERA						Historia clínica: 40061998					

6. PRUEBAS AUXILIARES - EVALUACIÓN DE CAPACIDADES FUNCIONALES A TRAVÉS DE PRUEBAS ADICIONALES					
	SI	NO		SI	NO
Hipoacusia con compromiso de frecuencias conversacionales con promedio mayor de 40 db uni o bilateral incluso con audífonos	☐	☒	Evaluación psicológica anormal	☐	☒
Alteración de la agudeza visual (de lejos diferente a 20/30 en cada ojo) y/o de la visión de profundidad incluso con lentes correctores.	☐	☒	Prueba de visión de profundidad alterada	☐	☒
Campimetría anormal (Test de confrontación alterada)	☐	☒	Prueba de fobias	☐	☒

7. CONCLUSION DE LA EVALUACIÓN FUNCIONAL				
	No Apto	Observado	Apto con Restricción	Apto
APTITUD PARA TRABAJAR ENCIMA DE LOS 1.8 METROS	☒	☐	☐	☐
DESDE HASTA				

8. DATOS DEL MEDICO OCUPACIONAL	
Nombre y Apellidos del Médico YESENIA VIVIANA- N° de Colegiatura 093841/Firma y sello	
 Dra. Yesenia V. Cadenas Quiroz MEDICO EVALUADOR CMP 093841 PULSO CORPORACIÓN MÉDICA	
Observaciones/recomendaciones: 1- EL TRABAJO EN ALTURA DEBE TENER INICIO PROGRESIVO 2- NO REALIZAR TRABAJOS EN ALTURA FÍSICA BAJO LOS EFECTOS DE ANTIDEPRESIVOS, ANSIOLÍTICOS, SEDANTES E HIPNÓTICOS 3- CUMPLIR Estrictamente con el CHECKLIST REALIZADO POR EL ÁREA DE SEGURIDAD	
NOTA AL PIE: La presente certificación tiene una validez igual a la señalada en CONCLUSIÓN. La aparición de alguna enfermedad NUEVA durante la duración de esta certificación invalida este permiso y deberá ser reevaluado medicamente antes de continuar trabajando sobre los 1.8 metros.	

EN CASO DE LEVANTAR OBSERVACIÓN				
	No Apto	Observado	Apto con Restricción	Apto
APTITUD PARA TRABAJAR ENCIMA DE LOS 1.8 METROS	☐	☐	☐	☐
DESDE HASTA				

DATOS DEL MEDICO OCUPACIONAL	
Nombre y Apellidos del Médico - N° de Colegiatura/Firma y sello	
Observaciones/recomendaciones:	
NOTA AL PIE: La presente certificación tiene una validez igual a la señalada en CONCLUSIÓN. La aparición de alguna enfermedad NUEVA durante la duración de esta certificación invalida este permiso y deberá ser reevaluado medicamente antes de continuar trabajando sobre los 1.8 metros.	



AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, **CARROLLO RIVERA JUAN CARLOS GEMELL** con documento de identidad N° **40061998** con domicilio en **COOP. PABLO PATRON MZ.F LT.15 CHOSICA** autorizo a **PULSO CORPORACIÓN MÉDICA S.A.C.**, a entregar información concerniente a mi estado de salud, la que puede incluir copias de las evaluaciones médicas y resultados de exámenes auxiliares realizados, para fines de gestión del médico encargado de la Vigilancia Médica Ocupacional de la Empresa / Institución **INSIDEO SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - INSIDEO S.A.C.** según los riesgos presentes en mi puesto de trabajo y cumpliendo el deber de confidencialidad.

Por lo tanto, firmo el presente documento en señal de conformidad, en la ciudad de San Borja, el día **VIERNES 09** de **AGOSTO** de **2024**

Firma del Trabajador



Huella Digital

DNI

40061998



Tipo de evaluación: PREOcupACIONAL Historia Clínica: 40061998 Fecha: 09 de Agosto 2024	
Empresa: INSIDEO SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - INSIDEO S.A.C. Apellidos y Nombre: CARROLLO RIVERA JUAN CARLOS GEMELL Doc. Identidad: 40061998 Edad: 45 Domicilio: Lima - Lima - Lurigancho Teléfono: Fijo: 927472221	Cargo: CONDUCTOR Fecha.: 20/10/1978 Lugar Ncto.: Lima - Barranca - Pativilca Estado Civil: CONVIVIENTE Sexo: Masculino
ESPECIALIDAD A QUE SE CONSULTA	ENDOCRINOLOGIA
MOTIVO DE INTERCONSULTA:	PACIENTE, QUIEN A SU EVALUACIÓN MÉDICA (ANTROPOMETRÍA) PRESENTA PESO: 92 KG TALLA: 1.58M IMC: 36.85 (OBESIDAD II), POR LO CUAL REQUIERE EVALUACIÓN POR SU ESPECIALIDAD PARA INDICACIÓN DE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y APTITUD MÉDICA DE ACUERDO AL PUESTO LABORAL.
SE SOLICITA:	

MÉDICO EVALUADOR

NOMBRE Y APELLIDO	CRUZ CAZORLA ESTEBAN GREGORIO
C.M.P.	095905
R.N.E.	A11695
FIRMA Y SELLO	

**RESPUESTA A INTERCONSULTA**

ESCRIBIR CON LETRA INTELIGIBLE - NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN - LEY N°30024

EVALUACION:	
<i>Paciente acude a reevaluación por especialidad</i>	
DIAGNOSTICO	CIE 10
<i>Obesidad tipo II</i>	
Tratamiento / RECOMENDACIONES:	
<i>- Ver 120 mg - Dieta y ejercicio</i>	
Exámenes auxiliares (adjuntar orden y/o resultados):	
<i>Ninguno</i>	
RESTRICCIONES LABORALES:	
<i>Sin restricciones para laborar (ppto)</i>	

Por la presente el médico especialista firmante asume la responsabilidad médica legal de la aptitud otorgada luego de la evaluación realizada.

MEDICO ESPECIALISTA

NOMBRE Y APELLIDO	Abund Ticona Juan
C.M.P.	029944
R.N.E.	024223
FIRMA Y SELLO	
FECHA Y HORA DE LA EVALUACIÓN	10-08-24



CONSULTORIO MEDICO PARTICULAR CLINIC-MEDIC

AV. TUPAC AMARU - URB. HUAQUILLAY - COMAS

Rp.

Carrolla Rivera Juan Carlos.

① Verle 100mg

1 tub 48 hrs x 1 mes

*② Dieta : hiposódica
hipoglúcica
hipocalórica*

③ Actividad física

20 - 30 min al día

Fecha:

10	8	24
----	---	----

[Signature]
DOC. ABUO TICONA JUAN
ENDOCRINOLOGÍA
CMP. 009944 / RNE. 024223

FIRMA

Scanned with CamScanner



CONSULTORIO MEDICO PARTICULAR
CLINIC-MEDIC

ESQUEMA DIETETICO

DESAYUNO:

LECHE 1 TAZA
PAN 2 TAJADAS
QUESO 1 TAJADA
FRUTAS 1 PORCION
HUEVO 1 PIEZA

ALMUERZO:

VERDURAS 1 TAZA
POLLO, RES 1 TROZO
CEREALES O TUBERCULOS 1 TAZA
FRUTA 1 PORCION
CALDO 1 TAZA

CENA:

VERDURAS 1 TAZA
POLLO, RES 1 TROZO
CEREALES 1 PORCION
LECHE 1 TAZA

INDICACIONES GENERALES

1. LOS ALIMENTOS DEBEN SER MEDIDAS AL RAS, UTILIZANDO UNA TAZA DE LAS MAS COMUNES O UNA CUCHARADITA DE TE O UNA DE SOPA.
2. NO ES NECESARIO COMPRAR ALIMENTOS ESPECIALES, USTEDES DEBEN SELECCIONAR SU DIETA DEACUERDO AL MENU DIARIO FAMILIAR.
3. NO MALGASTE SU DINERO EN LA COMPRA DE SAZONADORES QUIMICOS, LOS NATURALES SON LOS MEJORES.
4. NO OMITA NINGUNA DE LAS COMIDAS: PUEDE SER MUY PELIGROSO, CONSULTE SIEMPRE.
5. NO CONSUMA NADA ENTRE COMIDAS SALVO LAS INDICACIONES DEL NUTRICIONISTA.
6. EL BUEN CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ALIMENTACION DEPENEDERA DE SU ESTADO NUTRICIONAL.
7. ESTA PERMITIDIO EL CONSUMO DE AGUA NATURAL, MINERAL INFUSIONES DE TE, ANIS, MANZANILLA CHICHA MORADA DE MAIZ.

LA HOJA DE DIETA QUE ENTREGAMOS NO ES PARA SIEMPRE, VARIA SEGÙN INDICACIONES DURANTE SU CONTROL Y EVOLUCION, ES POR ELLO QUE UDS. SIEMPRE DEBEN VISITARNOS PARA MODIFICARLA Y EVITAR CONFUSIONES EN BENEFICIO DE SU SALUD.



Tipo de evaluación: PREOCUPACIONAL Historia Clínica: 40061998 Fecha: 09 de Agosto 2024	
Empresa: INSIDEO SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - INSIDEO S.A.C. Cargo: CONDUCTOR	
Apellidos y Nombre: CARROLLO RIVERA JUAN CARLOS GEMELL	
Doc. Identidad: 40061998	Edad: 45
Fecha.: 20/10/1978	
Lugar Ncto.: Lima - Barranca - Pativilca	
Domicilio: Lima - Lima - Lurigancho	
Teléfono: Fijo 927472221	
Estado Civil: CONVIVIENTE	
Sexo: Masculino	
ESPECIALIDAD A QUE SE CONSULTA	NEUMOLOGIA
MOTIVO DE INTERCONSULTA:	PACIENTE, QUIEN A LA EVALUACION MEDICA (RAYOS X) PRESENTA OPACIDAD NODULAR DE BORDES DEFINIDOS DE 6MM A NIVEL BASAL DERECHA. CONSIDERE SECUELA GRANULOMA, POR LO CUAL REQUIERE EVALUACION POR SU ESPECIALIDAD PARA INDICACION DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y APTITUD MEDICA DE ACUERDO AL PUESTO LABORAL.
SE SOLICITA:	
MÉDICO EVALUADOR	
NOMBRE Y APELLIDO: CRUZ CAZORLA ESTEBAN GREGORIO	
C.M.P. 095905	R.N.E. A11695
FIRMA Y SELLO	
RESPUESTA A INTERCONSULTA	
ESCRIBIR CON LETRA INTELIGIBLE - NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN - LEY N°30024	
EVALUACION: Paciente asintomático aude a reevaluación por especialidad.	
DIAGNOSTICO	CIE 10
Intersticial secular	
Tratamiento / RECOMENDACIONES:	
No requiere medicación	
Exámenes auxiliares (adjuntar orden y/o resultados):	
BK negativo a base	
RESTRICCIONES LABORALES:	
sin restricciones para laborar (apto)	
Por la presente el médico especialista firmante asume la responsabilidad médico legal de la aptitud otorgada luego de la evaluación realizada.	
MEDICO ESPECIALISTA	
NOMBRE Y APELLIDO: Marcos Mamani Nieto	
C.M.P. 49340	R.N.E. 23588
FIRMA Y SELLO	
FECHA Y HORA DE LA EVALUACIÓN	10-08-24



CLINIC-MEDIC

LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
S.A.C.

NOMBRE: :CARROLLO RIVERA JUAN CARLOS GEMELL EDAD: 45 AÑOS
SEXO: M
MUESTRA: ESPUTO F. DE INGRESO: 10/08/2024
SOLICITANTE: F. DE INFORME: 10/08/2024

INVESTIGACIÓN DE BK

TIPO DE MUESTRA : ESPUTO

METODO : COLORACIÓN ZIEHL -NEELSE.

RESULTADO:

MUESTRA I : NEGATIVO A BAAR


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

AVENIDA TUPAC AMARU – URBANIZACION HUAQUILLAY - COMAS

Scanned with CamScanner

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL

EMPRESA: INSIDEO SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - INSIDEO S.A.C. **ID / DNI:** 40061998
APELLIDO Y NOMBRES: CARROLLO RIVERA JUAN CARLOS GEMELL **EDAD:** 45 años
PUESTO: CONDUCTOR **SEXO:** Masculino
FECHA DE EXAMEN: 09-08-2024 **N° HC:** 40061998
TIPO DE EXAMEN: PREOCUPACIONAL

Peso: 92 kg **Talla:** 1.58 m **IMC:** 36.85 Kg/.m2 **PA:** 110 / 80 mmHg **Cintura:** 109 cm
Cadera: 115 cm **ICC:** 0.95 cm **FC:** 76 min **FR:** 18 min **T°:** 36.4 °C **Sat O2:** 99 %

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

CIRUGÍAS: COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA: 2019; ONICOMICOSIS: 05-2024 CONTROLES CON PODOLOGÍA

RESULTADO DE EXÁMENES

EXAMEN MÉDICO TIÑA DE LAS UÑAS (PIE IZQUIERDO), **Anamnesis:** NIEGA MOLESTIAS
MUSCULOESQUELÉTICO EXAMEN ESPECIAL, EXAMEN MUSCULOESQUELÉTICO NORMAL.
OFTALMOLOGÍA TRASTORNO DE LA REFRACCIÓN. NO ESPECIFICADO: AMETROPIA CORREGIDA, DISCROMATOPSIA:
DEFICIENCIA DE LA VISIÓN CROMÁTICA CORREGIDA CON FILTRO ROJO.
RAYOS X DE TORAX TORAX ANORMAL
PSICOLOGÍA SIN HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS
PSICOSENSOMÉTRICO NORMAL
ALTURA ESTRUCTURAL NO APTO

EXÁMENES DE LABORATORIO

DENTRO DE LÍMITES NORMALES

CONCLUSIONES

E66 OBESIDAD II (IMC: 36.85)
H52.7 TRASTORNO DE LA REFRACCIÓN, NO ESPECIFICADO: AMETROPIA CORREGIDA
H53.5 DISCROMATOPSIA: DEFICIENCIA DE LA VISIÓN CROMÁTICA CORREGIDA CON FILTRO ROJO
R91 HALLAZGOS ANORMALES EN DIAGNOSTICO POR IMAGEN DEL PULMON: OPACIDAD NODULAR DE BORDES DEFINIDOS DE 6MM A NIVEL BASAL DERECHA. CONSIDERE SECUELA. GRANULOMA.
B35.1 TIÑA DE LAS UÑAS (PIE IZQUIERDO)

OBSERVACIONES

RECOMENDACIONES

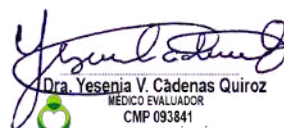
-SE RECOMIENDA DIETA HIPOGRASA, HIPOCALORICA, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA REGULAR Y EVALUACION POR NUTRICIÓN EN 03 MESES. PACIENTE ACUDE A LEVANTAMIENTO DE OBSERVACION EL DIA 12-08-2024 CON MEDICO ENDOCRINOLOGO DR ABUID TICONA JUAN CMP 009944 RNE 024223?, QUIEN DIAGNOSTICA OBESIDAD II, CONCLUYE APTO PARA LABORAR
-MANTENER EL USO PERMANENTE DE LOS LENTES CORRECTORES Y REALIZAR EVALUACIÓN ANUALMENTE POR OFTALMOLOGIA
-SE RECOMIENDA USO DE LENTES CON FILTRO PARA REALIZAR TRABAJO DE DISCRIMINACIÓN DE COLORES SEGÚN LA NECESIDAD LO REQUIERA
-INTERCONSULTA NEUMOLOGIA. PACIENTE ACUDE A LEVANTAMIENTO DE OBSERVACION EL DIA 10-08-2024 CON MEDICO NEUMOLOGO DR MAMANI NIETO MARCOS ANTONIO CMP 049340 RNE 023588 QUIEN DIAGNOSTICA INTERSCTIACIAL SECUELAR, CUENTA BK ESPUTO NEGATIVO, CONCLUYE APTO PARA LABORAR.
-SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR DERMATOLOGÍA.

RESTRICCIONES

- 1- RESTRICCION PARA TRABAJOS EN ALTURA FÍSICA MAYOR A 1.8
- 2- USO PERMANENTE DE LENTES CORRECTORES
- 3- USO DE LENTES CON FILTRO PARA REALIZAR TRABAJO SEGÚN LA NECESIDAD LO REQUIERA



FIRMA DEL TRABAJADOR



Dra. Yesenia V. Cadenas Quiroz
MÉDICO EVALUADOR
CMP 093841
PULSO CORPORACIÓN MÉDICA
FIRMA DEL MÉDICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, CARROLLO RIVERA JUAN CARLOS GEMELL, identificado(a) con Documento Nacional de Identidad ☒ / Carné de Extranjería ☐ / Pasaporte ☐ N° 40061998, con domiciliado(a) real en COOP. PABLO PATRON MZ.F LT.15 CHOSICA, distrito de Lurigancho, provincia de Lima y departamento de Lima, **DECLARO QUE:**

He sido debidamente informado(a) por parte de mi empleador, la empresa INSIDEO SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - INSIDEO S.A.C., respecto al proceso de Evaluación Médico Ocupacional a la cual me someteré voluntaria y libremente, como parte del Programa de Vigilancia en Salud, por lo cual manifiesto expresamente mi consentimiento para su realización.

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

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

Lima, 09 de Agosto del 2024



Firma



Documento de Identidad N° 40061998

Huella Digital

Base Legal:

Inciso 6.6.2., del artículo 6.6. referido a la Conformidad de la Vigilancia de la salud de los trabajadores contenida en el Documento Técnico Protocolos de Exámenes Médico Ocupacionales y Guías de Diagnóstico de los Exámenes Médicos Obligatorios por Actividad, aprobado por la Resolución Ministerial N°312-2011-MINSA.
Apartado 12, inciso 2 de la Recomendación N° 171 de la OIT sobre los Servicios de la Salud en el Trabajo.
Artículo 15, inciso h) de la Ley N° 26842, Ley General de Salud.

