

INFORME MÉDICO

DATOS PERSONALES

Nombre : CUETO ANUARBE CRISTIAN
Edad : 33 AÑOS
Puesto : JEFE DE COSTOS
Empresa : OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A
Tipo : ANUAL
Fecha : 17 febrero 2025

A continuación le informamos los resultados de su evaluación médica:

Antecedentes Patológicos Importantes

ENFERMEDADES OCULARES

Antecedentes Familiares Importantes

NO CONTRIBUTORIOS

Examen clínico:

Peso : 84 Kg.	Talla : 1.81 m.	F.C : 67 min.
P.A : 120/60 mmHg.	Sat O2 : 96 %	
IMC : 25.64 Kg/m2	F.R : 19 min.	

Estado nutricional :	SOBREPESO
Medicina :	APTO CON RESTRICCIÓN
Examen oftalmológico :	AMETROPIA LEVE OJO DERECHO
Examen odontológico :	NINGUNA.
Evaluación psicológica :	CUMPLE CON EL PERFIL DEL PUESTO
Audiometría :	NORMAL
Radiografía Tórax :	NORMAL
Electrocardiograma :	DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
Espirometría :	-NORMAL

EXAMENES DE LABORATORIO :

Grupo y Factor Sanguíneo : A - +

Hemograma : NORMAL

Hemoglobina : 15.8gr %

Hematocrito : 49

Colesterol : 178.00

Triglicéridos : 133.00

Examen de Orina: NORMAL

Glucosa : 93.00 mg/dl

70.00 - 110.00 mg/dl

- HOMBRES: (5500 - 13400) U/L

- MUJERES DE MAS DE 40 AÑOS: (5500 - 13400) U/L

- MUJERES DE 16-39 AÑOS no embarazadas o tomando

anticonceptivos orales : (4400 - 11700) U/L

- MUJERES DE 18-41 AÑOS embarazadas o tomando

anticonceptivos orales: (3800 - 9500) U/L

Colinesterasa Serica : -

HALLAZGOS:

En la presente evaluación médica se encontró lo siguiente:

1. SOBREPESO: DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS.
2. AMETROPIA LEVE OJO DERECHO NO CORREGIDA. SE SUGIERE USO DE LENTES CORRECTORES . EVALUACION ANUAL POR OFTALMOLOGIA.
3. RX COLUMNA LUMBAR: PINZAMIENTO L5-S1 Y ANTEROLISTESIS DE S1 EN RELACION A L5. SE VALIDA EVALUACION POR TRAUMATOLOGIA DEL (2024). COORDINADO CON EL AEREA MEDICA DE OHLA CONSTRUCCION. APTO PARA LABORAR. NO REALIZAR CARGAS DE PESO MAYOR DE 10 KG. MANTENER MASA MUSCULAR LUMBAR. EVALUACION ANUAL POR TRAUMATOLOGIA.

RECOMENDACIONES:

Las recomendaciones al respecto son las siguientes:

1. DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS.
2. SE SUGIERE USO DE LENTES CORRECTORES. EVALUACION ANUAL POR OFTALMOLOGIA.
3. NO REALIZAR CARGAS DE PESO MAYOR DE 10 KG. MANTENER MASA MUSCULAR LUMBAR. EVALUACION ANUAL POR TRAUMATOLOGIA.

NOTA: SE SUGIERE EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN PARA COVID 19 SEGÚN NORMATIVA VIGENTE.

Si deseara alguna aclaración o información adicional con respecto al presente informe, no dude en llamarnos al teléfono 044-767608 de 8:00 - 1:00 p.m. y 3:00 - 6:00 p.m.

Atentamente,



Dra. Schneider J. Soplopico Marce
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 74582 R208 00004

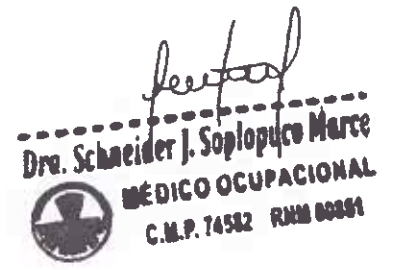
EVALUADOR

101055-TP

Sede : Trujillo-Pierola

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

CERTIFICA que el Sr.(a)

NOMBRES Y APELLIDOS:		CRISTIAN CUETO ANUARBE				
DNI :	1521426	EDAD :	33 AÑOS	GENERO :	MASCULINO	GRUPO SANGUINEO : A+
EMPRESA :	OBRASCÓN HUARTE LAÍN S.A			CONTRATISTA :	N/A	
PUESTO AL QUE POSTULA :		JEFE DE COSTOS				
OCUPACION ACTUAL O ULTIMA OCUPACION:		INGENIERO DE CAMINOS, CANALES Y PUERTOS				
N° HISTORIA CLINICA :		101055	TIPO DE EXAMEN :	ANUAL		
CONCLUSIONES :						
1. SOBREPESO. 2. AMETROPIA LEVE OJO DERECHO NO CORREGIDA. 3. RX COLUMNA LUMBAR: PINZAMIENTO L5-S1 Y ANTEROLISTESIS DE S1 EN RELACION A L5. SE VALIDA EVALUACION POR TRAUMATOLOGIA DEL (2024), COORDINADO CON EL AEREA MEDICA DE OHLA CONSTRUCCION. APTO PARA LABORAR.						
APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)			RESTRICCIONES : - NO REALIZAR CARGAS DE PESO MAYOR DE 10 KG			
APTO CON RESTRICCION (para el puesto en el que trabaja)		X				
NO APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)						
CON OBSERVACIÓN						
EVALUADO						
RECOMENDACIONES : 1. DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS. 2. SE SUGIERE USO DE LENTES CORRECTORES. EVALUACION ANUAL POR OFTALMOLOGIA. 3. NO REALIZAR CARGAS DE PESO MAYOR DE 10 KG. MANTENER MASA MUSCULAR LUMBAR. EVALUACION ANUAL POR TRAUMATOLOGIA.			 Dra. Schneider J. Soplopucó Marce MÉDICO OCUPACIONAL C.M.P. 74582 RNM 00881			
Fecha : 17/02/2025		Hasta : 17/02/2026		Nombre : SOPLOPUCO MARCE SHNEIDER		
				SELLO Y FIRMA DE MEDICO QUE CERTIFICA :		

EMPRESA ☒ OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A

CONTRATA ☒ N/A

Apellidos y Nombres : CUETO ANUARBE CRISTIAN

PRE OCUPACIONAL ☐

ANUAL ☒

RETIRO ☐

REUBICACIÓN ☐

FECHA DEL EXAMEN : 17/02/2025		MINERALES EXPLOTADOS O PROCESADOS : NO APLICA	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO ESPAÑA 20/09/1991		DOMICILIO HABITUAL AV. 28 DE JULIO N°150, PISO 7-MIRAFLORES- LIMA-LIMA	
SUPERFICIE ☒ CONCENTRADOR ☐ SUBSUELO ☐		ALTURA DE LA LABOR (MSNM) Debajo 2500 ☒ 3501 a 4000 ☐ 2501 a 3000 ☐ 4001 a 4500 ☐ 3001 a 3500 ☐ Mas de 4501 ☐	
EDAD 33 AÑOS	SEXO M ☒ F ☐	DNI / CE / NIE 1521426 TELEFONO	ESTADO CIVIL soltero ☒ casado ☐ conviviente ☐ viudo ☐ divorciado ☐
GRADO DE INSTRUCCIÓN Analfabeto ☐ Prim.Com. ☐ Prim.Inc. ☐		Sec.Com. ☐ Sec.Inc. ☐ Univers ☒ Tecnico ☐	
Ruido ☒ Polvo ☒ Vib Segmentario ☒ Vib Total ☒	Cancerígenos ☐ Mutagénicos ☐ Solventes ☐ Metales ☐	Temperatura ☒ Biológicos ☐ Posturas ☒ Turnos ☐	Carga ☒ Mov.Repet. ☒ PVD ☐ Otros ☐
Puesto al que Postula : JEFE DE COSTOS		Puesto Actual : JEFE DE COSTOS	
Tiempo : N/A		Reubicación : SI ☒ NO ☐	
ANTECEDENTES OCUPACIONALES (ver adjunto historia ocupacional)			
ANTECEDENTES PERSONALES (enfermedades y accidentes en el trabajo o fuera de el mismo)			
NIEGA DB, TBC, HTA, CONVULSIONES, ASMA, ALERGIAS, ACCIDENTES			
ANTECEDENTES FAMILIARES		INMUNIZACIONES	
NO CONTRIBUTIVOS		TETANO ☐ HEPATITIS - B ☐ FIEBRE AMARILLA ☐	
HABITOS TABACO ALCOHOL DROGAS nada ☒ ☒ ☒ poco ☐ ☐ ☐ habitual ☐ ☐ ☐ excesivo ☐ ☐ ☐		TALLA PESO 1.81 mts. 84 Kg. IMC 25.64	
FUNCIÓN RESPIRATORIA (Espirometría) FVC 119.05 l. FEV1 111.35 l. FEV1/FVC 77.11 % FEF 25-75% 96.85 l/s. Conclusión: -ESPIROMETRIA NORMAL		TEMPERATURA 36.2 °C Cintura 84 cm. Cadera 94 cm. ICC 0.89	
CABEZA : NORMAL		CUELLO : CENTRAL, MOVIL	
PERIMETRO CUELLO : 38 cm		NARÍZ : CENTRAL, PERMEABLE	
BOCA,AMIGDALAS,FARINGE,LARINGE :		DENTADURA Piezas en mal estado : 0	
HUMECTADA, NO HIPERTROFICAS, NO CONGESTIVAS		Piezas que faltan : 0	
OJOS	SIN CORREGIR O.D O.I	CORREGIDA O.D O.I	ENFERMEDADES OCULARES :
Visión de Cerca :	20/20 20/20	00 00	AMETROPIA LEVE OJO DERECHO
Visión de Lejos :	20/25 20/20	00 00	
Visión de Colores :	NORMAL		REFLEJOS PUPILARES : CONSERVADO
OÍDOS Audición derecha 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000		Audición izquierda 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000	
Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000	dB(A) 10 5 5 10 25 15 5	Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000	dB(A) 5 5 0 15 15 5 0
OTOSCOPIA O.D : NORMAL O.I : NORMAL		F.Respiratoria : 19 x min. F.Cardíaca : 67 x min. Sat.O2 : 96 %	
Cardiovascular : RCRR, NO SOPLOS.		PRESIÓN ARTERIAL SISTEMATICA SISTÓLICA 120 mmHg. DIASTÓLICA 60 mmHg.	
PULMONES : Normal: ☒ Anormal ☐			
Descripción: BPMV EN ACP. NO RALES.			
Miembros Superiores : SIMETRICOS, NO DEFORMIDADES, MOTRICIDAD CONSERVADA.			
Miembros Inferiores : SIMETRICOS, NO DEFORMIDADES, MOTRICIDAD CONSERVADA.			

ANEXO 16
FICHA MEDICA OCUPACIONAL

SEDE : Trujillo-Pirola

F

REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS: CONSERVADOS

MARCHA : NORMAL

COLUMNA VERTEBRAL: CENTRAL, MOVIL, CURVATURAS CONSERVADAS

ABDOMEN:

RHA(+), B/D, NO DOLOROSO A LA PALPACION

TACTO RECTAL

NO SE HIZO



ANORMAL



NORMAL



DESCRIBIR EN OBSERVACIÓN



ANILLOS INGUINALES

CONSERVADOS

HERNIAS

NO

VÁRICES

NO

ÓRGANOS GENITALES:

DE CARACTER NORMAL

GANGLIOS LINFÁTICOS

NO LINFADENOPATIAS

LENGUAJE, ATENCIÓN, MEMORIA, INTELIGENCIA, ORIENTACIÓN, AFECTIVIDAD
NORMAL

N° RX 101055

FECHA 17/02/2025

CALIDAD 2

SÍMBOLOS N/A



VÉRTICES : LIBRES

HILIOS : NORMALES

SENOS : LIBRES

MEDIASTINOS : NORMALES

CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS :

SILUETA CARDIOVASCULAR :

NORMAL

NORMAL

☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	REACCIONES SEROLOGICAS LUES	
0/0	1/0	1/1	1/2	2/1	2/2	2/3	3/2	3/3	3/+	A,B,C	St	a -Lues
CERO	1/0	UNO	DOS	TRES	CUATRO							NEGATIVO ☐
Sin neumoconiosis	IMAGEN RADIOGRAFICA de EXPOSICIÓN A POLVO	CON NEUMOCONIOSIS										POSITIVO ☐
												OTROS EXÁMENES
												-HEMOGRAMA: NORMAL.
												-GLUCOSA: 93.00 mg/dl.
												-CREATININA: 0.89 mg/dl.
												-VSG: N/A
												-EX ORINA: NORMAL.
												-COCAINA: NEGATIVO.
												-MARIHUANA: NEGATIVO.
												Perfil lipídico:
												Colesterol total 178.00 mg/dl
												L.D.L: 106.90
												H.D.L: 44.50
												V.L.D.L: 26.60
												Triglicéidos: 133.00

GRUPO SANGUINEO

Hemoglobina/Hematocrito

O ☐ A ☒ B ☐ AB ☐ Rh(-) ☐ Rh(+) ☒

15.8 gr. %

ORINA

APTO PARA TRABAJAR

NOMBRES Y APELLIDOS DEL MÉDICO COLEGIATURA

SI ☒

NO ☐

Revaluación en empresa ☐

ARTEMIO A. GARCIA CABRERA
MÉDICO CIRUJANO OCUPACIONAL
AUDITOR

FIRMA Y SELLO

Firma del examinado

OBSERVACIONES :

1. SOBREPESO. DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS.
2. AMETROPIA LEVE OJO DERECHO NO CORREGIDA. SE SUGIERE USO DE LENTES CORRECTORES. EVALUACION ANUAL POR OFTALMOLOGIA.
3. RX COLUMNA LUMBAR: PINZAMIENTO L5-S1 Y ANTEROLISTESIS DE S1 EN RELACION A L5. SE VALIDA EVALUACION POR TRAUMATOLOGIA DEL (2024). COORDINADO CON EL AEREA MEDICA DE OHLA CONSTRUCCION. APTO PARA LABORAR. NO REALIZAR CARGAS DE PESO MAYOR DE 10 KG. MANTENER MASA MUSCULAR LUMBAR. EVALUACION ANUAL POR TRAUMATOLOGIA.

Huella Digital Índice Derecho.
Declaro que toda la información es verdadera

CERTIFICACIÓN MEDICA PREVIA A TRABAJO DE ALTURA

(encima de los 1,8 metros)

N° Ficha : **101055**

Sede : Trujillo-Pirola

1.- FILIACIÓN (a partir del registro médico)

Apellidos y Nombres : CUETO ANUARBE CRISTIAN
DNI / CE / NIE: 1521426
Empresa Contratista : N/A
Area Trabajo : COSTOS

Primera aptitud ()

Revalidación (X)

Fecha : 17 feb 2025

Edad : 33 AÑOS

Sexo : MASCULINO

Tiempo de Experiencia : SIN EXPERIENCIA

Empresa : OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A

2.- ANTECEDENTES (DEL REGISTRO MÉDICO)

Tiene fobia (miedo) a las alturas
Epilepsia/convulsiones u otra enfermedad que condiciona pérdida de conciencia
Alcoholismo o abuso de sustancias (adicción)
Portador de enfermedad psiquiátrica o hallazgo psicológico como rasgos de ansiedad, trastornos impulsivos, compulsivos.
Diabetes mellitus o hipoglucemia no controlada
Migraña no controlada
Comentarios/detalle :

NO SI

☒ ☐

Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria amnias,

☒ ☐

porta marcapaso, prótesis valvular

☒ ☐

Asma bronquial - Patrón obstructivo moderado o severo

☒ ☐

Hipertensión arterial no controlada

☒ ☐

Hipoacusia severa

☒ ☐

Alteración de la agudeza visual(de lejos)y/o estereopsia

☒ ☐

Declarado NO APTO para labor de altura en último examen ocupacional

NO SI

☒ ☐

☒ ☐

☒ ☐

☒ ☐

☐ ☒

☒ ☐

3.- ANTECEDENTES (ENTREVISTA CON EL PACIENTE)

Se encuentra resfriado o con algún cuadro respiratorio
Sufrir de vértigo o mareos diagnosticados recientemente

NO SI

☒ ☐

Consumió licor en la últimas 24 horas

☒ ☐

Frecuencia de cefaleas

NO SI

☒ ☐

☒ ☐

Detalle de las medicinas que está tomando :

4.- EXAMEN FÍSICO (actual)

FC : 67 x min

FR : 19 x min

PA: 120/60 mmHg

Sat O2 : 96 %

Talla : 1.81 mts.

Peso : 84 Kg.

IMC 25.64

NO SI

☒ ☐

Limitación en Fuerza y/o movilidad de extremidades

NO SI

☒ ☐

Alteración de la coordinación

NO SI

☒ ☐

Hallazgos Anormales Hombro:
Cirugías, Accidentes, Congénitos

☒ ☐

Alteración del equilibrio

☒ ☐

Presencia de nistagmus

☒ ☐

Hallazgos Anormales Codo:
Cirugías, Accidentes, Congénitos.

☒ ☐

Anormalidad en la marcha

☒ ☐

Anormalidad en movimientos oculares

☒ ☐

Hallazgos Anormales Rodilla:
Cirugías, Accidentes, Congénitos.

☒ ☐

Anormalidad en la fuerza de los miembros

☒ ☐

Pupilas CILIA

☐ ☒

Hallazgos Anormales Tobillo:
Cirugías, Accidentes, Congénitos.

☒ ☐

Lenguaje anormal

☒ ☐

Asimetría facial

☒ ☐

Otros Hallazgos Alteración Musculo- Esqueléticos.



TOBILLOPIE

Describir hallazgos anormales en articulaciones específicas (Alteraciones Musculo-esqueléticas).

5.- CONCLUSIÓN DE LA PRESENTE EVALUACIÓN

APTO PARA TRABAJAR ENCIMA DE LOS 1,8 METROS :

RESTRICCIONES:

Apto para trabajar encima de los 1,8 metros
Uso permanente de lentes correctores
Uso permanente de audífonos

NO SI

☒ ☐

☒ ☐

☒ ☐

Otra Restricción :

Nombre y Apellidos del Médico - N° de Colegiatura

- CMP

Observaciones / recomendaciones :

- SE SUGIERE CORREGIR AGUDEZA VISUAL
- SOBREPESO DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS

ARTEMIO GARCIA CABRERA
MÉDICO CIRUJANO OCUPACIONAL
AUTOR
C.M.P. 842198 - R.A. A004-28
para : JEFE DE COSTOS

V° B°

HISTORIA OCUPACIONAL

Sede: Trujillo-Pierola

Nombres y Apellidos: CRISTIAN CUETO ANUARBE

N° Registro: 101055

Sexo: M

Lugar de Nacimiento: ESPAÑA

Fecha de Nacimiento: 20/09/1991

Lugar de Procedencia: AV. 28 DE JULIO N°150. PISO 7. MIRAFLORES-LIMA-LIMA

Profesion: INGENIERO DE CAMINOS, CANALES Y PUERTOS

Telefono: 976336491

fecha	Empresa	Altitud	Actividad	Área de Trabajo	Ocupación	Tiempo de labor		Peligros/Agentes Ocupacionales	Uso EPP Tipo EPP
						Subsuelo	Superficie		
2016-2025	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A - AREQUIPA	2,335 MSNM	CONSTRUCCION	CONSTRUCCION	COORDINADOR DE PRODUCCION	0	8 AÑOS	MOV. Y POSICIONES DISERGONOMICAS, GOLPES, CAIDAS, RUIDO	CASCO, LENTES, GUANTES, OVERAL, ZAPATOS DE SEGURIDAD, TAPONES AUDITIVOS

Fecha: lunes 17 febrero 2025



Firma del Trabajador

ARTEMIO A. SANCIA CARRERA
MEDICO CHIRURJO DE MIEMBROS Y REGIONAL
AUDITOR
C.M.P. 442193 - R.A. 4994-29
Médico: ...

FICHA DE ANTECEDENTES PATOLOGICOS

NOMBRES Y APELLIDOS

CUETO ANUARBE CRISTIAN

N° Ficha :

101055

EDAD

33 AÑOS

Sede : Trujillo-Pierola

LUGAR DE NACIMIENTO

ESPAÑA

Fecha : 17 febrero 2025

SEXO:

MASCULINO

Ocupacion a la que postula

JEFE DE COSTOS

LUGAR DE PROCEDENCIA: AV. 28 DE JULIO N°150, PISO 7

1. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES:

Marcar con una X las Enfermedades que han tenido o tienen:

Alergias	()	Gastritis Cronica	()	Pleuresia	()
Amigdalitis Crónica	()	Gonorrrea	()	Plunbismo	()
Arritmias Cardiacas	()	Gota	()	Poliomielitis	()
Asma	()	Hemorroides	()	Portador de Marcapaso	()
Bocio	()	Hepatitis	()	Prótesis Cardiacas Valvulares	()
Bronconeumonia	()	Hemias	()	Resfríos Frecuentes	()
Bronquitis a Repeticion	()	Hipertensión Arterial	()	Reumatismo a Repetición	()
Caries o Gingivitis	()	Inf. Urinarias repetidas	()	Sarampion	()
Colecistitis	()	Intoxicaciones	()	Sífilis	()
Dermatitis	()	Insuficiencia Cardiaca	()	Silicosis	()
Diabetes	()	Insuficiencia Coronaria Crónica	()	Sinusitis Crónica	()
Disenteria	()	Insuficiencia Renal Crónica	()	Tos Convulsiva	()
Enfermedades del corazon	()	Litiasis Urinaria	()	Transtorno Nerviosos	()
Enf. Oculares	(X)	Meningitis	()	Traumatismo Encefalocraneano	()
Epilepsia o convulsiones	()	Neuritis a Repeticion	()	Tuberculosis	()
Faringitis crónica	()	Otitis Media	()	Tumores_Quistes	()
Fiebre Alta	()	Presion Alta o Baja	()	Úlcera Peptica	()
Fiebre Tifoidea	()	Paludismo o Malaria	()	Varicela	()
Fiebre Reumatica	()	Parasitosis Intestinal	()	Várices	()
Forunculosis	()	Parotiditis	()	Varicoceles	()
COVID 19	()	Fecha :	LEVE ()	MODERADO ()	SEVERO ()

Indicar las enfermedades que ha tenido o tiene, con mucha frecuencia:

Pérdida de Memoria	()	Estreñimiento	()	Orina con Dolor o Ardor	()
Preocupaciones o Angustia	()	Vómitos con Sangre	()	Orina Involuntaria	()
Dolores Articulares y/o Huesos	()	Sangrado por Orina	()	Dolor de Oído	()
Aumento o Disminución de Peso	()	Tos con Sangre	()	Secreciones por el Oído	()
Dolor de Cabeza	()	Coloracion Amarilla de la Piel	()	Palpitaciones	()
Diarrea	()	Indigestión Frecuente	()	Adormecimiento	()
Agitacion al Hacer Ejercicios	()	Insomnio	()	Pesadillas	()
Dolor Ocular	()	Lumbalgias o Dolor de Cintura	()	Dolores Musculares	()
Dolor opresivo Tórax	()	Mareos - Desmayos - Vértigo	()	Tos Cronica	()
Hinchazón de pies o manos	()	Heces Negras	()	Sangrado por Encias	()

Habitos Nosivos

Fumar SI () NO ()

Numeros de Cigarrillos

Licor SI () NO ()

Tipo mas Frecuente

Frecuencia

Drogas SI () NO (X)

Tipo Probado o que Usa

Frecuencia

RON.

1 VEZ X MES

Antecedentes Quirúrgicos**F**

Fecha	Hospital (Nombre - Lugar) Operación	Operación	Días Hospitalización	Complicaciones

Antecedentes de Reproducción**En caso de Damas :**

Inicio de menstruación :
Inicio de vida sexual :
Número de parejas sexual a la actualidad
Número de hijos vivos :
Número de hijos fallecidos :
Número de abortos :
Precisar Causas

En caso de Varones

Número de hijos vivos : 00
Número de hijos fallecidos : 00
Número de abortos en sus parejas : 00
Precisar Causas : N/A

TODA LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO AL SERVICIO DE MEDICINA OCUPACIONAL, ES VERDADERA NO HABIENDO OMITIDO NINGÚN DATO VOLUNTARIAMENTE .

FECHA 2025/02/17



FIRMA DEL POSTULANTE

ARTEMIO A. GARCIA CABRERA
MÉDICO CIRUJANO OCUPACIONAL
AUDITOR
G.M.P. 049198 - R.A. A004-20

MEDICO MEDICINA OCUPACIONAL

Cuestionario Nórdico de Signos y Síntomas Osteomusculares

1. DATOS PERSONALES

Nombre : CRISTIAN CUETO ANUARBE

Edad en años cumplidos : 33 AÑOS

Fecha : 17/02/2025

Género : Masculino : ☒ Femenino : ☐

Cuántos años y meses ha estado Ud. haciendo el presente tipo de trabajo :

Años : Meses :

En promedio cuántas horas a la semana trabaja ? 70 hrs

Es Ud : Diestro : ☒ Zurdo : ☐



2. PROBLEMAS CON LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCIÓN

¿Cómo responder el cuestionario?

En este dibujo Ud. puede ver la posición aproximada de las partes del cuerpo referidos en el cuestionario.

Ud. debe decidir cuál parte tiene o ha tenido molestias / problema (si lo ha tenido). por favor responda poniendo una x en el respectivo recuadro para cada pregunta

Para ser respondido por todos	Para ser respondido únicamente por quienes han tenido problemas	
Ha tenido Ud. Durante cualquier tiempo en los últimos 12 meses problemas (molestias, dolor o disconfort) en :	Ha estado impedido en cualquier tiempo durante los pasados 12 meses para hacer sus rutinas habituales en el trabajo o su casa por este problema?	Ud. Ha tenido problemas durante los últimos 7 días?
Cuello : No ☒ Si ☐	No ☐ Si ☐	No ☐ Si ☐
Hombros : ☒ No ☐ Si, en el hombro derecho ☐ Si, en el hombro izquierdo ☐ Si, en el ambos hombros	No ☐ Si ☐	No ☐ Si ☐
Codos : ☒ No ☐ Si, en el codo derecho ☐ Si, en el codo izquierdo ☐ Si, en el ambos codos	No ☐ Si ☐	No ☐ Si ☐
Muñeca : ☒ No ☐ Si, en la muñeca/mano derecha ☐ Si, en la muñeca/mano izquierda ☐ Si, en el ambas muñecas/manos	No ☐ Si ☐	No ☐ Si ☐
Espalda Alta (Tórax) No ☒ Si ☐	No ☐ Si ☐	No ☐ Si ☐
Espalda Baja (Región Lumbar) No ☒ Si ☐	No ☐ Si ☐	No ☐ Si ☐
Una o ambas caderas/muslos No ☒ Si ☐	No ☐ Si ☐	No ☐ Si ☐
Una o ambas rodillas No ☒ Si ☐	No ☐ Si ☐	No ☐ Si ☐
Una o ambos tobillos/pies No ☒ Si ☐	No ☐ Si ☐	No ☐ Si ☐

2. PROBLEMAS CON LA ESPALDA BAJA

¿Cómo responder el cuestionario?

En este dibujo Ud. puede ver la Parte del cuerpo referida en el cuestionario. problemas de espalda baja significan molestias, dolor o disconfort en el área indicada con irradiación o no hacia una o ambas piernas (ciática). Por favor responda poniendo una x en el respectivo recuadro para cada pregunta.



1- Ud. ha tenido problemas en la espalda baja (molestias, dolor o disconfort) ?

No ☒ Si ☐

Si Ud. respondió NO a la pregunta 1, no responda las preguntas de la 2 a la 8.

2- Ud. ha estado hospitalizado por problemas de espalda baja ?

No ☐ Si ☐

3- Ud. ha tenido cambios de trabajo o actividad por problemas de espalda baja ?

No ☐ Si ☐

4-Cuál es la duración total del tiempo en que ha tenido problemas de espalda baja durante los últimos 12 meses ?

☐ 0 Días ☐ 1 - 7 Días ☐ 8 - 30 Días ☐ Mas de 30 Días ☐ Todos los Días

Si Ud. respondió 0 días a la pregunta 4, No responda las preguntas 5 a la 8

5- Los problemas de espalda baja han causado a Ud. reducción de su actividad física durante los últimos 12 meses ?

a. Actividad de trabajo (en el trabajo o la casa)

No ☐ Si ☐

b. Actividades recreativas

No ☐ Si ☐

Cuestionario Nórdico de Signos y Síntomas Osteomusculares

101055

Sede : Trujillo-Pierola

6-Cuál es la duración total de tiempo que los problemas de espalda baja le han impedido hacer sus rutinas de trabajo (en el trabajo o en casa) durante los últimos 12 meses ?

☐ 0 Días ☐ 1 - 7 Días ☐ 8 - 30 Días ☐ Mas de 30 Días

7-Ha sido visto por un médico, fisioterapeuta, quiropráctico y otra persona de área debido a problemas de espalda durante los últimos 12 meses ?

No ☐ Si ☐

8-Ha tenido problemas de espalda baja en algún momento durante los últimos 7 días ?

No ☐ Si ☐

4. PROBLEMAS CON LOS HOMBROS

¿Cómo responder el cuestionario?

Problemas de los hombros significa molestias, dolor o disconfort en el área indicada. Por favor concéntrese en ésta área, ignorando cualquier problema que usted pueda haber tenido en partes adyacentes a ésta. Existe un cuestionario separado para cuello. Por favor responda poniendo una x en el respectivo recuadro para cada pregunta.



9- Ud. ha tenido problema de hombros (molestias, dolor o disconfort) ?

No ☒ Si ☐

Si Ud. respondió NO a la pregunta 9, no responda a las preguntas 10 a

10- Ud. ha tenido lesiones en sus hombros en un accidente ?

☐ No ☐ Si, en mi hombro izquierdo
☐ Si, en mi hombro derecho ☐ Si, en ambos hombros

11- Ud. ha tenido un cambio de trabajo o actividad por problemas de hombros ?

No ☐ Si ☐

12- Ud. ha tenido problemas en los hombros durante los últimos 12 meses ?

☐ No ☐ Si, en mi hombro izquierdo
☐ Si, en mi hombro derecho ☐ Si, en ambos hombros

13- Cuál es la duración total del tiempo en que Ud. ha tenido problemas en los últimos 12 meses

☐ 0 Días ☐ 1 - 7 Días ☐ 8 - 30 Días ☐ Mas de 30 Días

14- El problema en sus hombros le han causado una disminución de su actividad durante los últimos 12 meses ?

a. Actividad de trabajo (en el trabajo o la casa)

No ☐ Si ☐

b. Actividades recreativas

No ☐ Si ☐

15- Cuál es la duración total de tiempo que el problema en sus hombros le han impedido hacer sus rutinas de trabajo (en el trabajo o en casa) durante los últimos 12 meses ?

☐ 0 Días ☐ 1 - 7 Días ☐ 8 - 30 Días ☐ Mas de 30 Días

16-Ha sido visto por un médico, fisioterapeuta, quiropráctico u otra persona del área debido a problemas en los hombros durante los últimos 12 meses ?

No ☐ Si ☐

17- Ha tenido problemas de los hombros en algún momento durante los últimos 7 días ?

☐ No ☐ Si, en mi hombro izquierdo
☐ Si, en mi hombro derecho ☐ Si, en ambos hombros

5. PROBLEMAS CON EL CUELLO

¿Cómo responder el cuestionario?

Problemas de cuello significa molestias, dolor o disconfort en el área indicada. Por favor concéntrese en ésta área, ignorando cualquier problema que usted pueda haber tenido en partes adyacentes a ésta. Por favor responda poniendo una x en el respectivo recuadro para cada pregunta.



1- Ud. ha tenido problemas en el cuello (molestias, dolor o disconfort) ?

No ☒ Si ☐

Si Ud. respondió NO a la pregunta 1, no responda a las preguntas de la 2 a la 8.

2- Ud. ha sido lesionado en su cuello en un accidente ?

No ☐ Si ☐

3- Ud. ha tenido cambios de trabajo o actividad por problemas en el cuello ?

No ☐ Si ☐

4- Cuál es la duración total del tiempo en que ha tenido problemas en el cuello durante los últimos 12 meses ?

☐ 0 Días ☐ 1 - 7 Días ☐ 8 - 30 Días ☐ Mas de 30 Días ☐ Todos los Días

Si Ud. respondió 0 Días a la pregunta 4, no responda a las preguntas de la 5 a la 8.

5- Los problemas de su cuello han causado a Ud. reducción de actividad física durante los últimos 12 meses ?

a. Actividad de trabajo (en el trabajo o la casa)

No ☐ Si ☐

b. Actividades recreativas

No ☐ Si ☐

6- Cuál es la duración total de tiempo que los problemas de su cuello la han impedido hacer sus rutinas de trabajo (en el trabajo o en casa) durante los últimos 12 meses ?

☐ 0 Días ☐ 1 - 7 Días ☐ 8 - 30 Días ☐ Mas de 30 Días

7-Ha sido visto por un médico, fisioterapeuta, quiropráctico u otra persona del área debido a problemas en su cuello durante los últimos 12 meses ?

No ☐ Si ☐

8- Ha tenido problemas en su cuello en algún momento durante los últimos 7 días ?

No ☐ Si ☐

ARTEMIO A. GARCIA CABRERA
MÉDICO CIRUJANO OCUPACIONAL
AUDITOR

C.M.P. 858196 - R.A. A884-20

Firma y sello del Médico

Firma Postulante

Gracias por su colaboración

I. FILIACION (a partir del registro médico)

Nº Ficha : **101055**

Apellidos y Nombres	CUETO ANUARBE CRISTIAN			Fecha	17/02/2025		
DNI	1521426	Edad	33 AÑOS	Sexo	M ☒	F ☐	
Área de Trabajo	COSTOS						
Empresa	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A	Contrata	N/A				

II. Síntomas : Si ☐ No ☒ Cuales : NINGUNO

III. Tiempo de Experiencia: 9 AÑOS

IV. Uso de Faja Lumbar: Si ☐ No ☒

V. Adecuada Técnica de Levantamiento de Carga :

Si ☐ No ☒

VI. Capacitación en Levantamiento de Carga :

Si ☐ No ☒

VII. Examen Físico

1. Cabeza y Cuello

Movimiento :

Grado:

Extension: CONSERVADO

N ☒

R ☐

M ☐

Flexión: CONSERVADO

N ☒

R ☐

M ☐

2. Miembros Superiores

a) Hombro

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Flexión

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Extensión

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Abducción

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Aducción

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Rotación Interna

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Rotación Externa

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

b) Brazo

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Flexión

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Extensión

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

c) Antebrazo

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Pronación

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Supinación

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

d) Muñeca

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Flexión

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Extensión

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Desviación Cubital

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Desviación Radial

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

SI ☐

S. de Phallen

NO ☒

SI ☐

S. Tinel

NO ☒

3. Tórax

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Flexión

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Extensión

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Rotación

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

4. Miembros Inferiores

a) Caderas

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Flexión

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Extensión

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Abducción

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Aducción

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Rotación Interna

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Rotación Externa

Grado : N ☒ R ☐ M ☐

EVALUACIÓN MUSCULO ESQUELETICA

Sede : Trujillo-Pierola

b) Pierna

Grado : N ☒ R ☐ M ☐
Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Flexión

Grado : N ☒ R ☐ M ☐
Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Extensión

c) Rodilla

Grado : N ☒ R ☐ M ☐
Grado : N ☒ R ☐ M ☐
Grado : N ☒ R ☐ M ☐
Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Flexión

Extensión

Rotación Interna

Rotación Externa

Grado : N ☒ R ☐ M ☐
Grado : N ☒ R ☐ M ☐
Grado : N ☒ R ☐ M ☐
Grado : N ☒ R ☐ M ☐

d) Tobillo

Grado : N ☒ R ☐ M ☐
Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Flexión

Extensión

Grado : N ☒ R ☐ M ☐
Grado : N ☒ R ☐ M ☐

Fuerza Muscular (Grado)

1

2

3

4

5

X

5. Columna Vertebral

5.1. Desviación de eje:

5.2. Desviación de Columna :

Normal Derecha Concavidad Izquierda
Cervical : ☒ ☐ ☐
Dorsal : ☒ ☐ ☐
Lumbar : ☒ ☐ ☐

SI NO
Cifosis : ☐ ☒
Escoliosis : ☐ ☒
Lordosis : ☐ ☒
Mixta : ☐ ☒

5.3. Palpación

DOLOR

5.4. Exploración :

SI NO
Cervical : ☐ ☒
Dorsal : ☐ ☒
Lumbar : ☐ ☒

Signo de Lasague SI NO
Derecho : ☐ ☒
Izquierdo : ☐ ☒

VIII. Diagnóstico : Z00

IX. Recomendaciones y plan de acción :

EVALUACION ANUAL

IX. Tratamiento :

SI ☐ NO ☒

XI. Conclusiones: Asintomatico :

SI ☒ NO ☐



FIRMA DEL POSTULANTE

ARTEMIO A. GARCIA CABRERA
MEDICO CIRUJANO OCUPACIONAL
AUDITOR
C.M.P. 988185 - R.A. A004-20

MEDICO MEDICINA OCUPACIONAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE MUESTRA DE SANGRE

Yo..... **CRISTIAN CUETO ANUARBE**, de **33** años de edad, identificado con DNI n° **1521426**; habiendo recibido consejería e información acerca de los exámenes en sangre que se me va a realizar según solicitud del protocolo médico de la empresa **OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A** ; y en pleno uso de mis facultades mentales **AUTORIZO** se me tome la muestra de sangre para cumplir con los exámenes pertinentes.

17 de Febrero de 2025



Huella

Firma del Paciente




Claudia Cristina Chavez Alcantara
BIÓLOGA
C.B.P. 15230

Firma y sello del Consejero

101055-TP

Trujillo-Pierola

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha : 17 febrero 2025

Trabajador : CUETO ANUARBE CRISTIAN

N° Ficha : 101055

Empresa Contratista :

N/A

Empresa :

OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A

HEMATOLOGÍA

Grupo Sanguíneo : A	Leucocitos : 7 650 mm ³
Factor Rh : POSITIVO	Neutrofilos : 60 %
Hematocrito : 49 %	Abastionados : 00 %
Hemoglobina : 15.8 g/dl	Segmentados : 60 %
Hematíes : 5 390 000	Eosinofilos : 00 %
V.S.G : N/A	Basofilos : 00 %
Plaquetas : 209 000 mm ³	Linfocitos : 39 %
	Monocitos : 01 %

BIOQUÍMICA

Glucosa : 93.00 mg/dl	Valores Normales 70 - 110 mg/dl
Creatinina : 0.89 mg/dl	Valores Normales 0.8 - 1.4 mg/dl

SERO - INMUNOLÓGICO

RPR : N/A

VIH : N/A

EXAMEN DE ORINA

Examen Físico :

Color : AMARILLO CLARO	Aspecto : TRANSPARENTE
Densidad : 1.025	PH : 6.5

Examen Químico :

Nitritos : NEGATIVO	Urobilinogeno : NEGATIVO
Proteínas : NEGATIVO	Bilirrubina : NEGATIVO
Cetonas : NEGATIVO	Glucosa : NEGATIVO
Leucocitos : NEGATIVO	Sangre : NEGATIVO
Ac. Ascórbico : NEGATIVO	



Cristian
Cristian Chaves Alcantara
BIÓLOGA
C.B.P. 15230

Sedimento Unitario :

Cel. Epiteliales : ESCASAS	Cilindros : NO SE OBSERVAN
Leucocitos : 0 - 1 X CAMPO	Bacterias : NO SE OBSERVAN
Hematíes : 0 - 0 X CAMPO	GRAM S/C : NO SE OBSERVAN
Cristales : NO SE OBSERVAN	Otros : =

Drogas :

Cocaína : NEGATIVO

Marihuana : NEGATIVO

Observaciones :

ART EMIOA S.R.L.
UES OCURRANO OCUPACIONA
AUDITOR
G.M.P. 08 198 - R.A. A004-20

LABORATORIO CLÍNICO

101055

Trujillo-Pierola

ANÁLISIS BIOQUÍMICOS

PACIENTE	:	<u>CRISTIAN CUETO ANUARBE</u>
FECHA	:	<u>lunes 17 febrero 2025</u>
CREATININA	:	0.89 (V.N. 0.8 - 1.4 mg/dl)
COLESTEROL TOTAL	:	178.00 (V.N. < 200 mg/dl)
L.DL. COLESTEROL	:	106.90 (V.N. < 129 mg/dl)
H.D.L. COLESTEROL	:	44.50 (V.N. 40 - 60 mg/dl)
V.L.D.L. COLESTEROL	:	26.60 (V.N. < 30 mg/dl)
TRIGLICÉRIDOS	:	133.00 (V.N. < 150 mg/dl)


Claudia
Claudia Cristina Chavez Alcántara
BIÓLOGA
C.B.P. 15230

V° B°

ARTEMIO A. GARCIA CABRERA
MÉDICO CIRUJANO OCUPACIONAL
AUDITOR
C.M.P. 852198 - R.A. A004-20

Nro Orden : **101055**

Trujillo-Pirola

Apellidos y Nombres : CRISTIAN CUETO ANUARBE

Edad : 33 AÑOS

DNI: 1521426

Fecha : 17 febrero 2025

BIOQUÍMICA

MUESTRA: SUERO

PERFIL HEPÁTICO

PRUEBA	RESULTADO	RANGO REFERENCIAL	
TGO	27.50	Hasta 31 U/L	
TGP	39.31	Hombres	Hasta 40 U/L
		Mujeres	Hasta 35 U/L
GGT	45.20	Hombres	10 - 50 U/L
		Mujeres	8 - 35 U/L
FOSFATASA ALCALINA	230.21	Hasta 300 U/L	
BILIRRUBINA TOTAL	0.55	0.2 - 1.20 mg/dL	
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.32	0.1 - 1 mg/dL	
BILIRRUBINA DIRECTA	0.23	Hasta 0.25 mg/dL	
PROTEÍNAS TOTALES	7.15	6.6 - 8.3 g/dL	
ALBÚMINA	4.09	3.5 - 5.5 g/dL	
GLOBULINA SÉRICA	3.06	2.3 - 3.5 g/dL	



Cristian Cueto Anuarbe
Cristian Cueto Anuarbe
BIÓLOGA
C.B.P. 1530

Artemio A. G. Cabrerá
ARTEMIO A. G. CABRERA
MÉDICO CIRJANO DE OPACIONAL
ADJ. OR
R.M.P. 000190 - R.A. 4904-20

Nro Orden : **101055**

Apellidos y Nombres : CRISTIAN CUETO ANUARBE

Edad : 33 AÑOS

DNI: 1521426

Fecha : 17 febrero 2025

BIOQUÍMICA

MUESTRA : SUERO

PRUEBA	RESULTADO	VALORES NORMALES
ÁCIDO ÚRICO SÉRICO	4.67	Mujeres : 2.5 - 6.8 mg/dl Hombres : 3.6 - 7.7 mg/dl

Trujillo, lunes 17 febrero 2025



Cristian
Cristian Cueto Anuarbe
BIÓLOGA
C.B.P. 15230

Artemio A. Cabrera
ARTEMIO A. CABRERA
MÉDICO CUJANO OCUPACIONAL
AUDITOR
C.M.P. 052198 - R.A. A004-20

Nro Orden : **101055**
Trujillo-Pierola

Apellidos y Nombres : CRISTIAN CUETO ANUARBE

Edad : 33 AÑOS

DNI: 1521426

Fecha : 17 febrero 2025

TOXICOLÓGICO

MUESTRA : ORINA

MÉTODO : INMUNOCROMATOGRÁFICO

PRUEBA CUALITATIVO	RESULTADOS	UNIDADES
PANEL DROGAS 5D		
Cocaína	NEGATIVO	S/U
Marihuana	NEGATIVO	S/U
Anfetamina en Orina	NEGATIVO	S/U
Methanfetamina	NEGATIVO	S/U
Benzodiacepina	NEGATIVO	S/U



Claudia Cruzado Chavez Alcántara
Claudia Cruzado Chavez Alcántara
BIÓLOGA
C.B.P. 15230

Artemio A. Garcia Cabrera
ARTEMIO A. GARCIA CABRERA
MÉDICO CIRUJANO OCUPACIONAL
AUDITOR
C.M.P. 987198 - R.A. A004-20

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA DE DROGAS PANEL 5D
(COCAINA, MARIHUANA, ANFETAMINA, METHANFETAMINA Y BENZODIACEPINA)

Yo..... **CRISTIAN CUETO ANUARBE** de **33** años de edad,
identificado con DNI n° **1521426**; habiendo recibido consejería e información acerca de
la prueba para el panel de 5 drogas en orina; y en pleno uso de mis facultades mentales AUTORIZO
se me tome la muestra para el dosaje de dichas sustancias, así mismo me comprometo a regresar
para recibir la consejería Post - Test y mis resultados.

Además, declaro que la información que brindaré a continuación es verdadera:

CONSUME MARIHUANA	:	NO (☒)	SI (☐)
CONSUMO DE COCAINA	:	NO (☒)	SI (☐)
CONSUMIO HOJA DE COCA EN LOS 14 DIAS PREVIOS	:	NO (☒)	SI (☐)
CONSUMO DE ANFETAMINAS	:	NO (☒)	SI (☐)
CONSUMO DE METHANFETAMINAS	:	NO (☒)	SI (☐)
CONSUMO DE BENZODIACEPINAS	:	NO (☒)	SI (☐)

17 de Febrero del 2025



Huella

Firma del Paciente


ARTEMIO A. GARCIA CABRERA
MEDICO CIRUJANO OCUPACIONAL
AUDITOR
G.M.P. 152198 - R.A. A804-20

Firma y sello del Consejero

PLACA N°	101055	HCL	101055	Lector	RAMOS BRAVO HECTOR				
NOMBRE	CUETO ANUARBE CRISTIAN				Edad	33 AÑOS			
Fecha de Lectura	17	2	2025	Fecha de Radiografía		17	2	2025	
	Día	Mes	Año			Día	Mes	Año	

I. CALIDAD RADIOGRAFICA	1 Buena	X	Causas	1 sobre exposición		5 Escapulas	
	2 Aceptable			2 Subexposición		6 Artefactos	
	3 Baja Calidad			3 Posición Centrado	X	7 Otros	
	4 Inaceptable			4 Inspiración Insuficiente			

Comentario sobre defectos técnicos

II. ANORMALIDADES PARENQUIMATOSAS (si NO hay anomalías 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 requiere 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	Primaria		Secundaria			O		
Superior		1/0	1/1.	1/2.	p	q	p	s		A		
Medio		2/1.	2/2.	2/3.	q	t	q	t		B		
Inferior		3/2.	3/3.	3/+	r	u	r	u		C		

III. ANORMALIDADES PLEURALES (si NO hay anomalías pase a símbolos*)

SI ☐ NO ☐ X ☒

3.1. Placas Pleurales (0 = Ninguna, D = Hemitórax derecho; I = Hemitórax izquierdo)

Sitio (Marque las casillas adecuadas)	Calcificación (marque)	Extensión (pared Torácica; combinada para placas de perfil y de frente)						Ancho (opcional) (Ancho mínimo exigido: 3 mm)					
		1	< 1/4 de la pared lateral de tórax					a	De 3 a 5 mm				
		2	Entre 1/4 y 1/2 de la pared lateral de tórax					b	De 5 a 10 mm				
		3	> 1/2 de la pared lateral de tórax					c	Mayor a 10 mm				

Pared torácica de perfil	0	D	I	0	D	I	0	D	0	I	D	I
							1	2	3	1	2	3
De Frente	0	D	I	0	D	I					a	b
Diafragma	0	D	I	0	D	I					c	a
Otro (s) Sitio (s)	0	D	I	0	D	I					b	c

Obliteración del Ángulo Costofrénico 0 ☐ D ☐ I ☐

3.2. Engrosamiento Difuso de la Pleura (0 = Ninguna, D = Hemitórax derecho; I = Hemitórax izquierdo)

Pared Torácica	Calcificación						Extensión						Ancho					
De perfil	0	D	I	0	D	I	0	D	0	I	D	I						
							1	2	3	1	2	3						
De frente	0	D	I	0	D	I					a	b						
											c	a						
											b	c						

IV. SIMBOLOS *

SI ☐ NO ☐ X ☒

(Rodee con un círculo la respuesta adecuada; si rodea od, escriba a continuación un COMENTARIO)

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

COMENTARIOS: TORAX RADIOGRAFICAMENTE NORMAL

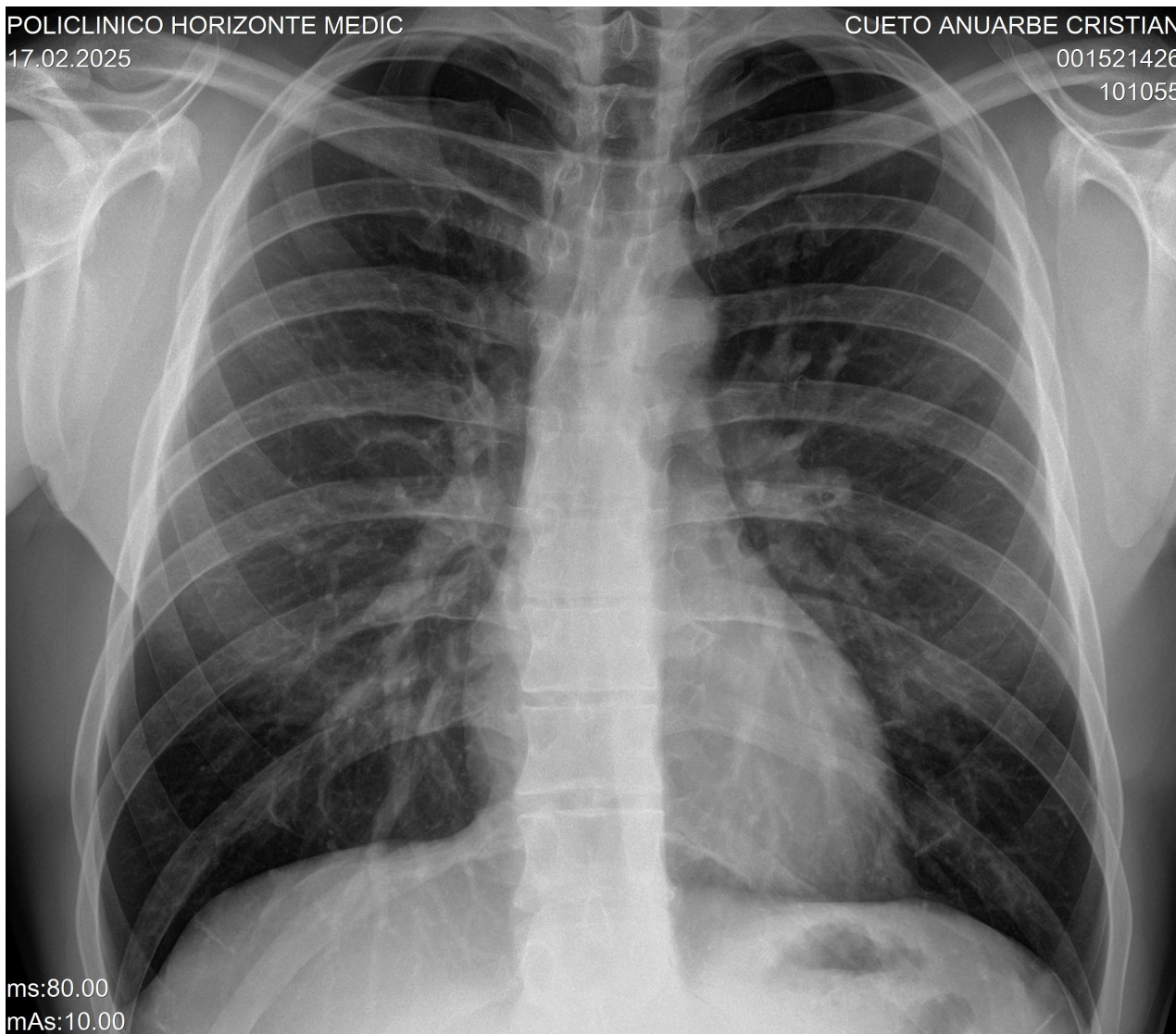
Firma y Sello de Médico


Dr. Héctor Ramos Bravo
Médico Radiólogo
C.M.P 65162 R.N.E 40339

POLICLINICO HORIZONTE MEDIC
17.02.2025

CUETO ANUARBE CRISTIAN
001521426
101055

ms:80.00
mAs:10.00



NOMBRE: CUETO ANUARBE CRISTIAN

EDAD: 33 AÑOS

HCL: 101055

FECHA: 17-02-2025.

RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBAR.

INFORME:

El estudio radiográfico representado en incidencia frontal y lateral muestra:

- Eje frontal lumbar adecuadamente alineado. No se observan signos de rotación vertebral.
- Eje lateral muestra adecuada lordosis lumbar , desplazamiento vertebral anterior de S1 en relación a L5.
- Cuerpos vertebrales de morfología conservada.
- Disminucion de la altura del espacio articular L5-S1. Resto de articulaciones intervertebrales de morfología conservada.
- Articulaciones interapofisarias de morfología conservada.
- Partes blandas dentro de parámetros normales.

CONCLUSIÓN:

-RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBAR MUESTRA PINZAMIENTO L5-S1.

-ANTEROLISTESIS DE S1 EN RELACION A L5.



.....
Dr. Héctor Ramos Bravo
Médico Radiólogo
C.M.P 65162 R.N.E 40339

POLICLINICO HORIZONTE MEDIC
17.02.2025

CUETO ANUARBE CRISTIAN
001521426
101055



ms:160.00
mAs:64.00

POLICLINICO HORIZONTE MEDIC
17.02.2025

CUETO ANUARBE CRISTIAN
001521426
101055



ms:100.00
mAs:32.00

N° Ficha : **84428**

FICHA DE INTERCONSULTA

ESPECIALIDAD: TRAUMATOLOGÍA			
DATOS PERSONALES			
Apellidos y Nombres:		CUETO ANUARBE CRISTIAN	
DNI / CE / NIE:	Fecha Nacimiento(dd/mm/aa)	Edad :	Sexo :
1521428	20/09/1991	32 AÑOS	MASCULINO
Dirección : AV. 28 DE JULIO N°150, PISO 7			Fecha : 13/02/2024
Empresa Contratista :		Empresa :	Puesto de Trabajo :
N/A		OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A	

Signos Vitales:

PA: 120/71 mmHg	FC: 66 x min	FR: 20 x min	T°: 36.3	Sat. O2: 97 %
PESO: 80.6 kg.	TALLA: 1.81 m.	IMC: 24.6 kg/m2		

Agudeza Visual: Sin correctores		Con correctores		V. Binocular:	Enfermedades oculares
Cerca	OD: 20/20 OI: 20/20	OD: 00 OI: 00	Test de Ishihara:	NORMAL	NINGUNA
Lejos	OD: 20/20 OI: 20/20	OD: 00 OI: 00	Ref. Pupilares:	CONSERVADO	

Motivo de Interconsulta :

- RX LUMBAR AP/L: MUESTRA PINZAMIENTO L5 S1 Y ARTEROLISTESIS DE S1 EN RELACION A L5

SS EVALUACION POR ESPECIALIDAD PARA DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, RECOMENDACIONES, CONTROLES POSTERIORES Y APTITUD PARA LABORAR EN EL PUESTO DE TRABAJO

SS. BRINDAR APTITUD PARA TRABAJO

MÉDICO :

EVALUACIÓN DE ESPECIALISTA (TRAUMATOLOGÍA)

Fecha atención: 15-02-24

Hallazgos relevantes:

Columna Lumbosacra: Funcional. No dolor.

Diagnostico:

Articulosis M43.1

Tratamiento y recomendaciones vinculadas a la actividad laboral:

- No cargar más de 10 Kg.
- Mantener una musculatura en columna Lumbo-Sacra.

Firma y huella del autor

Firma de Médico Especialista

Dr. Ricardo Emilio M. Monzón
Especialista en Traumatología
C.M.P. 42

Sede : Trujillo-Pierola

INFORME DE ELECTROCARDIOGRAMA

N° Ficha : **101055**

Fecha informe : 17 febrero 2025

Empresa : OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A			
Apellidos y Nombres : CRISTIAN CUETO ANUARBE			DNI : 1521426
Procedencia : ESPAÑA		Edad : 33 AÑOS	Sexo : Masculino
Antecedentes Cardiológicos :			
Presión Arterial : 120/60 mmHg			

Ritmo	:	SINUSAL
Frecuencia	:	62 x min
Eje	:	+45°
Onda P	:	100 ms
Segmento PR	:	120ms
Onda QRS	:	80ms
Segmento ST	:	ISOELETRICO
Onda T	:	NORMAL
Segmento QT	:	400ms
Observaciones	:	
CONCLUSION	:	DENTRO DE PARAMETROS NORMALES

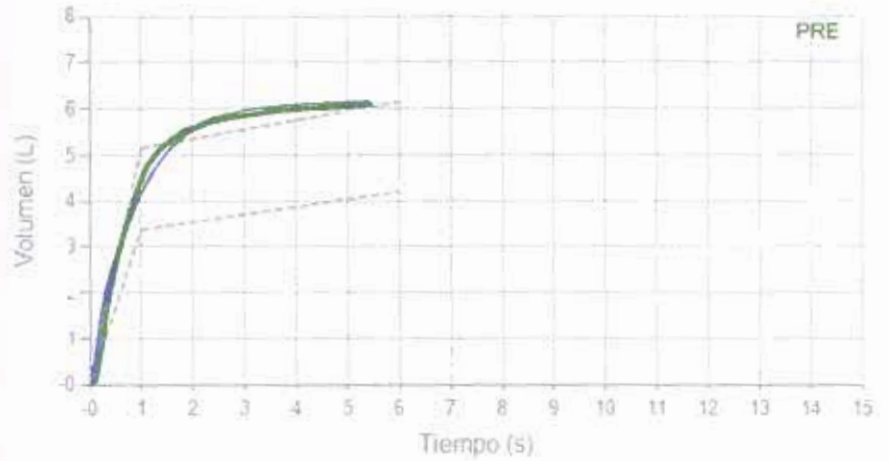
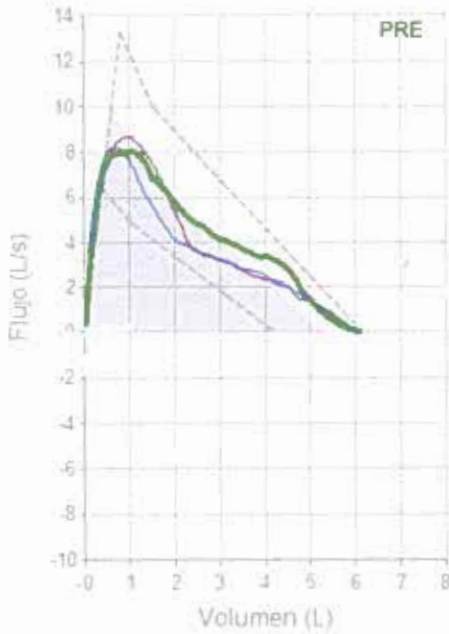
RECOMENDACIONES: - EVALUACION ANUAL.



Dr. RYAN A. CUÑA REYES
CMP. 859 74 RNE. 44885
CARDIOLOGIA

Firma y Sello del Evaluador

ID del paciente 001521426
Apellido CUETO ANUARBE Sexo M
Nombre CRISTIAN Altura 181 cm
Fecha de nacimiento 20/09/1991 (33) Peso 84 kg
Grupo étnico Otros BMI 25.64
Fumar No fumador Paquete 00
Worklist



Grado de control de calidad PRE: FVC B, FEV1A

Ensayos aceptables: 3

Interpretación

Espirometría normal

Fecha de ensayo 17/02/2025 08:56

Parámetros		LLN	Pred	PRE	%Pred	Z-Score	PRE#1	PRE#2	PRE#3
FVC	L	4.20	5.17	6.16	119.05	1.65	6.07	6.16	6.01
FEV1	L	3.38	4.27	4.75	111.35	0.93	4.75	4.19	4.26
FEV1/FVC	%	72.94	82.73	77.11	93.21	-0.98	78.30	70.00	74.90
FEV6	L	4.20	5.17	6.07	117.31	1.50	6.07	6.16	6.01
FEV1/FEV6	%	72.94	82.73	78.30	94.65	-0.78	78.30	70.00	74.90
PEF	L/s	6.45	9.87	8.77	88.89	-0.53	8.11	8.27	8.77
FEF2575	L/s	2.61	4.31	4.17	96.85	-0.12	4.17	3.10	3.19
FET	s	-	6.00	5.44	90.67	-	5.44	5.41	5.01
ELA	Years	-	33	33	100.00	-	33	37	34
FEV1/VC	%	-	-	-	-	-	-	-	-

BTPS 1.073 - Temperatura: 29 °C (84 °F) - Predicho: GLI - Posición: No especificado

Conclusión / Informe médico

ARTEMIO A. GARCÍA CABRERA
MÉDICO CIRUJANO OCUPACIONAL
ALUMNO
C.M.P. 000197 - R.A. A004-20

Rojas Abanto León
(C. EN ENFERMERÍA)
CEP 115374

Doctor Signature

MID

Instrumento usado

Spirobank II s/n Y20384

Last calibration check: 17/02/2025 07:15



POLICLINICO

HORIZONTE MEDIC
CUIDAMOS SU SALUD

- Sede Huancayo: Av. Huancavelica N°2225 - Distrito El Tambo Telf. 064-659554
- Sede Huamachuco: Jr. Leoncio Prado N°786 Cel. 990094744-969603777 Telf. 044-348070
- Sede Trujillo: Av. Nicolas de Piérola N°1106 Urb. San Fernando Cel. 964385075
Cl. Guillermo Prescott N°127 Urb. Sto. Dominguito Telf. 044-767608
Web : www.horizontemedic.com

F

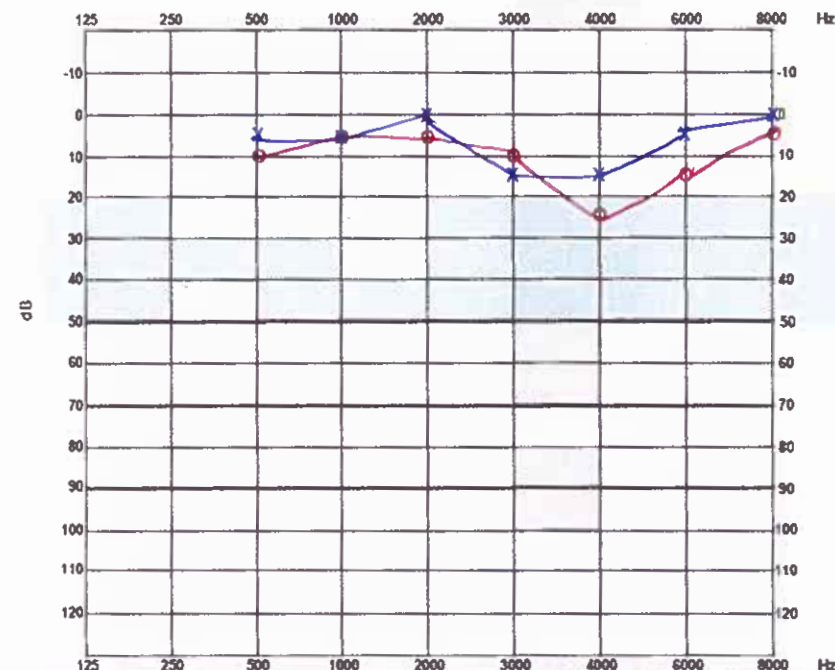
101055

Trujillo-Pierola

FICHA AUDIOLOGICA

Historia Clínica				Ficha Audiológica	101055			Marca BELL INVENTIS
Fecha del Examen	17/02/2025 dd / mm / aa	EXAMEN		Pre - Ocupacional ()	Periódica ()	Audiómetro	Modelo BELL PLUS	
				Retiro()	Anual (X)		Calibración 01/03/2024	
Apellidos y Nombres		CUETO ANUARBE CRISTIAN						
Edad	33 AÑOS	Sexo	M	Ocupación	JEFE DE COSTOS		Años de Trabajo	3
Empresa Contratista	N/A			Empresa	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A		Tiempo de exposición	2 H/D
Uso de Protectores Auditivos	Tapones () Orejeras ()		Apreciación del Ruido		Ruido muy Intenso () Ruido moderado () Ruido no molesto (X)			
ANTECEDENTES relacionados			SI	NO				
Consumo de Tabaco				X	Disminución de la audición			
Servicio Militar				X	Dolor de oídos			
Hobbies con exposición a ruido			X		Zumbido			
Exposición laboral a químicos				X	Mareos			
Infección al Oído				X	Infección al oído			
Uso de Ototoxicos				X	Otros			

OTOSCOPIA:



DIAPASONES		
OD	RINNE Y WEBER	OI
	250 Hz.	
	500 Hz.	
	1000 Hz.	

LOGO AUDIOMETRIA		
	DERECHA	IZQUIERDA
Umbral de discriminación		
% de discriminación		
Umbral de Confort MCL		
Umbral de discomfort UCL		

Conclusiones:	NORMAL	
Nombre del profesional que realiza la audiometría	JEMIMA ESTHER GOMEZ PUPUCHE	
Nombre del Medico	DRA. VARESSA SILVA GAMARRA MEDICO OTORRINOLARINGOLOGO C.M.P. 73667 R.N.E. 43047	

JEMIMA ESTHER GOMEZ PUPUCHE
LIC. EN ENFERMERIA
CEP 108198

Sello y Firma

ARTEMIO A. GARCIA CABREJA
MEDICO CIRUJANO OCUPACIONAL
AUDITOR
C.M.P. 052198 R.N.E. 4004-20

FICHA ODONTOGRAFICA DE IDENTIFICACIÓN DE PERSONAL

F

- Sede Huancayo: Av. Huancavelica N°2225 - Distrito El Tambo Telf. 064-659554
- Sede Huamachuco: Jr. Leoncio Prado N°786 Cel. 990094744-969603777 Telf. 044-348070
- Sede Trujillo: Av. Nicolas de Piérola N°1106 Urb. San Fernando Cel. 964385075
Cl. Guillermo Prescott N°127 Urb. Sto. Domingo Telf. 044-767608
Web : www.horizontemedic.com

N° Ficha : **101055**

Sede : Trujillo-Pierola

Sexo : MASCULINO

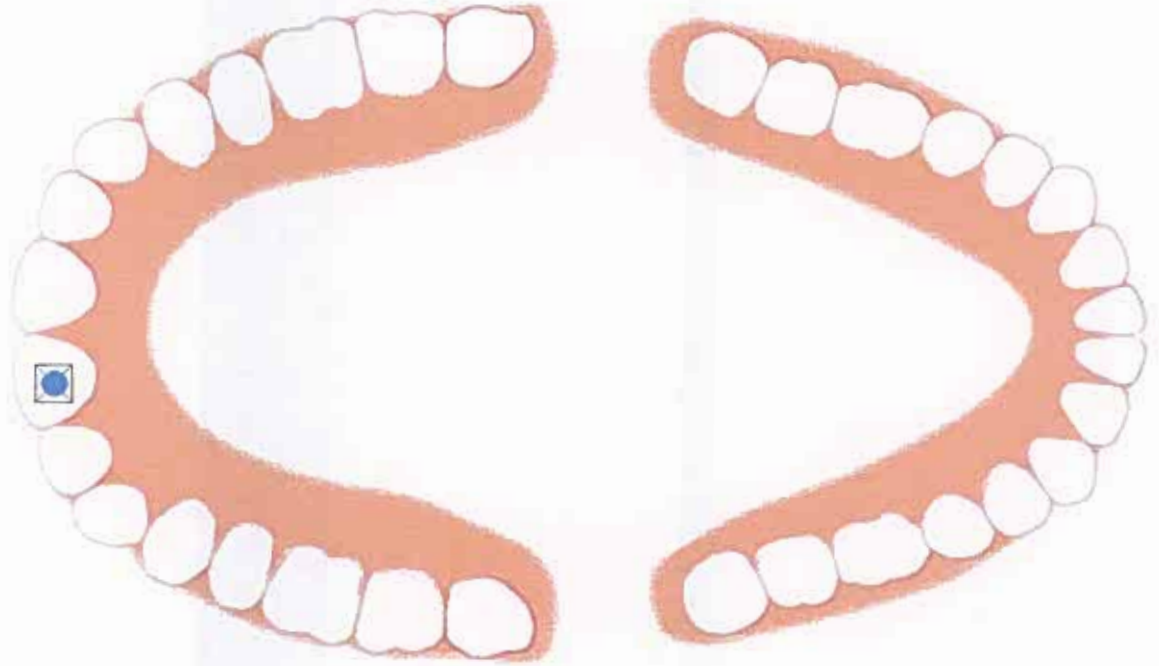
Edad : 33 años

Fecha : lunes 17 febrero 2025

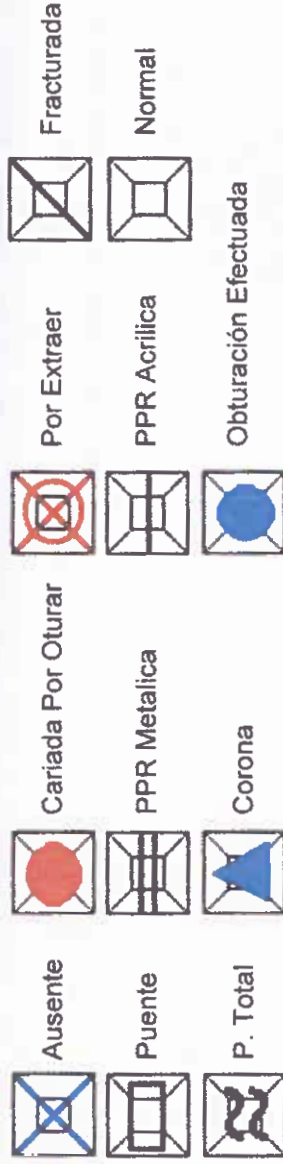
Nombres : CRISTIAN CUETO ANUARBE

Empresa: OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A

Contratista : N/A



LEYENDA



Piezas en mal estado: 0	Ausentes : 0	Por Extraer : 0	Obtuciones Efectuadas : 1
P.P.R. Metalicas : 0	Puentes : 0	P. Totales : 0	Cariadas por Oturar : 0
P.P.R. Acrilicas : 0	Coronas : 0	Normales : 31	Fracturadas : 0

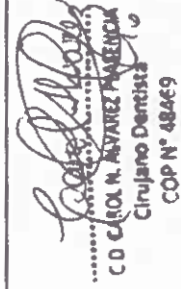
Observaciones :

NINGUNA.

Lugar y Fecha : Trujillo - lunes 17 febrero 2025






C O C A S O L M. ANUARBE HUARTE
Cirujano Dentista
COP N° 48469

V° B°

Sede : Trujillo-Piérola

Cod. Entrevista : 39326

N° de Ficha : **101055**

INFORME PSICOLÓGICO

I.- DATOS DE FILIACIÓN

Nombre completo	CRISTIAN CUETO ANUARBE	Fecha de Nacimiento	20 de septiembre
Edad	33 AÑOS	Lugar de Nacimiento	ESPAÑA
Dirección	AV. 28 DE JULIO N°150, PISO 7	Estado Civil	SOLTERO
Grado de Instrucción	UNIVERSITARIO	Ocupación	INGENIERO DE CAMINOS, CANALES Y PUERTOS
Cargo a Desempeñar	JEFE DE COSTOS		
Empresa	OBRA SÓN HUARTE LAIN S.A	Fecha de Entrevista	lunes 17 febrero 2025

II.- RESULTADOS

a.- Área Intelectual (Test de Inteligencia de Barranquilla/test de Otis Intermedia)

- EL EVALUADO POSEE UN NIVEL INTELECTUAL SUPERIOR.
- COMPRENDE Y PROCESA LA INFORMACION CON FACILIDAD.
- POSEE UN NIVEL SUPERIOR EN COMPRENSION VERBAL Y EN CAPACIDAD DE CÁLCULO.
- ADECUADA RETENCION DE DIGITOS.

b.- Área de Personalidad (Test de la figura humana de machover / Inventario Multifásico de personalidad)

EL EVALUADO PRESENTA AMPLIOS MECANISMOS DE DEFENSAS PARA AFRONTAR LAS DEMANDAS GENERADAS POR SU ENTORNO, REFLEJA CIERTAS CARACTERÍSTICAS DE ANSIEDAD Y PREOCUPACIÓN EN RELACIÓN A SU PRESENTE, PUEDE SER EVIDENCIADO POR EL MEDIO EN EL CUAL SE DESENVUELVE, POSEE UN REGULAR CONTROL DE SUS IMPULSOS, MUESTRA REGULAR PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO E INSEGURIDAD OCASIONAL, CUENTA CON RECURSOS PERSONALES PARA ACTUAR DE MANERA OBJETIVA A SITUACIONES ADVERSAS, SE MUESTRA SENSIBLE A LAS CRÍTICAS DEL ENTORNO SOCIAL, INTERACTÚA DE FORMA ADECUADA CON SUS PARES CREANDO VÍNCULOS INTERPERSONALES BASADOS EN LA COMUNICACIÓN. ASIMISMO, NO PRESENTA FOBIAS ADICIONALES, EVIDENCIADO ASÍ, LA CAPACIDAD PARA ADAPTARSE A DIFERENTES SITUACIONES DE SU CONTEXTO LABORAL. FINALMENTE, MANIFIESTA QUE SUS PRINCIPALES FORTALEZAS SON SER HONESTO, SU RESPALDO Y SU DEDICACIÓN. ADEMÁS, MENCIONA QUE DESEA MEJORAR SU GESTIÓN DE EMOCIONES Y SEGUIR FORTALECIENDO SU CRECIMIENTO PROFESIONAL.

c.- Área de Organicidad (Test de Bender para adultos / test de Benton Forma C)

- ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO, Y PERSONA.
- POSEE UN ALTO MANEJO DE FACULTADES MENTALES.
- NO SE EVIDENCIA DAÑO ORGÁNICO.

d.- Área de Psicomotricidad (Prueba de Laberintos de Weschler)

- NIVEL ALTO EN DESARROLLO PSICOMOTOR.
- REALIZA LAS INSTRUCCIONES BRINDADAS CON FACILIDAD.

e.- Recomendaciones

UTILIZAR CORRECTAMENTE LOS EQUIPOS DE SEGURIDAD PERSONAL
ORIENTACION Y CONSEJERIA PSICOLOGICA
ASISTIR A TALLERES DE RELAJACION
EVALUACION PSICOLOGICA ANUAL/PERIODICA


Ana María Rodríguez Salvatierra
PSICOLOGA EN SALUD OCUPACIONAL
C. P.S. P. 35937

III.- APTO PARA EL CARGO

SI



NO



INFORME PSICOLÓGICO - SOMNOLENCIA Y FATIGA

N° de Ficha: 101055

I.- DATOS DE AFILACIÓN

Nombre completo	CRISTIAN CUETO ANUARBE
Empresa	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A
Cargo	JEFE DE COSTOS
Edad	33 AÑOS
Grado de Instrucción	UNIVERSITARIO
Fecha de Entrevista	lunes 17 febrero 2025

II.- RESULTADOS

INTELIGENCIA		RESULTADO
1	Escala Sintomática de Estrés	--
2	Somnolencia	BAJA PROBABILIDAD
3	Test de Intensidad de Fatiga	NORMAL

III.- ANÁLISIS FODA

Fortalezas / Oportunidades: --

Fortalezas / Oportunidades: --

IV.- OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL EVALUADO EVIDENCIA UN NIVEL SUPERIOR EN SUS HABILIDADES COGNITIVAS; POSEE ALTA CAPACIDAD PARA RETENER Y COMPRENDER INFORMACIÓN, ASÍ COMO REALIZAR RAZONAMIENTOS DE FORMA ACERTADA, DENOTA UN NIVEL APROPIADO EN DESARROLLO PSICOMOTOR Y REALIZA LAS INSTRUCCIONES BRINDADAS CON FACILIDAD. REFLEJANDO ESTAR ALERTA DURANTE SUS ACTIVIDADES DIARIAS, DESCARTÁNDOSE SOMNOLENCIA.

Recomendaciones

ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA PSICOLÓGICA.

CONCLUSIONES

APTO



Ana María Rodríguez Salvatierra
PSICOLOGA EN SALUD OCUPACIONAL
C. P.S.P. 35937



HORIZONTE MEDIC
CUIDAMOS SU SALUD

- Sede Huancayo: Av. Huancavelica N°2225 - Distrito El Tambo Telf. 064-659554
- Sede Huamachuco: Jr. Leoncio Prado N°786 Cel. 990094744-969603777 Telf. 044-348070
- Sede Trujillo: Av. Nicolas de Piérola N°1106 Urb. San Fernando Cel. 964385075
Cl. Guillermo Prescott N°127 Urb. Sto. Dominguito Telf. 044-767608
Web : www.horizontemedic.com

F

Nro Orden : **101055**

Trujillo-Pierola

INFORME PSICOLÓGICO - TRABAJO EN ALTURA

Apellidos y Nombres : CRISTIAN CUETO ANUARBE
Empresa : OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A
Contrata : N/A
Cargo : JEFE DE COSTOS
Edad : 33 AÑOS
Grado de Instrucción : UNIVERSITARIO

CRITERIOS PSICOLÓGICOS						
Aspecto Intelectual		I	NPI	NP	NPS	S
1	Razonamiento					X
2	Memoria					X
3	Atencion y Concentración					X
4	Coordinación viso-motora					X
5	Orientación Espacial					X
Aspectos Personalidad						
1	Estabilidad emocional	Inestable	Estable			
			X			
2	Nivel de ansiedad y Tendencias	Caso	No Caso			
			X			
3	Consumo de Alcohol	Caso	No Caso			
			X			
4	Fobia a la altura	Nada	Ligeramente	Moderadamente	Marcadamente	Miedo Extremo
			X			

ANÁLISIS Y RESULTADOS:

EL EVALUADO RESPONDE DE FORMA CLARA Y SENCILLA DEMOSTRANDO CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA, LOGRA ADAPTARSE A LAS EXIGENCIAS Y DEMANDAS AMBIENTALES VALORANDO SU CAPACIDAD Y DISPOSICIÓN HACIA EL TRABAJO. FRENTE A SITUACIONES DE EMERGENCIA ANTEPONE LA RAZÓN A LA EMOCIÓN. SIGUE INSTRUCCIONES SIMPLES Y COMPLEJAS Y SE UBICA CON FACILIDAD EN EL LUGAR DE TRABAJO, PRESENTA DESTREZA VISUAL Y AUDITIVA AL REALIZAR LAS TAREAS ENCOMENDADAS. POR OTRO LADO, PRESENTA LIGERA PROBABILIDAD DE MIEDO Y EVITACIÓN A LAS ALTURAS A PARTIR DE 1.8 METROS HASTA 5 METROS DE ALTURA PARA REALIZAR TRABAJOS A DESNIVEL. ASIMISMO, REFIERE QUE NO CUENTA CON EXPERIENCIA EN DICHAS ACTIVIDADES. SIN EMBARGO, PRESENTA PREDISPOSICIÓN PARA TRABAJAR CON TODOS SUS IMPLEMENTOS DE SEGURIDAD SI LO SOLICITAN, AUNQUE, MENCIONA QUE SU PUESTO NO REQUIERE TRABAJOS EN ALTURA

RECOMENDACIONES:

SUPERVISAR TAREAS BAJO PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y AUTOCUIDADO PERSONAL.
TALLERES DE RELAJACIÓN

Ana Maria Rodriguez Salvatierra
PSICOLOGA EN SALUD OCUPACIONAL
C.P.S. P. 35937

CONCLUSIONES	APTO	NO APTO
	X	

Ficha Oftalmológica

Nro Orden : **101055-H**

Sede : Trujillo-Pierola

Nombres : CRISTIAN CUETO ANUARBE
Examen: ANUAL

Edad: 33 años Fecha : lunes 17 febrero 2025
Empresa: OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A

Contrata: N/A

SIN CORREGIR

O.D

O.I

Visión de Cerca :

20/20

20/20

Visión de Lejos :

20/25

20/20

Visión de Colores : NORMAL

Visión Binocular : 20/20

Reflejos Pupilares : CONSERVADO

Enfermedades Oculares : AMETROPIA LEVE OJO DERECHO

CORREGIDA

O.D

O.I

00

00

00

00


Carmen Elizabeth Sanchez Morillo
LIC. EN ENFERMERIA
C.E.P. 117015

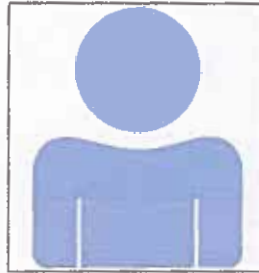

ARTEMIO A. GARCIA CABRERA
MÉDICO CIRUJANO OCUPACIONAL
AUDITOR
C.M.P. 982198 - R.A. A004-29

Vision Tester

Exámen N° 00002037



Nombre: Cristian Cueto Anuarbe
DNI: 1521426
Sexo: Masculino
Edad: 33 años. (20/09/1991)
Grupo sanguíneo: A +
Estado civil: Soltero
Estudios: Universitarios
Domicilio: Av General Salaverry 2933 San Isidro
Empresa: Obrascon Huarte Lain S.a.



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

Examen tomado el día 17/02/2025

Tipo de exámen: N/A (General - Sin datos - Conductores)

RESULTADO: APROBADO

Test de visión y audición

Apreciación de distancia	100% de aciertos	Aprobado
--------------------------	------------------	----------

Visión	100%	Aprobado
--------	------	----------

Audición	100%	Aprobado
----------	------	----------

Resultado: APROBADO

Responsable de este exámen: Administrador

ARTEMIO ALVAREZ
MÉDICO CIRUJANO OCUPACIONAL
AUDITOR
C.M.D. 972194 - R.A. A004-20

FIRMA DEL EVALUADOR



FIRMA DEL EVALUADO

Página N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE INFORMACIÓN DE APTITUD MÉDICO
OCUPACIONAL

Yo, CRISTIAN CUETO ANJARRR

de 33 años de edad, identificado(a) con DNI N°: 001521426,

postulante al cargo de JEFE DE COSTO, para la empresa

OBRASCON HUARTE LAIN S.A., declaro haber sido informado sobre la APTITUD y

RECOMENDACIONES de mi examen médico ANJAC Realizado en el

Policlínico Horizonte Medic de la ciudad de Trujillo.

Firmo la presente declaración en conformidad a lo expuesto líneas arriba.

Trujillo, 17 de 02 2025.



FIRMA

DNI: 001521426



Huella Digital



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZAR
EL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL**

Yo **CRISTIAN CUETO ANUARBE**

identificado con documento de identidad N°: **1521426**

Con ocupacion laboral de:

JEFE DE COSTOS

certifico que he sido informado/a acerca de la naturaleza y propósito del examen médico ocupacional así como pruebas complementarias determinada por la empresa:

OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A

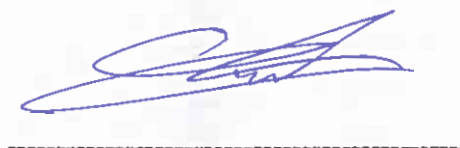
De acuerdo a los peligros y riesgos identificados en mi puesto de trabajo. En ese sentido en forma consiente y voluntaria doy mi consentimiento, para que se me realice el examen médico ocupacional de acuerdo a la Resolución ministerial N° 312-2011/MINSA . Y doy fe que la información brindada a HORIZONTE MEDIC es verídica. Así mismo, autorizo a HORIZONTE MEDIC para que brinde mi historia clínica y toda información resultante de mi examen médico ocupacional al Médico Ocupacional de mi empresa para que tenga acceso a mi Historia Clínica de acuerdo a la N.T.N° 022 MINSA/dgsp-V.02 y Ley N° 26842, Ley general de salud.

Fecha: 17 febrero 2025

Hora: 9.43 AM



Huella



Firma

