



7CT1731069445B82D074X

 SAMA TRUJILLO	GRUPO SANGUÍNEO:	A	EX. PREOCUPACIONAL:	X
	FACTOR RH:	POSITIVO	EX. PERIÓDICO:	
	ALERGIA:	NIEGA	EX. RETIRO:	

ACREDITACIÓN DIGESA N° 489-2024-GRLL-GGR/GRSS

CERTIFICA QUE EL SR./SRA./SRTA.:

APELLIDOS Y NOMBRES:	GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL				
DOC.IDENTIDAD:	DNI.72048185	EDAD:	33A 8M 28D	SEXO:	MASCULINO
PUESTO AL QUE POSTULA:	CONDUCTOR DE CAMIONETA				
EMPRESA:	SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.				

DIAGNOSTICO MEDICO OCUPACIONAL CIE -10

1.- EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL.	D	Z10.0
----------------------------------	---	-------

OTROS DIAGNOSTICOS

1.- SOBREPESO.	D	E66.3
2.- HIPERTRIGLICERIDEMIA.	D	E78.1

RECOMENDACIONES

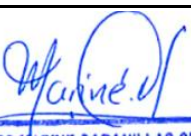
Las recomendaciones al respecto son las siguientes:

- 1.- CONSUMIR DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS, HIPOCALÓRICA E HIPOGRASA. Y REALIZAR EJERCICIOS AERÓBICOS PERIÓDICAMENTE.
- 2.- ACUDIR A LA ESPECIALIDAD POR ENDOCRINOLOGÍA PARA EVALUACIÓN . REALIZAR CONTROL DE PERFIL LIPÍDICO EN 06 MESES.
- 3.- EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PERIÓDICA SEGÚN PROTOCOLO DEL EMPLEADOR.

RESTRICCIONES

- NINGUNA

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

SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO EVALUADOR	SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO OCUPACIONAL
  LOURDES MARINE CABANILLAS CHICOMA MÉDICO EVALUADOR C.M.P. 79322 / R.N.A. A11568	  EDGAR F. GARCIA ORDINOLA MÉDICO OCUPACIONAL C.M.P. 055549 / R.N.M. M00772 / R.N.A. A04814

FECHA DEL EXAMEN: 08/11/2024

EXÁMENES REALIZADOS		
FICHA DE DETECCIÓN DE S.A.S.	ANEXO 02	EVALUACIÓN DE VÍA AÉREA SUPERIOR MALLAMPATI
CUESTIONARIO NORDICO	GEMO - VALORACIÓN MÚSCULO ESQUELÉTICA	EVALUACIÓN OSTEOMUSCULAR
TRIAJE	AUDIOMETRÍA/OTOSCOPIA	COCAINA
MARIHUANA	HEMOGRAMA COMPLETO	GRUPO Y FACTOR SANGUÍNEO
EXAMEN COMPLETO DE ORINA	GLUCOSA BASAL	COLESTEROL TOTAL
TRIGLICÉRIDOS	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX OIT	ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH
ACTITUD HACIA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	FATIGA	PSICOLOGÍA
BC TEST PARA CONDUCTORES	TEST DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH	CUESTIONARIO DE BERLIN
CAMPIMETRÍA	REACCION AL ENCANDILAMIENTO	AGUDEZA VISUAL
E. OFTALMOLÓGICO	TEST DE COLORES	TEST DE PROFUNDIDAD
ESPIROMETRÍA	ELECTROCARDIOGRAMA	EXA. PSICOSENSOMÉTRICO

* El médico encargado de la vigilancia de la salud de los trabajadores de la empresa contratante es responsable de brindar la validación de la aptitud médico ocupacional brindada por nuestra institución, de acuerdo con la RM N° 312 - 2011 - MINSA

* Fuente: Documento modificado y adaptado por WCR. MD.DE GEMO 001. Anexo 5 para el Centro Medico de Salud Ocupacional . 2025



7CT1731069445B82D074X

 TRUJILLO	GRUPO SANGUÍNEO:	A	EX. PREOCUPACIONAL:	X						
	FACTOR RH:	POSITIVO	EX. PERIÓDICO:							
	ALERGIA:	NIEGA	EX. RETIRO:							
ACREDITACIÓN DIGESA N° 489-2024-GRLL-GGR/GRSS										
CERTIFICA QUE EL SR./SRA./SRTA.:										
APELLIDOS Y NOMBRES: GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL										
DOC.IDENTIDAD: DNI.72048185		EDAD: 33A 8M 28D	SEXO: MASCULINO							
OCUPACIÓN: CONDUCTOR DE CAMIONETA										
EMPRESA: SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.										
CONCLUSIÓN				CIE 10						
EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL				Z10.0						
<table><tr><td>APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)</td><td>X</td></tr><tr><td>APTO CON RESTRICCIONES (para el puesto en el que trabaja o postula)</td><td></td></tr><tr><td>NO APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)</td><td></td></tr></table>					APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)	X	APTO CON RESTRICCIONES (para el puesto en el que trabaja o postula)		NO APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)	
APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)	X									
APTO CON RESTRICCIONES (para el puesto en el que trabaja o postula)										
NO APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)										
RECOMENDACIONES										
Las recomendaciones al respecto son las siguientes:										
1.- CONSUMIR DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS, HIPOCALÓRICA E HIPOGRASA. Y REALIZAR EJERCICIOS AERÓBICOS PERIÓDICAMENTE.										
2.- ACUDIR A LA ESPECIALIDAD POR ENDOCRINOLOGÍA PARA EVALUACIÓN . REALIZAR CONTROL DE PERFIL LIPÍDICO EN 06 MESES.										
3.- EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PERIÓDICA SEGÚN PROTOCOLO DEL EMPLEADOR.										
SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO EVALUADOR		SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO OCUPACIONAL								
  LOURDES MARINE CABANILLAS CHICOMA MÉDICO EVALUADOR C.M.P. 79322 / R.N.A. A11568		  EDGAR F. GARCIA ORDINOLA MÉDICO OCUPACIONAL C.M.P. 055549 / R.N.M. M00772 / R.N.A. A04814								
FECHA DEL EXAMEN: 08/11/2024										

EXÁMENES REALIZADOS

FICHA DE DETECCIÓN DE S.A.S.	ANEXO 02	EVALUACIÓN DE VÍA AÉREA SUPERIOR MALLAMPATI
CUESTIONARIO NORDICO	GEMO - VALORACIÓN MÚSCULO ESQUELÉTICA	EVALUACIÓN OSTEOMUSCULAR
TRIAJE	AUDIOMETRÍA/OTOSCOPIA	COCAINA
MARIHUANA	HEMOGRAMA COMPLETO	GRUPO Y FACTOR SANGUÍNEO
EXAMEN COMPLETO DE ORINA	GLUCOSA BASAL	COLESTEROL TOTAL
TRIGLICÉRIDOS	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX OIT	ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH
ACTITUD HACIA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	FATIGA	PSICOLOGÍA
BC TEST PARA CONDUCTORES	TEST DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH	CUESTIONARIO DE BERLIN
CAMPIMETRÍA	REACCION AL ENCANDILAMIENTO	AGUDEZA VISUAL
E. OFTALMOLÓGICO	TEST DE COLORES	TEST DE PROFUNDIDAD
ESPIROMETRÍA	ELECTROCARDIOGRAMA	EXA. PSICOSENSOMÉTRICO

* El médico encargado de la vigilancia de la salud de los trabajadores de la empresa contratante es responsable de brindar la validación de la aptitud médico ocupacional brindada por nuestra institución, de acuerdo con la RM N° 312 - 2011 - MINSA

* Fuente: Documento modificado y adaptado por WCR. MD.DE GEMO 001. Anexo 5 para el Centro Medico de Salud Ocupacional . 2025



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

INFORME DE EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

DATOS PERSONALES

FECHA EXAMEN: 08/11/2024 DOC. IDENTIDAD: DNI.72048185
APELLIDOS Y NOMBRES: GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL (EDAD: 33A 8M 28D) SEXO: MASCULINO
EMPRESA: SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L. ÁREA: OPERATIVA
PUESTO AL QUE POSTULA: CONDUCTOR DE CAMIONETA TIPO DE EXAMEN: PREOCUPACIONAL

A continuación detallamos los resultados de la evaluación médico ocupacional, que realizó en las instalaciones de nuestro

ANT.PATOLÓGICOS IMPORTANTES: CIRUGÍAS: 1999. HERNIORRAFIA POR HERNIA ABDOMINAL.

ANT.FAMILIARES IMPORTANTES: NIEGA ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

ANT.MÚSCULO-ESQUELÉTICO: NIEGA ANTECEDENTES DE PROBLEMAS MÚSCULO-ESQUELÉTICO

FUNCIONES VITALES

TALLA	PESO	P. A.	F. CA.	P. AB.	P. T.	SATO2	IMC	F.R.	CINTURA	CADERA	TEMP	ICC	P.CUELLO	P.T.INS	P.T.ESP	OTROS
170cm	86kg	130/80	81/min	95cm	106cm	99%	29.76	18/min	95cm	103cm	36.2°C	0.92	39	106	103	--

ANAMNESIS: ASINTOMÁTICO.

EXAMEN FÍSICO: EVALUACIÓN FÍSICA NORMAL

EMÉTROPE

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

AGUDEZA VISUAL	LEJOS	OD	20/20	OI	20/20	VB.	--	CON CORRECTORES	OD	--	OI	--	VB.	--
	CERCA	OD	J1	OI	J1	VB.	--		OD	--	OI	--	VB.	--

EXAMENES DE LABORATORIO:

• TRIGLICÉRIDOS: 213MG/DL, ALTERADO

EXAM. DE LABORATORIO: RESULTADO ALTERADO(EL PACIENTE PRESENTA TRIGLICÉRIDOS ELEVADO EN SANGRE.)

EXAMENES AUXILIARES:

- GEMO - VALORACIÓN MÚSCULO ESQUELÉTICA: APTO(VALORACIÓN MÚSCULO ESQUELÉTICA SIN ALTERACIONES)
- EVALUACIÓN DE VÍA AÉREA SUPERIOR MALLAMPATI: GRADO II
- FICHA DE DETECCIÓN DE S.A.S.: APTO
- ACTITUD HACIA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: CONDUCTA SEGURA(PRESENTA UNA ADECUADA PERCEPCIÓN DEL RIESGO.)
- BC TEST PARA CONDUCTORES: CONDUCTA FAVORABLE(PRESENTA PATRONES DE COMPORTAMIENTO ESTABLE.)
- ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH: SIN DIFICULTAD(ADECUADA LATENCIA, ESTABILIDAD EN LA DURACIÓN Y EFICIENCIA DE SUEÑO.)
- EVALUACIÓN OSTEOMUSCULAR: APTO(EXAMEN OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES)
- CUESTIONARIO NORDICO: APTO(EXAMEN OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES)
- AUDIOMETRÍA/OTOSCOPIA: RESULTADOS DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES(NORMOACUSIA)
- ESPIROMETRÍA: RESULTADOS DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES(ESPIROMETRÍA NORMAL)
- ELECTROCARDIOGRAMA: RESULTADOS DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES(EKG NORMAL)
- PSICOLOGÍA: APTO(EVALUADO PRESENTA CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS QUE LE PERMITEN REALIZAR SUS LABORES CON ÉXITO.)
- FATIGA: NO PRESENTA(ADECUADA PRESERVACIÓN DE RESPUESTA A ESTÍMULOS EN LA CAPACIDAD PARA TRABAJAR.)
- TEST DE SOMBOLENCIA DE EPWORTH: SUEÑO NORMAL(CAPACIDAD DE VIGILIA, ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN ÓPTIMA.)
- EXA. PSICOSENSOMÉTRICO: APTO(EL EVALUADO PRESENTA CAPACIDADES CONSERVADAS DE ATENCIÓN, CONCENTRACIÓN Y COORDINACIÓN VISOMOTORA.)
- RADIOGRAFÍA DE TÓRAX OIT: RESULTADOS DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES(- RADIOGRAFÍA DE TÓRAX OIT NORMAL)
- CUESTIONARIO DE BERLIN: RIESGO BAJO(BAJO RIESGO DE COMPLICACIONES EN CICLO DE SUEÑO.)

DIAGNOSTICO MEDICO OCUPACIONAL

CIE -10

En la presente evaluación médica se encontró lo siguiente:

1.- EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL.	D	Z10.0
----------------------------------	---	-------

OTROS DIAGNOSTICOS

1.- SOBREPESO.	D	E66.3
2.- HIPERTRIGLICERIDEMIA.	D	E78.1

RECOMENDACIONES

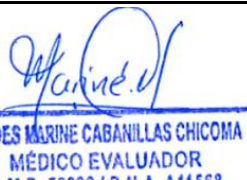
Las recomendaciones al respecto son las siguientes:

- CONSUMIR DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS, HIPOCALÓRICA E HIPOGRASA. Y REALIZAR EJERCICIOS AERÓBICOS PERIÓDICAMENTE.
- ACUDIR A LA ESPECIALIDAD POR ENDOCRINOLOGÍA PARA EVALUACIÓN. REALIZAR CONTROL DE PERFIL LIPÍDICO EN 06 MESES.
- EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PERIÓDICA SEGÚN PROTOCOLO DEL EMPLEADOR.

RESTRICCIONES

- NINGUNA

APTITUD: APTO

 LOURDES MARINE CABANILLAS CHICOMA MÉDICO EVALUADOR C.M.P. 79322 / R.N.A. A11568	EL TRABAJADOR DEJA CONSTANCIA DE HABER COMPRENDIDO EL CONTENIDO DE ESTE INFORME, Y DEBE DE REALIZAR SU PRÓXIMO EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO DURANTE EL MES DE VENCIMIENTO. EN CASO DE TENER OBSERVACIONES ES IMPORTANTE QUE CUMPLA CON LAS RECOMENDACIONES MÉDICAS DEL PRESENTE INFORME PARA EL MANTENIMIENTO DE SU SALUD.
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO EVALUADOR	

VALORACIÓN MÚSCULO ESQUELÉTICA

DATOS PERSONALES

FECHA EXAMEN: 08/11/2024 FECHA NAC.: 11/02/1991
 APELLIDOS Y NOMBRES: GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL EDAD: 33A 8M 28D
 PUESTO AL QUE POSTULA: CONDUCTOR DE CAMIONETA TIPO DE EXAMEN: PREOCUPACIONAL

APTITUD DE ESPALDA: 4

	EXCELENTE:1	PROMEDIO:2	REGULAR:3	POBRE:4	PTOS	OBSERVACIONES
FLEXIBILIDAD / FUERZA ABDOMEN					1	NINGUNA
CADERA					1	NINGUNA
MUSLO					1	NINGUNA
ABDOMEN LATERAL					1	NINGUNA
TOTAL					4	

RANGOS ARTICULARES	OPTIMO:1	LIMITADO:2	MUY LIMITADO:3	PTOS	DOLOR CONTRA RESISTENCIA
ABDUCCIÓN DE HOMBRO (NORMAL 0° - 180°)				1	NO
ABDUCCIÓN DE HOMBRO (NORMAL 0° - 80°)				1	NO
ROTACION EXTERNA (NORMAL 0° - 90°)				1	NO
ROTACION INTERNA (NORMAL 0° - 90°)				1	NO
TOTAL				4	

*En ptos. Colocar el grado que corresponde a la capacidad del paciente

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

DESCRIPCIÓN DE LAS TAREAS (ACTIVIDADES RELACIONADAS AL PUESTO DE TRABAJO) (MARCAR CON UNA X EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE)

TIEMPO DE TAREA		TIPO DE TAREA	
N° DE HORAS / DÍA EN EL TRABAJO:	8H 6D	MOV. DE HOMBRO Y CINTURA ESCAPULAR	--
- ESPORÁDICO < 2H	--	MOV. DE PRONOSUPINACIÓN EN CODO Y/O MUÑECA	--
- CONTINUO > 2H Y < 4H	--	REPETIDAS EXTENSIONES Y FLEXIONES DE MUÑECA	✓
- CONTINUO > 4H	✓	TRABAJOS CONTRA RESISTENCIA	--
CICLO DE TRABAJO		OTROS (ESPECIFICAR):	
LARGO: > A 2 MINUTOS	✓	MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS	
MODERADO: 30 SEGUNDOS – 1 A 2 MINUTOS	--	< DE 1KG	✓
CORTO: HASTA 30 SEGUNDOS	--	ENTRE 1KG Y 3KG	--
		MAYOR DE 3KG.	--



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

VALORACIÓN MÚSCULO ESQUELÉTICA

APELLIDOS Y NOMBRES:	GAÑOZA GAYOSO VICTOR MANUEL
----------------------	-----------------------------

COLUMNA VERTEBRAL
(COLOCAR SI O NO EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE)

EVALUACIÓN ESTATICAL	DESVIACIONES DEL EJE LATERAL			DESVIACIONES DEL EJE ANTERO-POSTERIOR			PALPACIÓN	
	NORMAL	CONCAVIDAD DERECHA	CONCAVIDAD IZQUIERDA	NORMAL	AUMENTADA	DISMINUIDA	APÓFISIS ESPINOSAS DOLOROSA	CONTRACTURA MUSCULAR
COLUMNA CERVICAL	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
COLUMNA DORSAL	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
COLUMNA LUMBAR	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO

MOVILIDAD – DOLOR
(COLOCAR EL PUNTAJE DE REFERENCIA SEGÚN EL GRADO 0,1,2,3 Ó 4)

EVALUACIÓN DINÁMICA	FLEXIÓN	EXTENSIÓN	LATERALIZACIÓN IZQUIERDA	LATERALIZACIÓN DERECHA	ROTACIÓN INTERNA	ROTACIÓN EXTERNA	IRRADIACIÓN	ALT. MASA MUSCULAR
COLUMNA CERVICAL	0	0	0	0	0	0	0	0
COLUMNA DORSAL	0	0	0	0	0	0	0	0
COLUMNA LUMBAR	0	0	0	0	0	0	0	0

MOVILIDAD – DOLOR
(COLOCAR EL PUNTAJE DE REFERENCIA SEGÚN EL GRADO 0,1,2,3 Ó 4)

EVALUACIÓN DINÁMICA DE ARTICULACIONES	ABDUCCIÓN	ADUCCIÓN	FLEXIÓN	EXTENSIÓN	ROTACIÓN INTERNA	ROTACIÓN EXTERNA	IRRADIACIÓN	ALT. MASA MUSCULAR
HOMBRO DERECHO	0	0	0	0	0	0	0	0
HOMBRO IZQUIERDO	0	0	0	0	0	0	0	0
CODO DERECHO	0	0	0	0	0	0	0	0
CODO IZQUIERDO	0	0	0	0	0	0	0	0
MUÑECA DERECHA	0	0	0	0	0	0	0	0
MUÑECA IZQUIERDA	0	0	0	0	0	0	0	0
MANOS Y DEDOS DER.	0	0	0	0	0	0	0	0
MANO Y DEDOS IZQ.	0	0	0	0	0	0	0	0
CADERA DERECHA	0	0	0	0	0	0	0	0
CADERA IZQUIERDA	0	0	0	0	0	0	0	0
RODILLA DERECHA	0	0	0	0	0	0	0	0
RODILLA IZQUIERDA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOBILLO DERECHO	0	0	0	0	0	0	0	0
TOBILLO IZQUIERDO	0	0	0	0	0	0	0	0

PUNTUACIÓN DE REFERENCIA (SIGNOS Y SÍNTOMAS)

0	AUSENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS
1	CONTRACTURA Y/O DOLOR A LA MOVILIZACIÓN
2	GRADO 1 MÁS DOLOR A LA PALPACIÓN Y/O PERCUSIÓN
3	GRADO 2 MÁS LIMITACIÓN FUNCIONAL EVIDENTE CLÍNICAMENTE
4	DOLOR EN REPOSO
RECOMENDACIÓN:	NINGUNA

CONCLUSIÓN FINALAPTO:
VALORACIÓN MÚSCULO ESQUELÉTICA SIN ALTERACIONES**DIAGNÓSTICOS**

CIE-10	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIONES
	VALORACIÓN MÚSCULO ESQUELÉTICA SIN ALTERACIONES	

EDGAR F. GARCIA ORDINOZA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. M00772 / R.N.A. A04814
LOURDES MARINE CABANILLAS CHICOMA
MÉDICO EVALUADOR
C.M.P. 79322 / R.N.A. A11568

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL
ÁREA PERUANA DE SALUD

FIRMA DEL PACIENTE

HUELLA DIGITAL



7CT1731069445B82D074X



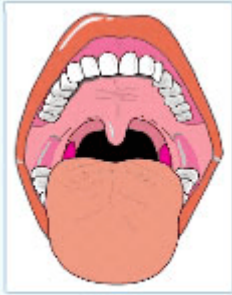
TRUJILLO

EVALUACIÓN DE VÍA AÉREA SUPERIOR MALLAMPATI

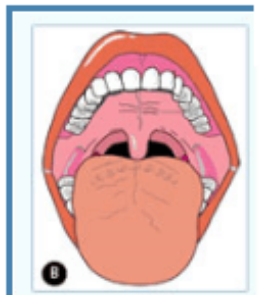
DATOS PERSONALES

FECHA EXAMEN:	08/11/2024	FECHA NAC.:	11/02/1991
APELLIDOS Y NOMBRES:	GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL	SEXO:	MASCULINO
DIRECCIÓN:	CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS	DOC.IDENTIDAD:	DNI.72048185
EMPRESA:	SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.	EDAD:	33A 8M 28D
PUESTO AL QUE POSTULA:	CONDUCTOR DE CAMIONETA	TIPO DE EXAMEN:	PREOCUPACIONAL

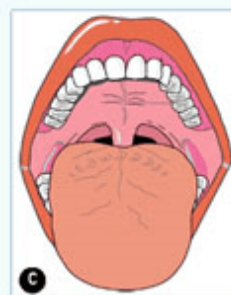
EVALUACIÓN DE VÍA AÉREA SUPERIOR MALLAMPATI (MARQUE CON UNA X)



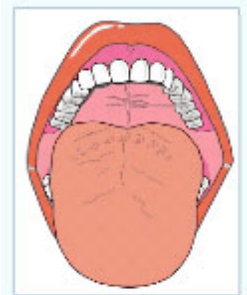
Grado I



Grado II



Grado III



Grado IV

CONCLUSIÓN FINAL

GRADO II:

SAMA
EDGAR F. GARCIA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. 100772 / R.N.A. A04814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

SAMA
LOURDES MARINE CABANILLAS CHICOMA
MÉDICO EVALUADOR
C.M.P. 79322 / R.N.A. A11568

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL
ÁREA

FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

FICHA DE DETECCIÓN DE S.A.S.

(Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)

DATOS PERSONALES

FECHA EXAMEN:	08/11/2024	FECHA NAC.:	11/02/1991
APELLIDOS Y NOMBRES:	GAÑOZA GAYOSO VICTOR MANUEL	SEXO:	MASCULINO
DIRECCIÓN:	CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS	DOC.IDENTIDAD:	DNI.72048185
EMPRESA:	SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.	EDAD:	33A 8M 28D
PUESTO AL QUE POSTULA:	CONDUCTOR DE CAMIONETA	TIPO DE EXAMEN:	PREOCUPACIONAL

TIPO LICENCIA:	A1				
TRABAJA DE NOCHE:	NO				
# DÍAS TRABAJO:	5	# DÍAS DESCANSO:	2	# AÑOS QUE TRABAJA EN DICHO HORARIO DE TRABAJO:	3

TIPO ANTECEDENTES PERSONALES

ÁPNEA DEL SUEÑO:	NO	ÚLTIMO CONTROL:	
ÁHTA:	NO	MEDICACIÓN: (RIESGO >2)	
POLISOMNOGRAFÍA (PSG) REALIZADA ALGUNA VEZ:	NO	FECHA DE ÚLTIMA PSG:	D/M/YYYY
ANTECEDENTE DE CHOQUE DE VEHÍCULO:	NINGUNO		
EN MINA: (SI ES NO, PASE A SECCIÓN 4):	NO	FUERA DE MINA: (SI ES NO, PASE A SECCIÓN 4):	NO

SÍNTOMAS ACTUALES

CRITERIO 1

SE "CABECEÓ" Y POR ELLO LE OCURRIÓ UN ACCIDENTE (INCIDENTE) CON UN VEHÍCULO (ALGUNA VEZ): NO

CRITERIO 2 (2 O MÁS ES POSITIVO)

ACCIDENTE OCURRIDO ENTRE LAS 0 HORAS Y LAS 7 DE LA MAÑANA O ENTRE LAS 13 Y 15 HORAS (TARDE): NO

NO HUBO EVIDENCIA DE MANIOBRA EVASIVA DEL CHOFER PARA EVITAR LA COLISIÓN: NO

COLISIÓN FRONTAL DEL VEHÍCULO: NO

VEHÍCULO QUE INVADIÓ EL OTRO CARRIL O SE DESVIÓ SIN CAUSA APARENTE: NO

LA UNIDAD CAYÓ A UN BARRANCO, RÍO O CHOCÓ CONTRA UN POSTE, PUENTE, EDIFICIO U OTRA ESTRUCTURA ESTÁTICA SIN CAUSA APARENTE: NO

CHOFER VIAJABA SOLO EN EL VEHÍCULO: NO

CHOFER NO TENÍA COPILOTO Y CUMPLÍA O ACABABA DE TERMINAR UNA JORNADA LARGA DE TRABAJO (MÁS DE 8 HORAS): NO

CLASIFICACIÓN DEL (LOS) "CHOQUES" O ACCIDENTES VEHICULARES DEL POSTULANTE (MARQUE SOLO UNA CATEGORÍA)

ACCIDENTE CONFIRMADO POR SOMNOLENCIA (CRITERIO 1 POSITIVO): NO

ACCIDENTE CON ALTA SOSPECHA DE SOMNOLENCIA (CRITERIO 2 POSITIVO): NO

ACCIDENTE CON ESCASA EVIDENCIA/ SOSPECHA POR SOMNOLENCIA (SOLO 1 ÍTEM DE CRITERIO 2): NO

NO SE DISPONE DE DATOS SUFICIENTES PARA CLASIFICAR EL (LOS) INCIDENTES: NO

ACCIDENTE NO DEBIDO A SOMNOLENCIA (INFORMACIÓN SUFICIENTE QUE DESCARTA LA SOMNOLENCIA): NO

ANTEC. FAMILIAR DE ÁPNEA DEL SUEÑO:

ANTEC. FAMILIAR DE ÁPNEA DEL SUEÑO: NO

INDIQUE: NINGUNO

EDGAR F. GARCIA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. 1000772 / R.N.A. A04814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

LOURDES MARINE CABANILLAS CHICOMA
MÉDICO EVALUADOR
C.M.P. 79322 / R.N.A. A11568

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL ÁREA

FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

FICHA DE DETECCIÓN DE S.A.S.

(Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)

DATOS PERSONALES

FECHA EXAMEN: 08/11/2024 FECHA NAC.: 11/02/1991
APELLIDOS Y NOMBRES: GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL SEXO: MASCULINO
DIRECCIÓN: CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS DOC. IDENTIDAD: DNI.72048185
EMPRESA: SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L. EDAD: 33A 8M 28D
PUESTO AL QUE POSTULA: CONDUCTOR DE CAMIONETA TIPO DE EXAMEN: PREOCUPACIONAL

ENTREVISTA AL PACIENTE:

EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, SU PAREJA O ESPOSA LE HA COMENTADO QUE RONCA AL DORMIR NO
EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, SU PAREJA O ESPOSA LE HA COMENTADO QUE HACER RUIDOS AL RESPIRAR MIENTRAS DUERME NO
EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, SU PAREJA O ESPOSA LE HA COMENTADO QUE DEJA DE RESPIRAR CUANDO DUERME (PAUSA RESPIRATORIA) NO
COMPARADO CON SUS COMPAÑEROS, USTED SIENTE QUE TIENE MÁS SUEÑO O CANSANCIO QUE ELLOS MIENTRAS TRABAJA NO
HA TENIDO ALGÚN ACCIDENTE O INCIDENTE VEHICULAR PORQUE SE CABECEÓ NO
HA TENIDO ALGÚN ACCIDENTE O INCIDENTE VEHICULAR CONSIDERADO "POR FALLA HUMANA" NO
ESTÁ RECIBIENDO TRATAMIENTO PARA ÁPNEA DEL SUEÑO CON CPAP NO
SE LE HA REALIZADO UNA PSG DURANTE EL SUEÑO PARA DESCARTARLE UN TRASTORNO DEL SUEÑO NO

PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE EPWORTH (ESS) (NUNCA=0, POCA=1, MODERADA=2, ALTA=3)

PUNTUACIÓN

NUNCA

EXÁMEN FÍSICO

FUNCIONES VITALES

TALLA	PESO	P. A.	F. CA.	P. AB.	P. T.	SATO2	IMC	F.R.	CINTURA	CADERA	TEMP	ICC	P.CUELLO	P.T.INS	P.T.ESP	OTROS
170cm	86kg	130/80	81/min	95cm	106cm	99%	29.76	18/min	95cm	103cm	36.2°C	0.92	39	106	103	--

CIRCUNFERENCIA DE CUELLO:

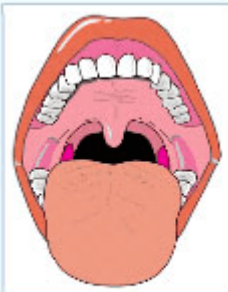
NORMAL: NO

P. SISTÓLICA:

P. DIASTÓLICA:

NORMAL: NO

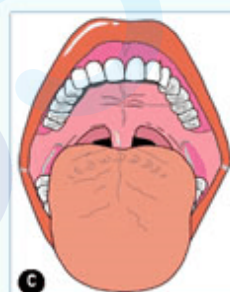
EVALUACIÓN DE VÍA AÉREA SUPERIOR MALLAMPATI (MARQUE CON UNA X)



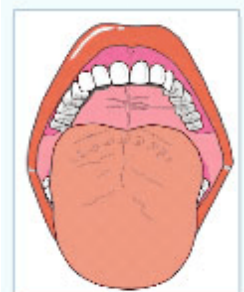
Grado I



Grado II



Grado III



Grado IV

CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN

* AMPLIACIÓN: OXIMETRÍA, POLISOMNOGRAFÍA, SEGUIMIENTO TRATAMIENTO, INTERCONSULTA

RIESGO ALTO: (CRITERIO A O B POSITIVO)

CRITERIO A: EXCESIVA SOMNOLENCIA (EPWORTH > 15 O CABECEO PRESENCIADO DURANTE ESPERA). INCIDENTE POR SOMNOLENCIA O CON ALTA SOSPECHA (ÚLTIMO AÑO)

NO

CRITERIO B: ANTECEDENTES DE SAS SIN CONTROL RECIENTE O SIN CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO (CON CPAP O CIRUGÍA)

EDGAR F. GARCÍA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. 100772 / R.N.A. A04814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

LOURDES MARINE CABANILLAS CHICOMA
MÉDICO EVALUADOR
C.M.P. 79322 / R.N.A. A11568

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL ÁREA

FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

FICHA DE DETECCIÓN DE S.A.S.

(Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)

DATOS PERSONALES

FECHA EXAMEN:	08/11/2024	FECHA NAC.:	11/02/1991
APELLIDOS Y NOMBRES:	GAÑOZA GAYOSO VICTOR MANUEL	SEXO:	MASCULINO
DIRECCIÓN:	CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS	DOC.IDENTIDAD:	DNI.72048185
EMPRESA:	SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.	EDAD:	33A 8M 28D
PUESTO AL QUE POSTULA:	CONDUCTOR DE CAMIONETA	TIPO DE EXAMEN:	PREOCUPACIONAL

ACCIÓN REQUERIDA: EN RIESGO ALTO, EL PACIENTE REQUIERE PRUEBAS AMPLIATORIAS (OXIMETRÍA, PSG O CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO DE APNEA DEL SUEÑO)

RIESGO MEDIO: (CRITERIO C, D O E POSITIVO)
CRITERIO C: HISTORIA DE HIGIENE DE SUEÑO SUGIERE SAS (RONQUIDO + PAUSAS RESPIRATORIAS + EPWORTH>10)
CRITERIO D: CUMPLE CON 2 O MÁS DE LOS SIGUIENTES:
IMC MAYOR O IGUAL 30
HIPERTENSIÓN ARTERIAL (NUEVA O NO CONTROLADA CON UNA SOLA MEDICACIÓN)
CIRCUNFERENCIA DEL CUELLO ANORMAL
PUNTUACIÓN DE EPWORTH MAYOR DE 10 MENOR DE 16
ANTECEDENTES DE TRASTORNO DEL SUEÑO(DIAGNOSTICADO) SIN SEGUIMIENTO
ÍNDICE DE APNEA-HIPOPNEA(AHI) MAYOR DE 5 MENOR DE 30
CRITERIO E: EVALUACIÓN DE VÍA AÉREA SUPERIOR PATOLÓGICO*(MALLAMPATI III O IV)

NO

ACCIÓN REQUERIDA: EN RIESGO MÉDICO, EL PACIENTE TIENE 3 MESES DE APTITUD TEMPORAL. REQUIERE PRUEBAS AMPLIATORIAS (OXIMETRÍA, PSG O CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO DE APNEA DEL SUEÑO) ANTES DE EMITIR APTITUD POR 12 MESES

RIESGO BAJO: APTO PARA CONDUCIR VEHÍCULOS (NINGÚN CRITERIO POSITIVO)

SI

CONCLUSIÓN FINAL

APTO:

SAMA
EDGAR F. GARCIA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. M00772 / R.N.A. A64814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

SAMA
LOURDES MARINE CABANILLAS CHICOMA
MÉDICO EVALUADOR
C.M.P. 79322 / R.N.A. A11568

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL ÁREA

FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

ACTITUD HACIA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

I.- DATOS PERSONALES

FECHA EXAMEN:	08/11/2024	FECHA NAC.:	11/02/1991
APELLIDOS Y NOMBRES:	GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL	SEXO:	MASCULINO
DIRECCIÓN:	CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS	DOC.IDENTIDAD:	DNI.72048185
EMPRESA:	SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.	EDAD:	33A 8M 28D
PUESTO AL QUE POSTULA:	CONDUCTOR DE CAMIONETA	TIPO DE EXAMEN:	PREOCUPACIONAL

II.- METODOLOGIA DE EVALUACIÓN

ACTITUD HACIA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

III.- DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

3.2) RESULTADOS:

EVALUADO TIENDE A PRESENTAR UNA ADECUADA PERCEPCIÓN DEL RIESGO, CONLLEVANDO A INTERACCIONES QUE GENERAN CONDICIONES DE SEGURIDAD, APOYADO POR UN TIPO DE CONDUCTA ADECUADO, LAS CUALES INCREMENTAN LA CULTURA PREVENTIVA DENTRO DE LA ORGANIZACIÓN, REDUCIENDO CONDICIONES INSEGURAS.

IV.- RECOMENDACIONES

- REFORZAR CHARLAS DE CONCIENTIZACIÓN SOBRE TRABAJOS SEGUROS.



LOURDES MARINE CABANILLAS CHICOMA
MÉDICO EVALUADOR
C.M.P. 79322 / R.N.A. A11568

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO



ANGIE E. OBANDO PLASENCIA
PSICOLOGÍA
C.P.S.P. 31936

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL ÁREA



FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

BC TEST PARA CONDUCTORES

I.- DATOS PERSONALES

FECHA EXAMEN:	08/11/2024	FECHA NAC.:	11/02/1991
APELLIDOS Y NOMBRES:	GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL	SEXO:	MASCULINO
DIRECCIÓN:	CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS	DOC.IDENTIDAD:	DNI.72048185
EMPRESA:	SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.	EDAD:	33A 8M 28D
PUESTO AL QUE POSTULA:	CONDUCTOR DE CAMIONETA	TIPO DE EXAMEN:	PREOCUPACIONAL

II.- METODOLOGIA DE EVALUACIÓN

BC TEST PARA CONDUCTORES

III.- DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

SE APOYA EN UN ESTILO DE COMPORTAMIENTO ESTABLE Y PERMANENTE A LO LARGO DEL TIEMPO, CON ESTABILIDAD Y CONSISTENCIA TRANSITUACIONAL. CON INTERACCIONES QUE GENERAN LA PERCEPCIÓN DE CONDICIONES DE SEGURIDAD, APOYADO POR UN TIPO DE CONDUCTA ADECUADO, PROPICIANDO UN IMPACTO EN LA REDUCCIÓN DE LA ACCIDENTALIDAD.

IV.- RECOMENDACIONES

BUENAS PRÁCTICAS PARA EL TRABAJADOR:

•INCORPORACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS.

BUENAS PRÁCTICAS PARA LA EMPRESA:

•REFORZAR CHARLAS DE CONCIENTIZACIÓN SOBRE TRABAJOS SEGUROS

EDGAR F. GARCIA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. 100772 / R.N.A. A04814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

ANGIE E. OBANDO PLASENCIA
PSICOLOGÍA
C.P.S.P. 31936

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE
DEL ÁREA

FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH

I.- DATOS PERSONALES

FECHA EXAMEN:	08/11/2024	FECHA NAC.:	11/02/1991
APELLIDOS Y NOMBRES:	GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL	SEXO:	MASCULINO
DIRECCIÓN:	CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS	DOC.IDENTIDAD:	DNI.72048185
EMPRESA:	SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.	EDAD:	33A 8M 28D
PUESTO AL QUE POSTULA:	CONDUCTOR DE CAMIONETA	TIPO DE EXAMEN:	PREOCUPACIONAL

II.- METODOLOGIA DE EVALUACIÓN

ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH

III.- DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

PRESENTA CALIDAD DE SUEÑO. ADECUADA LATENCIA, ESTABILIDAD EN LA DURACIÓN Y EFICIENCIA DE SUEÑO. NO SE IDENTIFICA DISFUNCIÓN DIURNA, NO SE IDENTIFICA SINTOMATOLOGÍA QUE AFECTE EL ESTADO DE VIGILIA.

IV.- RECOMENDACIONES

•REFORZAR CHARLAS DE PROMOCIÓN DE ESTILOS DE HIGIENE DE SUEÑO.


SAMA
EDGAR F. GARCIA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. M00772 / R.N.A. A04814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO


SAMA
ANGIE E. OBANDO PLASENCIA
PSICOLOGÍA
C.P.S.P. 31936

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE
DEL ÁREA



FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

ANEXO N°2
FICHA MÉDICA OCUPACIONAL

HISTORIA CLÍNICA N°:	HC-00213768	FECHA:	08/11/2024
TIPO DE EVALUACIÓN:	PREOCUPACIONAL	FECHA DE VENCIMIENTO:	29/10/2026
PUESTO AL QUE POSTULA:	CONDUCTOR DE CAMIONETA	LUGAR DEL EXAMEN:	LA LIBERTAD-TRUJILLO

DATOS DE LA EMPRESA

RAZÓN SOCIAL: SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.
RUC: 20601902746 ACTIVIDAD ECONÓMICA: ALQUILER EQUIPO TRANSPORTE V. TERRES.
UBICACIÓN: LT. 4 MZ. C - URB. LAGUNA SECA - LOS BAÑOS DEL INCA - CAJAMARCA - CAJAMARCA

FILIACIÓN DEL TRABAJADOR

APELLIDOS Y NOMBRES: GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL
FECHA NAC. 11/02/1991 EDAD: 33A 8M 28D
DOC.IDENTIDAD: DNI.72048185 SEXO: MASCULINO
DIRECCIÓN: CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS
RESIDE EN EL TRABAJO: NO TIEMPO DE RESIDENCIA EN LUGAR TRABAJO: 0
ESTADO CIVIL: CONVIVIENTE GRADO DE INSTRUCCIÓN: SUPERIOR COMPLETA
HIJOS VIVOS 1 DEPENDIENTES: 1
MAIL: - TELÉFONO: -- CEL: 958-500-145



ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

HTA: NO
DIABETES MELLITUS: NO
ASMA BRONQUIAL: NO
TUBERCULOSIS: NO
BRONQUITIS CRÓNICA: NO
NEOPLASIA: NO

II. ALÉRGICOS

ALERGIAS: NO

IV. HOSPITALIZACIONES

HOSPITALIZACIONES: NO

VI. PSIQUIÁTRICOS

PSIQUIÁTRICOS: NO

VIII. OTROS

I. PATOLÓGICOS

CONVULSIONES: NO
HEPATITIS B: NO
FIEBRE TIFOIDEA: NO
ITS: NO
INTOXICACIONES: NO
QUEMADURAS: NO

III. QUIRÚRGICOS

CIRUGÍAS: SI, 1999. HERNIORRAFIA POR HERNIA ABDOMINAL.

V. TRAUMÁTICOS

TRAUMÁTICOS: NO

VII. GINECOLÓGICOS

CICLOS REGULARES O IRREGULARES: NO APLICA
FUR: NO APLICA
GESTANTE: NO APLICA
GESTAS: NO APLICA
PARTOS: NO APLICA
CESÁREAS: NO APLICA
ABORTOS: NO APLICA
USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVOS: NO APLICA
F.DEL ULTIMO PAPANICOLAOU: NO APLICA

HÁBITOS NOCIVOS

HÁBITO:	TIPO:	CANTIDAD:	FRECUENCIA:
ALCOHOL	VARIADO	1 BOTELLA	OCASIONAL
TABACO	CIGARRO	1 CIGARRO	OCASIONAL
DROGAS	NIEGA	NIEGA	NIEGA
MEDICAMENTOS	NIEGA	NIEGA	NIEGA

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

PADRE	SANO	MADRE	SANA
HERMANOS	4 SANOS	ESPOSO(A)	SANA
HIJOS VIVOS	1 SANO	HIJOS FALLECIDOS	NIEGA

EDGAR F. GARCIA ORDINALA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. M00772 / R.N.A. A64814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

LOURDES MARINE CABANILLAS CHICOMA
MÉDICO EVALUADOR
C.M.P. 79322 / R.N.A. A11568

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL
ÁREA
RED PERUANA DE SALUD

FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

ANEXO N°2
FICHA MÉDICA OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES:	GAÑOZA GAYOSO VICTOR MANUEL
----------------------	-----------------------------

ABSENTISMO: ENFERMEDADES Y ACCIDENTES (ASOCIADO A TRABAJO O NO).

ENFERMEDAD, ACCIDENTE	ASOCIADO AL TRABAJO		AÑO	DÍAS DE DESCANSO
	SI	NO		
NIEGA	--	--	NIEGA	NIEGA
--	--	--	--	--
--	--	--	--	--
--	--	--	--	--

EVALUACIÓN MÉDICA**ANAMNESIS**

ASINTOMÁTICO.

FUNCIONES VITALES

TALLA	PESO	P. A.	F. CA.	P. AB.	P. T.	SATO2	IMC	F.R.	CINTURA	CADERA	TEMP	ICC	P.CUELLO	P.T.INS	P.T.ESP	OTROS
170cm	86kg	130/80	81/min	95cm	106cm	99%	29.76	18/min	95cm	103cm	36.2°C	0.92	39	106	103	--

ECTOSCOPIA

COORDINACIÓN CRONOLÓGICA CON EDAD MENCIONADA, LENGUAJE CLARO Y COHERENTE, APARENTE BUEN ESTADO GENERAL, BUEN ESTADO DE HIDRATACIÓN, BUEN ESTADO NUTRICIONAL.

ESTADO MENTAL

LÚCIDO, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, ATENCIÓN Y MEMORIA CONSERVADA.

EXAMEN FÍSICO

ÓRGANO O SISTEMA	DESCRIPCIÓN										
PIEL Y FANERAS	NORMOCRÓMICA, NORMOTÉRMICA, CON TURGENCIA Y ELASTICIDAD CONSERVADAS, NO HAY DOLOR A LA PALPACIÓN, NO HAY PRESENCIA DE LESIONES.										
CABELLO	CUERO CABELLUDO SIN HUMEDAD, DE ASPECTO LISO, SIN LESIONES, CON BUENA IMPLANTACIÓN.										
OJOS Y ANEXOS	SIMÉTRICO, ORIENTACIÓN VISUAL CONSERVADA, REFLEJO PUPILAR Y CONSENSUAL PRESENTE.										
	AGUDEZA VISUAL	LEJOS	OD	20/20	OI	20/20	CON CORRECTORES	OD	--	OI	--
		CERCA	OD	J1	OI	J1		OD	--	OI	--
	VISIÓN DE COLORES	NORMAL, --									
	VISIÓN DE PROFUNDIDAD	ESTEREOPSIS NORMAL, --									
OÍDOS	PABELLONES AURICULARES SIMÉTRICOS, SIN LESIONES, MEMBRANA TIMPÁNICA INTEGRAL, TRANSLUCIDA, NO ERITEMA.										
NARIZ	CENTRAL, SIMÉTRICA, FOSAS NASALES PERMEABLES, MUCOSA NASAL DE COLORACIÓN ROJA, SIN SECRECIONES.										
BOCA	ENCÍAS ROSADAS, SIN SIGNOS DE INFLAMACIÓN, PALADAR DURO Y BLANDO DE COLOR ROSA, ÚVULA EN LÍNEA MEDIA.										
FARINGE	DE COLORACIÓN ROSADA, AMÍGDALAS SIN SIGNOS INFLAMATORIOS.										
CUELLO	PULSOS CAROTÍDEOS PRESENTES, MOVILIDAD Y FLEXIBILIDAD NORMAL.										
APARATO RESPIRATORIO / TÓRAX	RESPIRACIÓN RÍTMICA, AMPLITUD SIMÉTRICA, NO DOLOR NI MASAS A LA PALPACIÓN, MV PASA BIEN EN ACP, SIN RUIDOS AGREGADOS.										
APARATO CARDIOVASCULAR	RCR, REGULARES, DE BUENA INTENSIDAD, AUSENCIA DE SOPLOS, NO CHOQUE DE PUNTA, AUSENCIA DE VÁRICES Y CIRCULACIÓN COLATERAL.										
APARATO DIGESTIVO	ABDOMEN SIMÉTRICO, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, RHA PRESENTES DE FRECUENCIA E INTENSIDAD MODERADA, NO VMG.										
APARATO GENITOURINARIO	PPL(-) PRU (-).										
APARATO LOCOMOTOR	BIPEDESTACIÓN CONSERVADA, MOVIMIENTOS POSTURALES SIN ALTERACIÓN.										
MARCHA	BIPEDESTACIÓN Y DEAMBULACIÓN SIN DIFICULTAD, EQUILIBRIO CONSERVADO, ROMBERG (-).										
COLUMNA	MOVILIDAD CONSERVADA, CURVATURAS FISIOLÓGICAS SIN ALTERACIONES.										
MIEMBROS SUPERIORES	SIMETRÍA DE MIEMBROS, TONO - TROFISMO CONSERVADO, FUERZA MUSCULAR CONSERVADA, AMPLITUD DE MOVIMIENTOS ADECUADA SIN LIMITACIÓN FUNCIONAL.										
MIEMBROS INFERIORES	SIMETRÍA DE MIEMBROS, TONO - TROFISMO CONSERVADO, FUERZA MUSCULAR CONSERVADA, AMPLITUD DE MOVIMIENTOS ADECUADA SIN LIMITACIÓN FUNCIONAL.										
SISTEMA LINFÁTICO	NO SE EVIDENCIAN ADENOMEGALIAS, GANGLIOS PREAURICULARES, RETROAURICULARES, OCCIPITALES Y CERVICALES NO PALPABLES.										
SISTEMA NERVIOSO	LENGUAJE DE EXPRESIÓN Y COMPRENSIÓN ADECUADOS, NO AFASIA, NO AGNOSIA. FUNCIÓN SENSITIVA Y MOTORA CONSERVADA, AUSENCIA DE SIGNOS MENÍNGEOS.										
MANIOBRA DE NIKOLSKY											
MUCOCUTANEO DE PIEL	NO APLICA										



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

**ANEXO N°2
FICHA MÉDICA OCUPACIONAL**

APELLIDOS Y NOMBRES:		GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL					
CONCLUSIONES DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA • ACTITUD HACIA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: CONDUCTA SEGURA(PRESENTA UNA ADECUADA PERCEPCIÓN DEL RIESGO.) • BC TEST PARA CONDUCTORES: CONDUCTA FAVORABLE(PRESENTA PATRONES DE COMPORTAMIENTO ESTABLE.) • ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH: SIN DIFICULTAD(ADECUADA LATENCIA, ESTABILIDAD EN LA DURACIÓN Y EFICIENCIA DE SUEÑO.) • PSICOLOGÍA: APTO(EVALUADO PRESENTA CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS QUE LE PERMITEN REALIZAR SUS LABORES CON ÉXITO.) • FATIGA: NO PRESENTA(ADECUADA PRESERVACIÓN DE RESPUESTA A ESTÍMULOS EN LA CAPACIDAD PARA TRABAJAR.) • TEST DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH: SUEÑO NORMAL(CAPACIDAD DE VIGILIA, ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN ÓPTIMA.) • CUESTIONARIO DE BERLIN: RIESGO BAJO(BAJO RIESGO DE COMPLICACIONES EN CICLO DE SUEÑO.)							
CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS • RADIOGRAFÍA DE TÓRAX OIT: RESULTADOS DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES(- RADIOGRAFÍA DE TÓRAX OIT NORMAL)							
HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE LABORATORIO • TRIGLICÉRIDOS: 213mg/dL, ALTERADO • EXAM. DE LABORATORIO: RESULTADO ALTERADO(EL PACIENTE PRESENTA TRIGLICÉRIDOS ELEVADO EN SANGRE.)							
CONCLUSIÓN AUDIOMETRÍA • AUDIOMETRÍA/OTOSCOPIA: RESULTADOS DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES(NORMOACUSIA)							
CONCLUSIÓN DE ESPIROMETRÍA • ESPIROMETRÍA: RESULTADOS DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES(ESPIROMETRÍA NORMAL)							
FUNCIÓN RESPIRATORIA ABS %							
FVC	4.92	FEV1	4.20	FEV1/FVC	85.3	FEF 25-75%	4.69%
OTROS • GEMO - VALORACIÓN MÚSCULO ESQUELÉTICA: APTO(VALORACIÓN MÚSCULO ESQUELÉTICA SIN ALTERACIONES) • EVALUACIÓN DE VÍA AÉREA SUPERIOR MALLAMPATI: GRADO II • FICHA DE DETECCIÓN DE S.A.S.: APTO • EVALUACIÓN OSTEOMUSCULAR: APTO(EXAMEN OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES) • CUESTIONARIO NORDICO: APTO(EXAMEN OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES) • E. OFTALMOLÓGICO: RESULTADOS DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES(EMÉTROPE) • ELECTROCARDIOGRAMA: RESULTADOS DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES(EKG NORMAL) • EXA. PSICOSENSOMÉTRICO: APTO(EL EVALUADO PRESENTA CAPACIDADES CONSERVADAS DE ATENCIÓN, CONCENTRACIÓN Y COORDINACIÓN VISOMOTORA.) • EXAM. DE LABORATORIO: RESULTADO ALTERADO(EL PACIENTE PRESENTA TRIGLICÉRIDOS ELEVADO EN SANGRE.)							
DIAGNÓSTICO MEDICO OCUPACIONAL							CIE -10
1.- EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL.						D	Z10.0
OTROS DIAGNOSTICOS							
1.- SOBREPESO.						D	E66.3
2.- HIPERTRIGLICERIDEMIA.						D	E78.1
APTO	X	APTO CON RESTRICCIONES		NO APTO		EVALUADO	

SAMA
EDGAR F. GARCIA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. M00772 / R.N.A. A04814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

SAMA
LOURDES MARINE CABANILLAS CHICOMA
MÉDICO EVALUADOR
C.M.P. 79322 / R.N.A. A11568

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL ÁREA

FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL

FUNCIONES VITALES

I.- DATOS PERSONALES

FECHA EXAMEN: 08/11/2024 FECHA NAC.: 11/02/1991
APELLIDOS Y NOMBRES: GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL SEXO: MASCULINO
DIRECCIÓN: CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS DOC.IDENTIDAD: DNI.72048185
EMPRESA: SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L. EDAD: 33A 8M 28D
PUESTO AL QUE POSTULA: CONDUCTOR DE CAMIONETA TIPO DE EXAMEN: PREOCUPACIONAL

PESO	TALLA	PRES.ARTERIAL	FREC.CARDIACA	PERI.ABDOMINAL	PERI.TORACICO
86kg	170cm	130/80	81/min	95cm	106cm
SATUR.OXÍGENO	IMC	FREC.RESPIRATORIA	CINTURA	CADERA	TEMPERATURA
99%	29.76	18/min	95cm	103cm	36.2°c
ICC	0.92	OTRO	--		

ÍNDICE MASA CORPORAL	CLASIFICACIÓN
<16.00	DELGADEZ SEVERA
16.00 - 16.99	DELGADEZ MODERADA
17.00 - 18.49	DELGADEZ LEVE
18.50 - 24.99	EUTRÓFICO
25.00 - 29.99	SOBREPESO
30.00 - 34.99	OBESIDAD GRADO I
35.00 - 39.99	OBESIDAD GRADO TIPO II
>= 40	OBESIDAD GRADO III

GÉNERO	EXCELENTE	BUENO	PROMEDIO	EN RIESGO
HOMBRES	<8.5	0.85-0.89	0.90-0.95	>=0.95
MUJERES	<7.5	0.75-0.79	0.80-0.86	>=0.86

DIAGNÓSTICOS

CIE-10	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIONES
E66.3	SOBREPESO	CONSUMIR DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS, HIPOCALÓRICA E HIPOGRASA. Y REALIZAR EJERCICIOS AERÓBICOS PERIÓDICAMENTE.

SAMA
EDGAR F. GARCIA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. M00772 / R.N.A. A04814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

SAMA
ROSA M. AURORA MANTILLA
TRIAJE
TEC. ENFERMERIA

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL ÁREA

FIRMA DEL PACIENTE

HUELLA DIGITAL



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

FICHA COMPLEMENTARIA
HISTORIA OCUPACIONAL

COLABORADOR:	GAÑOZA GAYOSO VICTOR MANUEL	Nº.HISTORIA:	HC-00213768	F.NACIMIENTO:	11/02/1991	SEXO:	MASCULINO
L.NACIMIENTO:	CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS	LUG. DE PROC:	CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS	ÁREA:	OPERATIVA	PUESTO AL QUE POSTULA:	CONDUCTOR DE CAMIONETA

FECHA INICIO	FECHA FINAL	EMPRESA	ALTITUD	ACTIVIDAD	AREA DE TRABAJO	OCUPACIÓN	TIEMPO DE TRABAJO		PELIGROS / AGENTES	USO EPP
							SUBSUELO	SUPERFICIE		
01-01-2015	30-12-2022	CONSORCIO MUSA SAC	HASTA 2500 MSNM	GERENTE DE OPERACIONES	OPERACIONES	GERENTE DE OPERACIONES	--	X	MOVIMIENTOS REPETITIVOS, POSTURAS INCORRECTAS	SI
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EPP	
1	GUANTES, TAP. AUDITIVOS, CASCO, MASCARILLA, BOTAS, LENTES
2	--

2024-11-08		
AÑO	MES	DÍA

 LOURDES MARINE CABANILLAS CHICOMA MÉDICO EVALUADOR C.M.P. 79322 / R.N.A. A11568		
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO	FIRMA DEL PACIENTE	HUELLA DIGITAL



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

EVALUACION OSTEOMUSCULAR

DATOS PERSONALES

FECHA EXAMEN: 08/11/2024

FECHA NAC.: 11/02/1991

APELLIDOS Y NOMBRES: GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL

EDAD: 33A 8M 28D

PUESTO AL QUE POSTULA: CONDUCTOR DE CAMIONETA

TIPO DE EXAMEN: PREOCUPACIONAL

ANAMNESIS

SÍNTOMAS QUE MANIFIESTA:	TIEMPO DE INICIO:	ANTECEDENTES DE LESIONES OSTEOMIOARTICULARES:
ASINTOMÁTICO	--	NIEGA ANTECEDENTES DE PROBLEMAS MÚSCULO-ESQUELÉTICO
ANTECEDENTES DE TRABAJOS FORZADOS:	NO	

DETALLES DEL PUESTO

MANIPULACIÓN DE CARGA (KG)		POSTURA HABITUAL		MOVIMIENTOS REPETITIVOS				PERIODO TIEMPO
NO		SENTADO	PIE	CABEZA	TRONCO	MMSS	MMII	
		X	X		X	X	X	8H

LEVANTAMIENTO DE CARGA

CAPACITACIÓN	SI	TÉCNICA ADECUADA:	SI	USO DE FAJA LUMBAR:	NO	
--------------	----	-------------------	----	---------------------	----	--

CUESTIONARIO DE SINTOMAS

REGIÓN ANATÓMICA		HA TENIDO PROBLEMAS (DOLOR, INFLAMACIÓN, AUMENTO DE VOLUMEN, ETC) EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, A NIVEL DE:	DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES HA ESTADO INCAPACITADO PARA SU TRABAJO POR CAUSA DE ALGÚN PROBLEMA, A NIVEL DE:	HA TENIDO PROBLEMAS (DOLOR, INFLAMACIÓN, AUMENTO DE VOLUMEN, ETC) EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, A NIVEL DE:
CUELLO - NUCA		NO	NO	NO
HOMBROS	DER	NO	NO	NO
	IZQ	NO	NO	NO
CODOS	DER	NO	NO	NO
	IZQ	NO	NO	NO
MUÑECAS MANOS	DER	NO	NO	NO
	IZQ	NO	NO	NO
COLUMNA VERTEBRAL	DORS.	NO	NO	NO
	LUMB.	NO	NO	NO
CADERAS	DER	NO	NO	NO
	IZQ	NO	NO	NO
RODILLAS	DER	NO	NO	NO
	IZQ	NO	NO	NO
TOBILLOS PIES	DER	NO	NO	NO
	IZQ	NO	NO	NO

EXTREMIDADES

ARTICULACIONES: MOVILIDAD Y DOLOR

ARTICULACIÓN		ABDUCCIÓN	ADUCCIÓN	FLEXIÓN	EXTENSIÓN	ROT.INT.	ROT.EXT.	DOLOR(0/4)*	IRRADIACIÓN	ALT.MASA MUSC.
HOMBROS	DER	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	IZQ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CODOS	DER	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	IZQ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MUÑECAS	DER	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	IZQ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MANOS Y DEDOS	DER	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	IZQ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CADERAS	DER	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	IZQ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RODILLAS	DER	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	IZQ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOBILLOS	DER	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	IZQ	0	0	0	0	0	0	0	0	0



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

EVALUACION OSTEOMUSCULAR

APELLIDOS Y NOMBRES:		GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL						
TEST ESPECÍFICO DE MM.SS								
TEST DE PHALEN	DER	0	SIGNO DE FINKELSTEIN	DER	0	TEST DEL BRAZO CAIDO	DER	0
	IZQ	0		IZQ	0		IZQ	0
TEST DE TINEL	DER	0	SIGNO DE NEER**	DER	0	* USAR ESCALA DEL DOLOR ** APLICAR PARA TRABAJADORES DE PLANTA (OPERACIONES), NO PARA PERSONAL CON LABOR ADMINISTRATIVA		
	IZQ	0		IZQ	0			
ECTOSCOPIA								
SIMETRIA DE MM.SS.:		NORMAL						
SIMETRIA DE MM.II:		NORMAL						
COLUMNA VERTEBRAL								
INSPECCIÓN		EJE CORPORAL				EJE CORPORAL		
ANTERO POSTERIOR	CERVICAL	NORMAL		LATERAL	DORSAL	NORMAL		
	DORSAL	NORMAL			LUMBAR	NORMAL		
	LUMBAR	NORMAL						
DOLOR A MOVILIDAD								
	FLEXION	EXTENSION	LATERALIZ. DERECHA	LATERALIZ. IZQUIERDA	ROTAC. DERECHA	ROTAC. IZQUIERDA	DOLOR (0/4)	IRRADIAC
COLUMNA CERVICAL	0	0	0	0	0	0	0	0
VERTEBRAL LUMBAR	0	0	0	0	0	0	0	0
TEST ESPECIFICO								
	DER	IZQ			RESULTADO			
LASEGUE	NEGATIVO	NEGATIVO	SCHOBER		NEGATIVO			
PALPACIÓN		APÓFISIS ESPINOSAS DOLOROSAS		CONTRACTURA MUSCULAR				
COLUMNA VERTEBRAL	CERVICAL	NO		NO				
	DORSAL	NO		NO				
	LUMBAR	NO		NO				
TABLA 1								
GRADO 0	AUSENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS.							
GRADO 1	EXISTENCIA DE SINTOMATOLOGÍA SUGESTIVA Y/O DOLOR EN REPOSO.							
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 O LIMITACIÓN FUNCIONAL EVIDENTE SIN DOLOR.							
CONCLUSIÓN FINAL								
APTO: EXAMEN OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES								
DIAGNÓSTICOS								
CIE-10	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIONES						
Z01.89	EXAMEN OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PERIÓDICA SEGÚN PROTOCOLO DEL EMPLEADOR.						

SAMA
EDGAR F. GARCIA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. M00772 / R.N.A. A64814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

SAMA
LOURDES MARINE CABANILLAS CHICOMA
MÉDICO EVALUADOR
C.M.P. 79322 / R.N.A. A11568

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL ÁREA

FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

SISTEMA DE VIGILANCIA BIOMECANICO ENCUESTA OSTEOMUSCULAR - CUESTIONARIO NORDICO

Autorizó a la empresa para realizar esta encuesta establecida por el programa de programa de vigilancia epidemiológica osteomuscular, entendiéndolo que el diligenciamiento es voluntario y certificó que las respuestas que doy son verídicas y completas. Se me informa que este documento es confidencial y de reserva profesional y solo puede darse a conocer al profesional evaluador o a las personas, entidades previstas en la legislación vigente.

DATOS PERSONALES			
FECHA EXAMEN:	08/11/2024	FECHA NAC.:	11/02/1991
APELLIDOS Y NOMBRES:	GAÑOZA GAYOSO VICTOR MANUEL	EDAD:	33A 8M 28D
PUESTO AL QUE POSTULA:	CONDUCTOR DE CAMIONETA	TIPO DE EXAMEN:	PREOCUPACIONAL

CON QUE MANO ESCRIBE:	ANTIGÜEDAD DEL CARGO ACTUAL:	ESTATURA:	PESO:
DERECHA		170CM.	86KG.

1. SOMBREE O SEÑALE CON UNA X EL ÁREA QUE PRESENTA MOLESTIAS TANTO EN LAS CASILLAS COMO EN EL ESQUEMA DEL CUERPO HUMANO

	EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES HA PRESENTADO DOLOR O MOLESTIAS, CONSTANTES O PERSISTENTES (HAYA O NO CONSULTADO AL MÉDICO RESPONDA) A NIVEL DE					EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES HA PRESENTADO IMPEDIMENTO PARA REALIZAR ACTIVIDADES NORMALES EXTERNAS AL TRABAJO POR PROBLEMAS EN					EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES HAS VISITADO AL MÉDICO POR LOS SÍNTOMAS PRESENTADOS.					HA PRESENTADO DOLOR O MOLESTIAS EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS O TODA UNA SEMANA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES				
SEGMENTO	SI	NO	SI	DR O IZ	AMBOS	NO	SI	DR O IZ	AMBOS	NO	SI	DR O IZ	AMBOS	NO	SI	DR O IZ	AMBOS			
HOMBROS		✓				✓				✓				✓						
CODOS		✓				✓				✓				✓						
MANOS		✓				✓				✓				✓						
CUELLO		✓				✓				✓				✓						
ESPALDA ALTA		✓				✓				✓				✓						
ESPALDA BAJA		✓				✓				✓				✓						
CADERAS Y MUSLOS		✓				✓				✓				✓						
RODILLAS		✓				✓				✓				✓						
TOBILLO Y PIES		✓				✓				✓				✓						
OTROS		✓				✓				✓				✓						

2. ¿QUE CALIFICACIÓN LE DARÍA AL DOLOR O MOLESTIA? (SIENDO 1 MOLESTIA LEVE Y 5 INSOPORTABLE).

HOMBROS	CODOS	MANOS	CUELLO	ESPALDA ALTA	ESPALDA BAJA	CADERAS Y MUSLOS	RODILLAS	TOBILLO Y PIES
0	0	0	0	0	0	0	0	0

3. ¿PRESENTA OTROS SÍNTOMAS COMO ADORMECIMIENTO, HORMIGUEO, PÉRDIDA DE FUERZA, ETC.?

MIEMBROS SUPERIORES:	NO	--
MIEMBROS INFERIORES:	NO	

4. ¿HA PRESENTADO O PRESENTA ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES DIAGNOSTICADAS COMO FRACTURAS, SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO, SÍNDROME DE MANGUITO ROTADOR, ESCOLIOSIS, TENDINITIS, EPICONDILITIS, LESIONES DE MENISCOS, ETC.?

--

SAMA
EDGAR F. GARCÍA ORDÍNOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. M00772 / R.N.A. A64814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

SAMA
LOURDES MARINE CABANILLAS CHICOMA
MÉDICO EVALUADOR
C.M.P. 79322 / R.N.A. A11568

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL
ÁREA

FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

EVALUACION OSTEOMUSCULAR

APELLIDOS Y NOMBRES:		GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL	
5. REALIZA ALGÚN TIPO DE MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS (ENTENDIDA COMO CARGA CUALQUIER PESO SUPERIOR A 3KG)		NO	
6. ¿PRESENTA USTED DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES COMO HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, HIPOTIROIDISMO O HIPERTIROIDISMO, ETC.?		--	
7. REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD EXTRALABORAL COMO PRACTICAR ALGÚN DEPORTE, ESTUDIAR, TOCAR INSTRUMENTOS, MANUALIDADES ETC. :		SI	
CON QUÉ FRECUENCIA EN LA SEMANA :		3 VECES	
GIMNASIO, FUTBOL			
8. ¿PRESENTA ALGÚN DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD LABORAL CALIFICADA? ¿CUÁL? ¿SE ENCUENTRA EN ALGÚN PROCESO DE CALIFICACIÓN DE ORIGEN DE ENFERMEDAD?		--	
9. ¿HA SUFRIDO ACCIDENTES COMUNES O DE TRABAJO CON AFECTACIÓN OSTEOMUSCULAR LOS ÚLTIMOS 6 MESES?		--	
10. HA PRESENTADO INCAPACIDADES POR CONDICIONES DE SALUD OSTEOMUSCULAR		NO	

CONCLUSIÓN FINAL

APTO:
EXAMEN OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES

DIAGNÓSTICOS

CIE-10	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIONES
Z01.89	EXAMEN OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PERIÓDICA SEGÚN PROTOCOLO DEL EMPLEADOR.

EDGAR F. GARCIA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. M00772 / R.N.A. A64814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

LOURDES MARINE CABANILLAS CHICOMA
MÉDICO EVALUADOR
C.M.P. 79322 / R.N.A. A11568

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL
ÁREA

FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

EVALUACION OFTALMOLÓGICA

I.- DATOS PERSONALES

FECHA EXAMEN: 08/11/2024 FECHA NAC.: 11/02/1991
APELLIDOS Y NOMBRES: GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL SEXO: MASCULINO
DIRECCIÓN: CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS DOC.IDENTIDAD: DNI.72048185
EMPRESA: SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L. EDAD: 33A 8M 28D
PUESTO AL QUE POSTULA: CONDUCTOR DE CAMIONETA TIPO DE EXAMEN: PREOCUPACIONAL

PREGUNTAS

MANEJA VEHÍCULO: NO CIRUGÍA OCULAR: NO
CIRUGÍA MAYOR RECIENTE: NO TRAUMA OCULAR: NO
DIABETES: NO USA LENTES CORRECTORES: NO
HIPERTENSIÓN: NO OTROS: NO
GLAUCOMA: NO

ANTECEDENTES

NIEGA ENFERMEDADES

AGUDEZA VISUAL

AV	LEJOS	SIN CORRECTORES			CON CORRECTORES			ESF	CIL	EJE	DIP
		OD	OI	VB.	OD	OI	VB.	--	--	--	--
		20/20	20/20	--	--	--	--	--	--	--	--
	CERCA	OD	OI	VB.	OD	OI	VB.	--			
		J1	J1	--	--	--	--	ADD			

PATOLOGIAS

	OD	OI
PTOSIS PALPEDRAL:	NO	NO
ESTRABISMO:	NO	NO
CONJUNTIVITIS:	NO	NO
CATARATA:	NO	NO
PTERIGION:	NO	NO
CHALAZION:	NO	NO
TRAST. CORNEA:	NO	NO
OTROS: --		

BIOMICROSCOPIA

PÁRPADOS Y ANEXOS:	NORMAL
CONJUNTIVAS:	NORMAL
CÓRNEAS:	NORMAL
CRISTALINO:	NORMAL

PROCEDIMIENTOS

TEST DE COLORES	NORMAL, --	
TEST DE PROFUNDIDAD	ESTEREOPSIS NORMAL, --	
CAMPIMETRÍA	OJO IZQUIERDO	NORMAL
	OJO DERECHO	NORMAL
REAC. AL ENCANDILAMIENTO	<5SEG 4	<5SEG 4

CONCLUSIÓN FINAL

RESULTADOS DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES:
EMÉTROPE

DIAGNÓSTICOS

CIE-10	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIONES
Z01.00	EXAMEN DE LOS OJOS Y DE LA VISIÓN NORMAL	CONTROL PERIÓDICO POR LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGÍA.

SAMA
EDGAR F. GARCIA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. 1000772 / R.N.A. A04814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

SAMA
DEISY DEL P. SOTELO SAAVEDRA
OFTALMOLOGÍA
C.E.P 100102

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL ÁREA

FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

FICHA MÉDICA AUDIOLÓGICA

I.- DATOS PERSONALES

FECHA EXAMEN:	08/11/2024	FECHA NAC.:	11/02/1991
APELLIDOS Y NOMBRES:	GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL	SEXO:	MASCULINO
DIRECCIÓN:	CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS	DOC.IDENTIDAD:	DNI.72048185
EMPRESA:	SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.	EDAD:	33A 8M 28D
PUESTO AL QUE POSTULA:	CONDUCTOR DE CAMIONETA	TIPO DE EXAMEN:	PREOCUPACIONAL

PONDERADO 8H/D: -
USO DE PROTECTORES AUDITIVOS: TAPONES Y OREJERAS; -
APRECIACIÓN DEL RUIDO: RUIDO MODERADO; -

AUDIÓMETRO

MARCA: INVENTIS	MODELO: BELL PLUS THD-39	FECHA DE CALIBRACIÓN: 08/11/2024
-----------------	--------------------------	----------------------------------

SÍNTOMAS ACTUALES

DISMINUCIÓN DE AUDICIÓN: NO
DOLOR DE OÍDO: NO
ZUMBIDO: NO
MAREOS: NO
INFECCIÓN AL OÍDO: NO
VÉRTIGO: NO
OTALGIA: NO
OTORREA: NO
OTORRAGIA: NO
TINNITUS: NO
OTRA: NO

ANTECEDENTES RELACIONADOS

CONSUMO DE TABACO: NO
HOBBIES CON EXPOSICIÓN A RUIDO: NO
EXPOSICIÓN LABORAL A QUÍMICOS: NO
INFECCIÓN AL OÍDO: NO
DIABETES MELLITUS: NO
TUBERCULOSIS: NO
HIPOTIROIDISMO: NO
TRAUMATISMO ACÚSTICO AGUDO Y TEC: NO
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: NO
HTA: NO

ANTECEDENTE FARMACOLÓGICO OTOTOXICOS

ANTITUBERCULOSO: NO
AMINIOGLUCOSIDO: NO
CITOSTATICO: NO
ANTIBIÓTICO: NO
DIURÉTICOS: NO
ANTIMALARICO: NO
OTRO: NO

EXPOSICIÓN A RUIDO A OTRAS ACTIVIDADES

USO DE AURICULARES: NO
SERVICIO MILITAR CON ARMA DE FUEGO: NO
DISCOTECA, BARES O RECINTOS CON RUIDO (FRECUENTE): NO
CONSUMO DE TABACO (FUMADOR): NO

OTOSCOPIA: C.A.P

CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO PERMEABLE Y MEMBRANA TIMPÁNICA ÍNTEGRA

SAMA
EDGAR F. BARCIA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. 100772 / R.N.A. A04814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

SAMA
SOLÓRZANO CARBAÑAL EMILY EDITH
AUDIOMETRÍA
C.E.P. 066154

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL ÁREA

FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

FICHA MÉDICA AUDIOLÓGICA

I.- DATOS PERSONALES

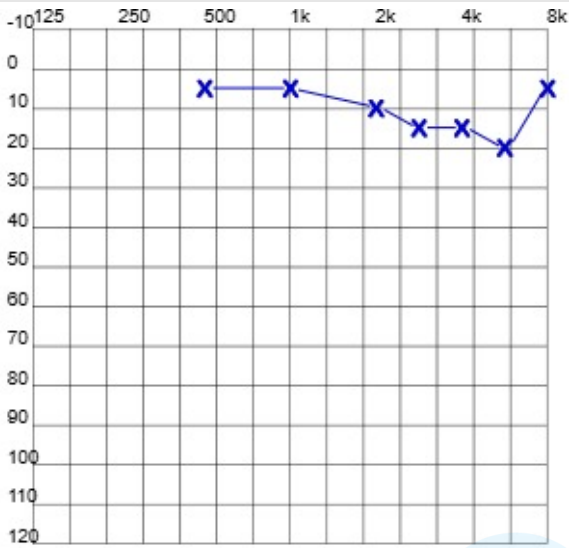
FECHA EXAMEN: 08/11/2024
APELLIDOS Y NOMBRES: GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL
DIRECCIÓN: CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS
EMPRESA: SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.
PUESTO AL QUE POSTULA: CONDUCTOR DE CAMIONETA

FECHA NAC.: 11/02/1991
SEXO: MASCULINO
DOC.IDENTIDAD: DNI.72048185
EDAD: 33A 8M 28D
TIPO DE EXAMEN: PREOCUPACIONAL

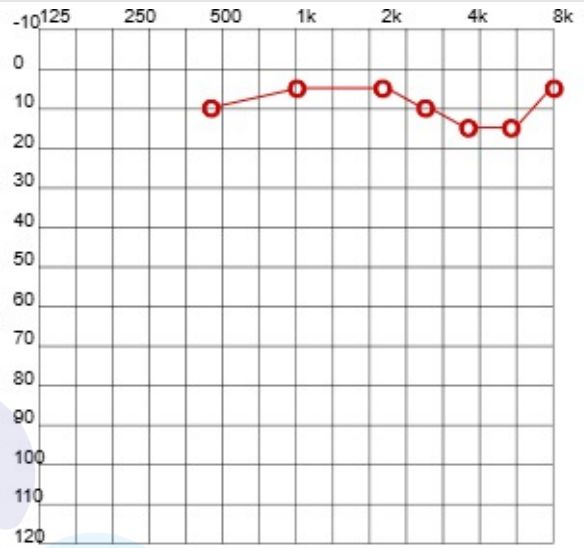
LEYENDA

○ VÍA AÉREA SIN MASKING(OD) < VÍA ÓSEA SIN MASKING(OD) X VÍA AÉREA SIN MASKING(OI) > VÍA ÓSEA SIN MASKING(OI)

OÍDO IZQUIERDO



OÍDO DERECHO



	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
VA	5		5		10	15	15	20	5
VO									

	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
VA	10		5		5	10	15	15	5
VO									

CONCLUSIÓN FINAL

RESULTADOS DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES:
NORMOACUSIA

DIAGNÓSTICOS

CIE-10	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIONES
Z01.10	OÍDOS Y LA AUDICIÓN SIN ANOMALÍAS: NORMOACUSIA	

EDGAR F. BARCIA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. 100772 / R.N.A. A04814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

SOLORZANO CARBAJAL EMILY EDITH
AUDIOMETRÍA
C.E.P. 066154

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE
DEL ÁREA

FIRMA DEL PACIENTE

HUELLA DIGITAL



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

CUESTIONARIO DE ESPIROMETRÍA

I.- DATOS PERSONALES

FECHA EXAMEN:	08/11/2024	FECHA NAC.:	11/02/1991
APELLIDOS Y NOMBRES:	GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL	SEXO:	MASCULINO
DIRECCIÓN:	CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS	DOC.IDENTIDAD:	DNI.72048185
EMPRESA:	SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.	EDAD:	33A 8M 28D
PUESTO AL QUE POSTULA:	CONDUCTOR DE CAMIONETA	TIPO DE EXAMEN:	PREOCUPACIONAL

PREGUNTAS PARA TODOS LOS CANDIDATOS A ESPIROMETRIA (RELACIONADAS A CRITERIOS DE EXCLUSION)

¿TUVO DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA O UNA OPERACIÓN (CIRUGÍA) DE LOS OJOS, TÓRAX O ABDOMEN, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES?:	NO
¿HA TENIDO ALGÚN ATAQUE CARDIACO O INFARTO AL CORAZÓN EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES? :	NO
¿HA ESTADO HOSPITALIZADO(A) POR CUALQUIER OTRO PROBLEMA DEL CORAZÓN EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES?:	NO
¿ESTA USANDO MEDICAMENTOS PARA LA TUBERCULOSIS, EN ESTE MOMENTO? :	NO
¿TUVO TUBERCULOSIS ALGUNA VEZ? :	NO

PARA SER LLENADO POR EL PROFESIONAL QUE REALIZA LA PRUEBA

HEMOPTISIS:	NO	INFARTO RECIENTE:	NO
PNEUMOTORAX:	NO	INESTABILIDAD CV:	NO
TRAQUEOTOMÍA:	NO	FIEBRE, NAUSEA, VOMITO:	NO
SONDA PLEURAL:	NO	EMBOLIA PULMONAR:	NO
ANEURISMA CEREBRAL, ABDOMEN, TÓRAX:	NO		

PREGUNTAS PARA TODOS LOS ENTREVISTADOS QUE NO TIENEN LOS CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

¿TUVO UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA (RESFRIADO) EN LAS ÚLTIMAS 3 SEMANAS?:	NO
¿TUVO INFECCIÓN EN EL OÍDO EN LAS ÚLTIMAS 3 SEMANAS?:	NO
¿USO AEROSOLE (ESPRAY INHALADOS) O NEBULIZACIONES CON BRONCODILATADOR, EN LAS ÚLTIMAS 3 HORAS?:	NO
¿HA USADO ALGÚN MEDICAMENTO BRONCODILATADOR TOMA EN LAS ULTIMAS 8 HORAS?:	NO
¿FUMO (CUALQUIER TIPO DE CIGARRO), E LAS ULTIMAS DOS HORAS?:	NO
¿REALIZO ALGÚN EJERCICIO FÍSICO FUERTE (COMO GIMNASIA, CAMINATA O TROTAR), EN LAS ULTIMA HORA? :	NO
¿COMIÓ EN LA ÚLTIMA HORA?:	NO

FVC: 4.92

FEV1: 4.20

FEV1/FVC: 85.3

FEF 25-75%: 4.69

CONCLUSIÓN FINAL

RESULTADOS DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES:
ESPIROMETRÍA NORMAL

DIAGNÓSTICOS

CIE-10	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIONES
--------	-------------	-----------------

PATRÓN ESPIROMÉTRICO NORMAL

SAMA
EDGAR F. GARCIA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. M00772 / R.N.A. A04814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

SAMA
Kelly B. Benites Faredes
ENFERMERA
I.C.E.P. 7597

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL
ÁREA

FIRMA DEL PACIENTE

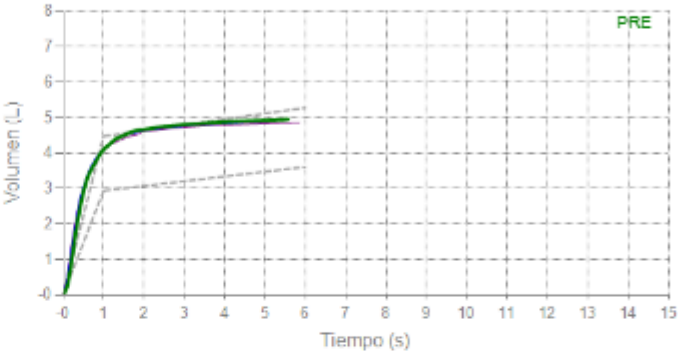
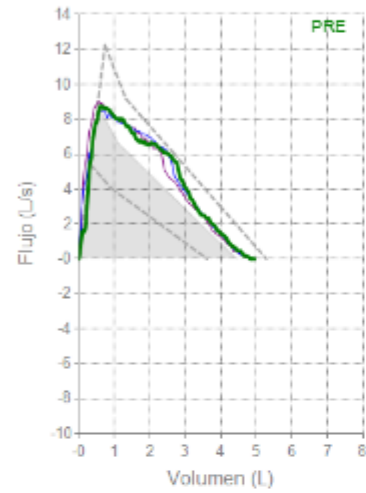


HUELLA DIGITAL

Resultados prueba de función pulmonar

Datos del paciente

ID del paciente	72048185	Edad	33
Apellido	GANOZA GALLOSO	Sexo	M
Nombre	VICTOR MANUEL	Altura	170 cm
Fecha de	11/02/1991	Peso	86 kg
Grupo étnico	Indio del sur	BMI	29.76
Fumar	No fumador	Paquete	00
Worklist			



Grado de control de calidad PRE: A

Ensayos aceptables: 3

Interpretación

Espirometría normal



Fecha de ensayo 8/11/2024 10:42

Parámetros		LLN	Pred	PRE	%Pred	Z-Score	PRE#1	PRE#2	PRE#3
FVC	L	3.61	4.44	4.92	110.75	0.93	4.92	4.88	4.86
FEV1	L	2.94	3.70	4.20	113.37	1.10	4.20	4.17	4.09
FEV1/FVC	%	73.63	83.49	85.37	102.25	0.35	85.40	85.50	84.20
FEV6	L	3.61	4.44	4.92	110.75	0.93	4.92	4.88	4.86
FEV1/FEV6	%	73.63	83.49	85.40	102.29	0.35	85.40	85.50	84.20
PEF	L/s	5.41	8.83	9.04	102.36	0.10	8.74	8.58	9.04
FEF2575	L/s	2.34	3.86	4.69	121.49	0.76	4.69	4.75	4.44
FET	s	-	6.00	5.57	92.83	-	5.57	5.19	5.86
ELA	Years	-	34	34	100.00	-	34	34	34
FEV1/VC	%	-	-	-	-	-	-	-	-

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

Conclusión / Informe médico

Doctor Signature

Technician Signature

Instrumento usado

Spirobank II s/n Y20542

Last calibration check: 8/11/2024 08:34



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

ELECTROCARDIOGRAMA

I.- DATOS PERSONALES

FECHA EXAMEN:	08/11/2024	FECHA NAC.:	11/02/1991
APELLIDOS Y NOMBRES:	GAÑOZA GAYOSO VICTOR MANUEL	SEXO:	MASCULINO
DIRECCIÓN:	CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS	DOC.IDENTIDAD:	DNI.72048185
EMPRESA:	SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.	EDAD:	33A 8M 28D
PUESTO AL QUE POSTULA:	CONDUCTOR DE CAMIONETA	TIPO DE EXAMEN:	PREOCUPACIONAL

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

HIPERTENSION ARTERIAL:	NO	CANSANCIO RÁPIDO:	NO
OBESIDAD:	NO	MAREOS:	NO
DIABETES:	NO	PALPITACIONES:	NO
TABAQUISMO:	NO	PÉRDIDA DE CONCIENCIA:	NO
SEDENTARISMO:	NO	DISLIPIDEMIA:	NO
OTRO (ESPECIFICAR):	NO		

RESULTADOS DE ELECTROCARDIOGRAMA

RITMO: SINUSAL
FRECUENCIA CARDÍACA: 65
MEDICIONES:
EJE QRS: +49
ONDA P: 0.10
SEGMENTO PR: 0.20
COMPLEJO QRS: 0.08
SEGMENTO QT: 0.36
SIGNOS DE ISQUEMIA O DE HIPERTROFIAS: NO

CONCLUSIÓN FINAL

RESULTADOS DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES:
EKG NORMAL

DIAGNÓSTICOS

CIE-10	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIONES
	ELECTROCARDIOGRAMA CON RESULTADOS DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES	


SAMA
EDGAR F. GARCÍA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. M00772 / R.N.A. A04814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO


SAMA
ARRÉSTEGUI Y. SHIRLEY VANESSA
ELECTROCARDIOGRAMA
C.E.P. 089883

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE
DEL ÁREA

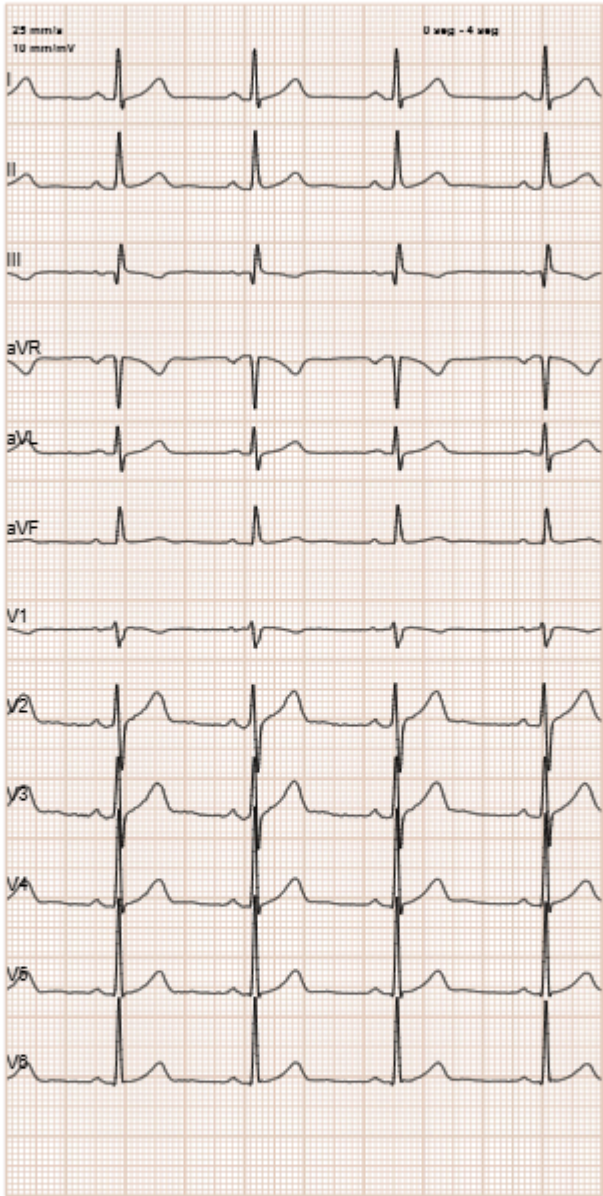


FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL

Patient name:	VICTOR MANUEL GANOZA GAYOSO	Barcode:	72048185	
Patient birthdate:	1991-02-11	Patient sex:	Masculino	
Nombre médico:	admin			
Institute name:				Record time: 2024-11-08 09:59:35





7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA OCUPACIONAL

HISTORIA CLÍNICA N°:	HC-00213768
----------------------	-------------

I.- DATOS PERSONALES

FECHA EXAMEN:	08/11/2024	FECHA NAC.:	11/02/1991
APELLIDOS Y NOMBRES:	GAÑOZA GAYOSO VICTOR MANUEL	SEXO:	MASCULINO
DIRECCIÓN:	CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS	DOC.IDENTIDAD:	DNI.72048185
EMPRESA:	SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.	EDAD:	33A 8M 28D
PUESTO AL QUE POSTULA:	CONDUCTOR DE CAMIONETA	TIPO DE EXAMEN:	PREOCUPACIONAL

MOTIVO DE EVALUACION

PREOCUPACIONAL

DATOS OCUPACIONALES:

EMPRESA ACTUAL (POSTULA, TRABAJA O TRABAJÓ)

RAZÓN SOCIAL:	SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.
ACTIVIDAD ECONÓMICA:	ALQUILER EQUIPO TRANSPORTE V. TERRES.
UBICACIÓN:	LT. 4 MZ. C - URB. LAGUNA SECA - LOS BAÑOS DEL INCA - CAJAMARCA - CAJAMARCA
RUC:	20601902746
ÁREA DE TRABAJO:	SUPERFICIE
TIEMPO TOTAL LABORANDO:	-

PRINCIPALES RIESGOS:

DISERGONÓMICOS, PSICOSOCIALES.

MEDIDAS DE SEGURIDAD:

PARTICIPACIÓN DE CHARLAS Y CAPACITACIONES DE SEGURIDAD, CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE LA EMPRESA.

ABSENTISMO: ENFERMEDADES Y ACCIDENTES (ASOCIADO A TRABAJO O NO).

ENFERMEDAD, ACCIDENTE	ASOCIADO AL TRABAJO		AÑO	DÍAS DE DESCANSO
	SI	NO		
NIEGA	--	--	NIEGA	NIEGA
--	--	--	--	--
--	--	--	--	--
--	--	--	--	--

HISTORIA FAMILIAR:

NO PRESENTA ANTECEDENTES RELEVANTES.

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES: (durante el tiempo de trabajo)

NIEGA ENFERMEDADES Y ACCIDENTES

HABITOS: (pasatiempos, consumo de tabaco, alcohol y/o drogas)

NIEGA

OTRAS OBSERVACIONES:

ASUME NORMAS Y REGLAS.



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES:		GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL	
OBSERVACION DE CONDUCTAS:		TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	
PRESENTACIÓN:	ADECUADA	X	OBSERVACIÓN
POSTURA:	ERGUIDA	X	ENTREVISTA
DISCURSO:	- RITMO: FLUIDO - TONO: MODERADO - ARTICULACIÓN: SIN DIFICULTAD		CLIMA LABORAL
ORIENTACIÓN:	- TIEMPO: ORIENTADO - ESPACIO: ORIENTADO - PERSONA: ORIENTADO		WAIS
PROCESOS COGNITIVOS			INVENTARIO MILLÓN DE ESTILOS DE PERSONALIDAD – MIPS
LUCIDO, ATENTO:	NORMAL		ESCALA DE APRECIACIÓN DEL ESTRÉS-EAE
PENSAMIENTO:	RACIONAL		INVENTARIO DE BURNOUT MASLACH
PERCEPCIÓN:	ADECUADA		TEST DE BENDER
MEMORIA:	NO PRESENTA ALTERACIONES EN LA MEMORIA DE CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO.		TEST DE BENTON
INTELIGENCIA:	PROMEDIO		BATERÍA DE CONDUCTORES
APETITO:	CONSERVADO		ESCALA DE MEMORIA DE WECHSLER
SUEÑO:	CONSERVADO. DUERME 6 A 8 HORAS, PERCIBIENDO DESCANSO.		ESCALA DE MOTIVACIONES DE PSICOSOCIALES – MPS
PERSONALIDAD:	EQUILIBRADA		INVENTARIO DE LA ANSIEDAD DE ZUNG
AFECTIVIDAD:	ESTABLE		INVENTARIO DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG
CONDUCTA SEXUAL:	ADECUADA		LURIA – DNA DIAGNOSTICO NEUROPSICOLÓGICO DE ADULTOS
			INVENTARIO DE PERSONALIDAD EYSENCK.
			MÉTODO NASA TLX (CARGA MENTAL)
			ESCALA SINTOMÁTICA DE ESTRÉS – SEPPO ARO
			ESTRÉS (EAE)
			ANSIEDAD ESTADO-RASGO
			ISTAS21- COPSQ
			ESTADOS FÓBICOS
		X	FATIGA
			ESTRÉS OIT
		X	SOMNOLENCIA DE EPWORTH
		X	TEST RÁPIDO DE BARRANQUILLA BARSIT
		X	TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA
			MINI TEST PSIQUIÁTRICO
			TEST DE DOMINÓS D-48
			TEST DE COLORES DE LUSCHER
			TEST DE LA PERSONA CON ARMA
		OTROS	--
DIAGNOSTICO FINAL:			
ÁREA COGNITIVA:			
FUNCIONES CONSERVADAS			
ÁREA EMOCIONAL:			
EL EVALUADO MUESTRA CONFIANZA EN SU PERSONA, PERCIBIENDO ADECUADAMENTE LAS EXIGENCIAS DEL MEDIO QUE LO RODEA, OPTANDO POR UN COMPORTAMIENTO CAUTELOSO RESPECTO A SU ENTORNO.			

EDGAR F. BARCIA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. 100772 / R.N.A. A64814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

ANGIE E. OBANDO PLASENCIA
PSICOLOGÍA
C.P.S.P. 31936

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL ÁREA

FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL.

HISTORIA CLÍNICA N°:	HC-00213768
----------------------	-------------

I.- DATOS PERSONALES

FECHA EXAMEN:	08/11/2024	FECHA NAC.:	11/02/1991
APELLIDOS Y NOMBRES:	GAÑOZA GAYOSO VICTOR MANUEL	SEXO:	MASCULINO
DIRECCIÓN:	CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS	DOC.IDENTIDAD:	DNI.72048185
EMPRESA:	SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.	EDAD:	33A 8M 28D
PUESTO AL QUE POSTULA:	CONDUCTOR DE CAMIONETA	TIPO DE EXAMEN:	PREOCUPACIONAL

MOTIVO DE EVALUACION

PREOCUPACIONAL

OBSERVACION DE CONDUCTAS

PRESENTACIÓN: ADECUADA

POSTURA: ERGUIDA

DISCURSO:

- RITMO: FLUIDO
- TONO: MODERADO
- ARTICULACIÓN: SIN DIFICULTAD

ORIENTACIÓN:

- TIEMPO: ORIENTADO
- ESPACIO: ORIENTADO
- PERSONA: ORIENTADO

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

NIVEL INTELECTUAL : PROMEDIO

COORDINACIÓN VISOMOTRÍZ : ADECUADA

NIVEL DE MEMORIA : NO PRESENTA ALTERACIONES EN LA MEMORIA DE CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO.

PERSONALIDAD : EQUILIBRADA

AFECTIVIDAD : ESTABLE

CONCLUSIONES

ÁREA COGNITIVA:

FUNCIONES CONSERVADAS

ÁREA EMOCIONAL:

EL EVALUADO MUESTRA CONFIANZA EN SU PERSONA, PERCIBIENDO ADECUADAMENTE LAS EXIGENCIAS DEL MEDIO QUE LO RODEA, OPTANDO POR UN COMPORTAMIENTO CAUTELOSO RESPECTO A SU ENTORNO.

PACIENTE: APTO

RECOMENDACIONES

BUENAS PRÁCTICAS PARA EL TRABAJADOR:

•ASISTIR A CHARLAS DE PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA EMOCIONAL SALUDABLE.

EDGAR F. GARCÍA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. M00772 / R.N.A. A64814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

ANGIE E. OBANDO PLASENCIA
PSICOLOGÍA
C.P.S.P. 31936

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE
DEL ÁREA

FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL

CUESTIONARIO DE FATIGA

I.- DATOS PERSONALES

FECHA EXAMEN:	08/11/2024	FECHA NAC.:	11/02/1991
APELLIDOS Y NOMBRES:	GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL	SEXO:	MASCULINO
DIRECCIÓN:	CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS	DOC.IDENTIDAD:	DNI.72048185
EMPRESA:	SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.	EDAD:	33A 8M 28D
PUESTO AL QUE POSTULA:	CONDUCTOR DE CAMIONETA	TIPO DE EXAMEN:	PREOCUPACIONAL

II.- METODOLOGIA DE EVALUACIÓN

CUESTIONARIO DE FATIGA

III.- DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

EL EVALUADO NO PRESENTA NIVELES DE FATIGA. POR LO TANTO, NO SE EVIDENCIA FALTA DE ENERGÍA O DESMOTIVACIÓN. ESTO PERMITE EL BUEN DESARROLLO DE SUS OPERACIONES LABORALES NO OBSERVÁNDOSE EN ÉL GRADOS ALTOS DE AGOTAMIENTO.

IV.- RECOMENDACIONES

ASISTIR A TALLERES DE PRESERVACIÓN DE LOS NIVELES ÓPTIMOS DE SALUD EN EL TRABAJO.


EDGAR F. GARCIA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. M00772 / R.N.A. A64814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO


ANGIE E. OBANDO PLASENCIA
PSICOLOGÍA
C.P.S.P. 31936

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE
DEL ÁREA



FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

TEST DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

I.- DATOS PERSONALES

FECHA EXAMEN:	08/11/2024	FECHA NAC.:	11/02/1991
APELLIDOS Y NOMBRES:	GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL	SEXO:	MASCULINO
DIRECCIÓN:	CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS	DOC.IDENTIDAD:	DNI.72048185
EMPRESA:	SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.	EDAD:	33A 8M 28D
PUESTO AL QUE POSTULA:	CONDUCTOR DE CAMIONETA	TIPO DE EXAMEN:	PREOCUPACIONAL

II.- METODOLOGIA DE EVALUACIÓN

CUESTIONARIO SOMNOLENCIA DE EPWORTH

III.- DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

EL EVALUADO PRESENTA SUEÑO NORMAL. POR LO TANTO, NO SE EVIDENCIA UN ESTADO DE SOMNOLENCIA, PERMITIENDO UN BUEN DESARROLLO DE SUS OPERACIONES LABORALES. SE OBSERVA EN ÉL, UNA CAPACIDAD DE VIGILIA, ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN ÓPTIMA.

IV.- RECOMENDACIONES

ASISTIR A TALLERES DE PRESERVACIÓN DE LOS NIVELES ÓPTIMOS DE SALUD EN EL TRABAJO.



EDGAR F. GARCIA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. M00772 / R.N.A. A64814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO



ANGIE E. OBANDO PLASENCIA
PSICOLOGÍA
C.P.S.P. 31936

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE
DEL ÁREA



FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

EXAMEN PSICOSENSOMETRICO

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES: GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL
DOC.IDENTIDAD: DNI.72048185
SEXO: MASCULINO
EDAD: 33A 8M 28D
GRUPO SANGUÍNEO: A POSITIVO
DOMICILIO: CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS

ESTUDIOS: SUPERIOR COMPLETA
ESTADO CIVIL: CONVIVIENTE
DOC.IDENTIDAD: DNI.72048185
USA LENTE ÓPTICO: NO
USA LENTE DE CONTACTO: NO
USA AUDIFONO: NO

EXAMEN TOMADO EL DÍA

TIPO DE EXAMEN: AI (PROFESIONAL - REVALIDACIÓN)

RESULTADO: APTO

TES DE REACTIMETRÍA SIMPLE

PUEBA #1:	0.52 MEDIO LENTO	PUEBA #2:	0.45 MEDIO LENTO
PUEBA #3:	0.45 MEDIO LENTO	PUEBA #4:	MEDIO LENTO
PUEBA #5:	MEDIO LENTO	PUEBA #6:	MEDIO LENTO
PUEBA #7:	MEDIO LENTO	PUEBA #8:	MEDIO LENTO
PUEBA #9:	MEDIO LENTO	PUEBA #10:	MEDIO LENTO

RESULTADO: APROBADO

RESPONSABLE DE ESTE EXÁMEN: ADMINISTRADOR

TEST DE VISIÓN Y AUDICIÓN

		SIN CORRECTORES	CON CORRECTORES	
AGUDEZA VISUAL	OJO IZQUIERDO	20/20	--	APROBADO
	OJO DERECHO	20/20	--	APROBADO

APRECIACIÓN DE DISTANCIA

APROBADO

DISCRIMINACIÓN DE COLORES

APROBADO

FORIA VISUAL

FORIA HORIZONTAL

FORIA VERTICAL

DENTRO DE LO NORMAL

DENTRO DE LO NORMAL

APROBADO

APROBADO

VISIÓN NOCTURNA

APROBADO

VISIÓN ENCANDILADA

APROBADO

RECUP. DE ENCANDILAMIENTO

APROBADO

TEST PERIMETRIA

OJO IZQUIERDO

APROBADO

OJO DERECHO

APROBADO

PERIMETRIA VERTICAL

APROBADO

EXMEN AUDITIVO

OIDO IZQUIERDO

TODAS LAS FRECUENCIAS

500 HZ -- DB

1000 HZ -- DB

2000 HZ -- DB

4000 HZ -- DB

8000 HZ -- DB

APROBADO

OIDO DERECHO

TODAS LAS FRECUENCIAS

500 HZ -- DB

1000 HZ -- DB

2000 HZ -- DB

4000 HZ -- DB

8000 HZ -- DB

APROBADO

RESULTADO: APROBADO

RESPONSABLE DE ESTE EXÁMEN: ADMINISTRADOR


EDGAR F. GARCIA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. M00772 / R.N.A. A04814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO


ANGIE E. OBANDO PLASENCIA
PSICOSENSOMETRICO
C.P.S.P. 31936

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE
DEL ÁREA

FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

EXAMEN PSICOSENSOMETRICO

APELLIDOS Y NOMBRES:	GAÑOZA GAYOSO VICTOR MANUEL
TEST DE PALANCAS	
TIEMPO DE ERROR:	3.11 APROBADO
CANTIDAD DE ERRORES:	06 APROBADO
TIEMPO DE EXÁMEN:	20.51 APROBADO
RESULTADO: APROBADO	
RESPONSABLE DE ESTE EXÁMEN: ADMINISTRADOR	
TEST DE PUNTEADO	
TIEMPO DE ACIERTOS:	5.85 APROBADO
CANTIDAD DE ACIERTOS:	40 APROBADO
TIEMPO DE EXÁMEN:	30" APROBADO
RESULTADO: APROBADO	
RESPONSABLE DE ESTE EXÁMEN: ADMINISTRADOR	
CONCLUSIÓN FINAL	
APTO: EL EVALUADO PRESENTA CAPACIDADES CONSERVADAS DE ATENCIÓN, CONCENTRACIÓN Y COORDINACIÓN VISOMOTORA.	



SAMA
EDGAR F. GARCIA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. M00772 / R.N.A. A64814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO



SAMA
ANGIE E. OBANDO PLASENCIA
PSICOSENSOMÉTRICO
C.P.S.P. 31936

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE
DEL ÁREA

FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL

RESULTADOS DE LABORATORIO

I.- DATOS PERSONALES

FECHA EXAMEN: 08/11/2024
APELLIDOS Y NOMBRES: GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL
DIRECCIÓN: CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS
EMPRESA: SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.
PUESTO AL QUE POSTULA: CONDUCTOR DE CAMIONETA
FECHA NAC.: 11/02/1991
SEXO: MASCULINO
DOC.IDENTIDAD: DNI.72048185
EDAD: 33A 8M 28D
TIPO DE EXAMEN: PREOCUPACIONAL

BIOQUÍMICA

PRUEBA	RESULTADO	RANGO REFERENCIAL	UNIDADES	METODOLOGÍA
- COLESTEROL TOTAL	193	MENOR IGUAL 200 mg/dl	mg/dl	ENZIMÁTICO-COLORIMÉTRICO
- GLUCOSA BASAL	91	70 - 110 mg/dl	mg/dl	ENZIMÁTICO-COLORIMÉTRICO
- TRIGLICÉRIDOS	213	MENOR IGUAL 150 mg/dl	mg/dl	ENZIMÁTICO-COLORIMÉTRICO


EDGAR F. BARCIA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. M00772 / R.N.A. A04814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO


GUILLERMO S. PRADO VALENZUELA
LABORATORIO
C.M.P. 23286 / R.N.E. 18829

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL
ÁREA



FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL



TRUJILLO

RESULTADOS DE LABORATORIO

I.- DATOS PERSONALES

FECHA EXAMEN: 08/11/2024 FECHA NAC.: 11/02/1991
APELLIDOS Y NOMBRES: GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL SEXO: MASCULINO
DIRECCIÓN: CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS DOC.IDENTIDAD: DNI.72048185
EMPRESA: SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L. EDAD: 33A 8M 28D
PUESTO AL QUE POSTULA: CONDUCTOR DE CAMIONETA TIPO DE EXAMEN: PREOCUPACIONAL

HEMATOLOGÍA

PRUEBA	RESULTADO	RANGO REFERENCIAL	UNIDADES	METODOLOGÍA
- GRUPO Y FACTOR SANGUÍNEO	A +			
- HEMOGRAMA COMPLETO				IMPEDANCIA, CITOMETÍA DE FLUJO, LÁSER SEMICONDUCTOR Y COLORACIÓN QUÍMICA.
>> GLÓBULOS ROJOS	4.48	4.2 - 6.10 x10 ¹² l	x10 ¹² l	
>> HEMOGLOBINA	13.3	13 - 18 g/dl	g/dl	
>> HEMATOCRITO	41.2	41 - 53 %	%	
>> VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	92.0	80 - 100 fl	fl	
>> HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	29.7	26 - 34 pg	pg	
>> CONCENTRACIÓN CORPUSCULAR MEDIA	32.3	32 - 36 g/dl	g/dl	
>> GLÓBULOS BLANCOS	7.77	4.0 - 10.0 x10 ³ l	x10 ³ l	
FÓRMULA LEUCOCITARIA				
>> NEUTROFILOS	45	40 - 65 %	%	
>> ABASTONADOS	0	0 - 4 %	%	
>> EOSINOFILOS	0	0 - 5 %	%	
>> BASÓFILOS	0	0 - 2 %	%	
>> MONOCITOS	5	1 - 10 %	%	
>> LINFOCITOS	50	20 - 50 %	%	
>> CÉLULAS INMADURAS	0	0 - 10 %	%	
>> RECUENTO DE PLAQUETAS	196	150 - 450 xmm ³	xmm ³	

SAMA
EDGAR F. GARCIA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. M00772 / R.N.A. A64814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

SAMA
GUILMA S. PRADO VALENZUELA
LABORATORIO
C M P 23286 / R N E 18829

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL ÁREA

FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

RESULTADOS DE LABORATORIO

I.- DATOS PERSONALES

FECHA EXAMEN:	08/11/2024	FECHA NAC.:	11/02/1991
APELLIDOS Y NOMBRES:	GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL	SEXO:	MASCULINO
DIRECCIÓN:	CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS	DOC.IDENTIDAD:	DNI.72048185
EMPRESA:	SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.	EDAD:	33A 8M 28D
PUESTO AL QUE POSTULA:	CONDUCTOR DE CAMIONETA	TIPO DE EXAMEN:	PREOCUPACIONAL

TOXICOLOGÍA

PRUEBA	RESULTADO	RANGO REFERENCIAL	UNIDADES	METODOLOGÍA
- COCAINA	NEGATIVO			
- MARIHUANA	NEGATIVO			


SAMA
EDGAR F. GARCIA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. 100772 / R.N.A. A04814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO


SAMA
GUILMAS PRADO VALENZUELA
LABORATORIO
C.M.P. 23286 / R.N.E. 18829

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL
ÁREA



FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL



RESULTADOS DE LABORATORIO

I.- DATOS PERSONALES

FECHA EXAMEN: 08/11/2024 FECHA NAC.: 11/02/1991
APELLIDOS Y NOMBRES: GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL SEXO: MASCULINO
DIRECCIÓN: CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS DOC.IDENTIDAD: DNI.72048185
EMPRESA: SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L. EDAD: 33A 8M 28D
PUESTO AL QUE POSTULA: CONDUCTOR DE CAMIONETA TIPO DE EXAMEN: PREOCUPACIONAL

UROANÁLISIS

PRUEBA	RESULTADO	RANGO REFERENCIAL	UNIDADES	METODOLOGÍA
- EXAMEN COMPLETO DE ORINA				
EXAMEN FÍSICO				
>> COLOR	AMARILLO CLARO			
>> OLOR	CARACTERÍSTICO			
>> ASPECTO	LIGERAMENTE TURBIO			
>> DENSIDAD	1.020	1.010 - 1.030 mg/ml	mg/ml	
EXAMEN QUÍMICO				
>> PH	5	5 - 8		
>> GLUCOSURIA	NEGATIVO	NEGATIVO		
>> CETONURIA	NEGATIVO	NEGATIVO		
>> PROTEINURIA	NEGATIVO	NEGATIVO		
>> UROBILINÓGENO	NEGATIVO	NEGATIVO		
>> NITRITOS	NEGATIVO	NEGATIVO		
>> HEMOGLOBINURIA	NEGATIVO	NEGATIVO		
EVALUACIÓN MICROSCÓPICA				
>> LEUCOCITOS	0-2	0 - 5 POR CAMPO	por campo	
>> HEMATÍES	0-1	0 - 3 POR CAMPO	por campo	
>> CRISTALES	AUSENTES	AUSENTES	por campo	
>> CILINDROS	AUSENTES	AUSENTES	por campo	
>> BACTERIAS	AUSENTES	AUSENTES	por campo	
>> CÉLULAS EPITELIALES	AUSENTES	AUSENTES	por campo	

CONCLUSIÓN FINAL

RESULTADO ALTERADO:
EL PACIENTE PRESENTA TRIGLICÉRIDOS ELEVADO EN SANGRE.

SAMA
EDGAR F. GARCIA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. M00772 / R.N.A. A04814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

SAMA
GUILLERMO S. PRADO VALENZUELA
LABORATORIO
C.M.P. 23286 / R.N.E. 18829

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL
ÁREA

FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL



7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

FORMULARIO DE INFORME RADIOGRAFICO CON METODOLOGIA OIT

NOMBRES:		GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL				EDAD: 33A 8M 28D										
FECHA DE LECTURA:		08/11/2024				FECHA DE RX: 08/11/2024										
I. CALIDAD RADIOGRÁFICA	1	BUENA	X	CAUSAS	1	SOBREEXPOSICIÓN		5	ESCAPULAS							
	2	ACEPTABLE			2	SUBEXPOSICION		6	ARTEFACTO							
	3	BAJA CALIDAD			3	POSICIÓN CENTRADO		7	OTROS							
	4	INACEPTABLE			4	INSPIRACIÓN INSUFICIENTE										
Comentario sobre defectos Técnicos																
II. ANORMALIDADES PARENQUIMATOSAS (si NO hay anomalías parenquimatosas pase a III A. Pleurales)																
2.1. ZONAS AFECTADAS (MARQUE TODAS LAS ZONAS AFECTADAS)			2.2. PROFUSIÓN (OPACIDADES PEQUEÑAS)(ESCALA DE 12 PUNTOS) (CONSULTE LAS RADIOGRAFÍAS ESTÁNDAR – MARQUE LA SUBCATEGORÍA DE PROFUSIÓN)			2.3. FORMA Y TAMAÑO : (CONSULTE LAS RADIOGRAFÍAS ESTÁNDAR; SE REQUIEREN DOS SÍMBOLOS; MARQUE UN PRIMARIO Y UN SECUNDARIO)			2.4. OPACIDADES GRANDES (MARQUE 0 SI NO HAY NINGUNA O MARQUE A, B O C)							
	DER.	IZQ.	0/-	0/0	0/1	PRIMARIA		SECUNDARIA	O							
SUPERIOR			1/0	1/1	1/2	p	s	p	s							
MEDIO			2/1	2/2	2/3	q	t	q	t							
INFERIOR			3/2	3/3	3/+	r	u	r	r							
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	< ¼ DE LA PARED LATERAL DEL TÓRAX			A	DE 3 A 5 MM					
						2	ENTRE ¼ Y ½ DE LA PARED LATERAL DEL TÓRAX			B	DE 5 A 10 MM					
						3	> ½ DE LA PARED LATERAL DEL TÓRAX			C	MAYOR A 10 MM					
PARED TORÁCICA DE PERFIL		0	D	I	0	D	I	0	D	I	0	D	I			
DE FRENTE		0	D	I	0	D	I	0	D	I	0	D	I			
DIAFRAGMA		0	D	I	0	D	I	0	D	I	0	D	I			
OTRO(S) SITIO(S)		0	D	I	0	D	I	0	D	I	0	D	I			
OBLITERACIÓN DEL ANGULO COSTOFRENICO					0	D	I	0	D	I	0	D	I			
3.2. Engrosamiento Difuso de la Pleura (0=Ninguna, D=Hemitórax derecho; I= Hemitórax izquierdo)																
PARED TORÁCICA					CALCIFICACIÓN					0	D	O	I	D	I	
DE PERFIL					0	D	I	0	D	I	0	D	I	0	D	I
DE FRENTE					0	D	I	0	D	I	0	D	I	0	D	I
IV. SÍMBOLOS *											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																
CONCLUSIÓN FINAL																
RESULTADOS DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES: - RADIOGRAFÍA DE TÓRAX OIT NORMAL																

EDGAR F. GARCÍA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. M00772 / R.N.A. A04814

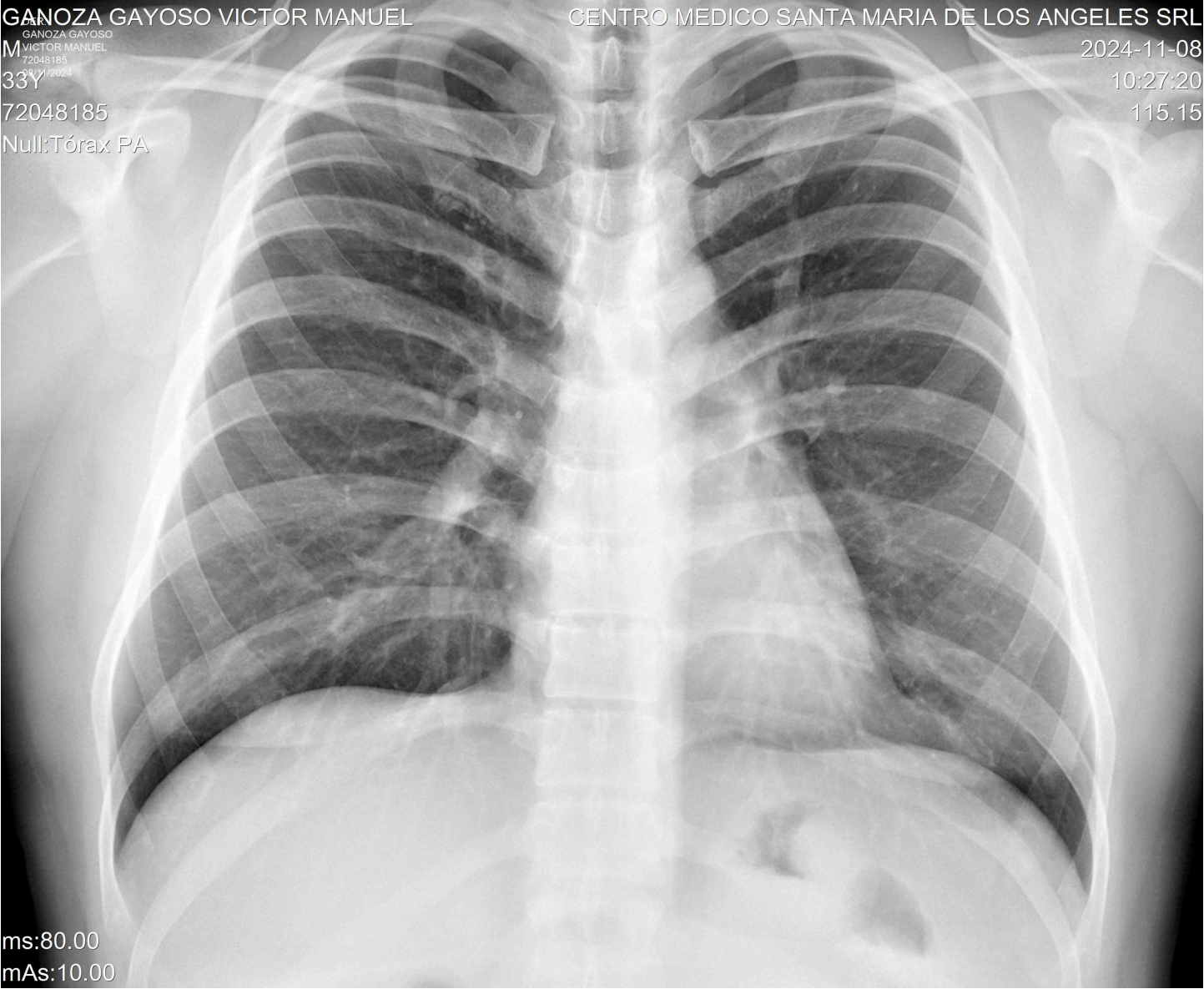
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

MANUEL D. RESANTES SHIMAJUKO
RADIOGRAFÍA
C.M.P. 21019

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL ÁREA

FIRMA DEL PACIENTE

HUELLA DIGITAL





7CT1731069445B82D074X



TRUJILLO

CUESTIONARIO DE BERLIN

I.- DATOS PERSONALES

FECHA EXAMEN:	08/11/2024	FECHA NAC.:	11/02/1991
APELLIDOS Y NOMBRES:	GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL	SEXO:	MASCULINO
DIRECCIÓN:	CALLE JASPE MZ H LT 20 URB LOS CEDROS	DOC.IDENTIDAD:	DNI.72048185
EMPRESA:	SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.	EDAD:	33A 8M 28D
PUESTO AL QUE POSTULA:	CONDUCTOR DE CAMIONETA	TIPO DE EXAMEN:	PREOCUPACIONAL

II.- METODOLOGIA DE EVALUACIÓN

CUESTIONARIO DE BERLIN

III.- DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

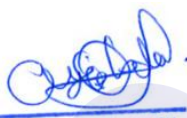
EL EVALUADO PRESENTA RIESGO BAJO DE PRESENCIA DE SAHOS; NO SE IDENTIFICA SINTOMATOLOGÍA RELACIONADA A PROBLEMAS DE SUEÑO. SE PRODUCE SUEÑO REPARADOR; LOGRANDO REALIZAR SUS ACTIVIDADES SIN DIFICULTAD.

IV.- RECOMENDACIONES

- ASISTIR A CHARLAS DE PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA EMOCIONAL SALUDABLES.
- INCORPORACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS EN LA JORNADA LABORAL.
- REFORZAR TÉCNICAS QUE FORTALEZCAN LA ATENCIÓN Y LA CONSTANCIA EN LAS TAREAS QUE SE REALIZAN.


SAMA
EDGAR F. GARCIA ORDINOLA
MÉDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 055549 / R.N.M. M00772 / R.N.A. A64814

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO


SAMA
ANGIE E. OBANDO PLASENCIA
PSICOLOGÍA
C.P.S.P. 31936

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE
DEL ÁREA



FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL



CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo a la Ley General de Salud N° 26842, que establece:

ARTÍCULO 4° "Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia."

ARTÍCULO 15° "Toda persona usuaria de los servicios de salud, tiene derecho:"

"c) A no ser sometida, sin su consentimiento, a exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes;"

"h) A que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste,..."

Habiendo leído, comprendido y absuelto todas las dudas al respecto, Yo **GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL** identificado con DNI (carné de extranjería o pasaporte para extranjeros) N° **72048185**, colaborador de la empresa: **SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.** AUTORIZO CON MI FIRMA el consentimiento para que se realice el examen médico **PREOCUPACIONAL**, teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

		
FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O RESPONSABLE LEGAL DNI: 72048185	HUELLA	FIRMA Y HUELLA DEL TESTIGO DNI:

REVOCATORIA

A través de la presente, he decidido **NO ACEPTAR CONTINUAR** con el **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL** programado, con mi firma libero de cualquier responsabilidad al médico y la institución de salud por mi libre y firme decisión

FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O RESPONSABLE LEGAL DNI: 72048185	HUELLA	FIRMA Y HUELLA DEL TESTIGO DNI:



AUTORIZACION DE USO DE FIRMA Y MEDIOS DIGITALES

Yo, **GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL** identificado con Documento de Identidad N° **72048185**, trabajador(a) de la empresa **SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.** Declaro que, en forma libre y espontánea, autorizo al **CENTRO MÉDICO SANTA MARÍA DE LOS ÁNGELES** al uso de mi firma y huella digital para que pueda ser usado dentro de mi historia clínica, realizado en dicha entidad ya mencionada. A la par, de ser necesario, autorizo el envío de información relacionada a mi atención médica ocupacional (ruta, constancia de atención, interconsultas, entre otras) por medios digitales como Whatsapp o correo electrónico

La presente autorización se ampara en lo dispuesto en los Artículos 5°segundo párrafo, Artículos 13°, 25°, 27°y 29°tercer párrafo de la Ley General de Salud N°26842.

Ley N° 27269 – Ley de Firmas y Certificados Digitales y modificatorias. - Reglamento de la Ley de Firmas y certificados Digitales aprobado por Decreto Supremo N° 052-2008-PCM y modificatorias. - Decreto Supremo N° 026-2016-PCM mediante el cual se aprueban medidas para el fortalecimiento de la infraestructura oficial de firma electrónica y la implementación de la firma digital en el Sector Público y Privado.

FECHA: 08/11/2024 07:40:09	
FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O RESPONSABLE LEGAL DNI: 72048185	HUELLA



7CT17310694458820074X



TRUJILLO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA RADIOGRÁFICA DE TORAX PA

Yo, **GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL** de **33A 8M 28D** años de edad, identificado/ con DNI **72048185**, trabajador(a) de la empresa **SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.**, Declaro haber sido informado(a) ante la explicación del personal encargado del área de Rayos X sobre la exposición y riesgos a radiaciones ionizantes, y que la he comprendido; se me ha permitido realizar preguntas, y se han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme conforme con la información recibida. **DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi salud y realizarme la toma de placas radiográficas y exponerme a la radiación, en tal sentido, decido:

☒	ACCEDER A LA TOMA DE LA RADIOGRAFÍA
☐	NO ACCEDER POR:
☐	GESTACIÓN
☐	SOSPECHA DE GESTACIÓN
☐	OTRO TRATAMIENTO
☐	OTROS MOTIVOS
☐	OTRAS RAZONES PERSONALES QUE PREFIERO NO COMUNICAR

A la realización de este procedimiento incluido en el protocolo de exámenes ocupacionales de la empresa para la que laboro.

Para constancia firmo y coloco mi huella

FECHA: 06/11/2024 07:40:09	
FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O RESPONSABLE LEGAL DNI: 72048185	



AUTORIZACION PARA DOSAJE DE DROGAS EN ORINA

EMPRESA: SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.
 YO, GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL de 33A 8M 28D años de edad, con DNI N° 72048185 autorizo a CENTRO MÉDICO SANTA MARÍA DE LOS ÁNGELES, para que se me realice la prueba de detección de drogas en orina, además declaro que la información que brindaré a continuación es verdadera:

PRUEBAS A REALIZAR:			
DOSAJE DE COCAÍNA	☒	DOSAJE DE BARBITÚRICOS	☐
DOSAJE DE MARIHUANA	☒	DOSAJE DE ÉXTASIS	☐
DOSAJE DE BENZODIAZEPINA	☐	DOSAJE DE OPIÁCEOS	☐
DOSAJE DE ANFETAMINAS	☐		☐

ANTECEDENTES:			
¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?	SI	☒ NO	
¿CONSUME ALGUN MEDICAMENTO?	SI	☒ NO	
¿TOMA MATE DE COCA?	SI	☒ NO	
¿CHACTA COCA?	SI	☒ NO	
¿CONSUME COCAÍNA O MARIHUANA?	SI	☒ NO	
¿CUANTAS VECES AL DÍA O A LA SEMANA? ¿CUÁNDO CONSUMIO LA ÚLTIMA VEZ?(DÍA, HORA)...			
¿SE LE HA REALIZADO UN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO O DENTAL EN LAS ÚLTIMAS 48 HORAS?			SI ☒ NO
¿CUAL, DÓNDE, NOMBRE DEL CIRUJANO?...			

FECHA: 08/11/2024 07:40:19

MÉTODO DE DESPLAZAMIENTO LATERAL-IMUNOCROMATOGRAFÍA	
	
FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O RESPONSABLE LEGAL DNI: 72048185	FIRMA Y HUELLA DEL TESTIGO DNI:
NOTA: EN CASO DE PRUEBAS POSITIVAS, LA MUESTRA TESTIGO SE SELLARÁ EN PRESENCIA DEL EMPLEADO Y GUARDARE HASTA POR UN MES PARA CUALQUIER	

	DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES MÉDICOS	Código: SMA-SS-RE-001
		Versión: 01
		Fecha de Vigencia: 01/10/2024
		Página: 1 de 1

DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES MÉDICOS

Yo, Victor Manuel Ganoza Gayoso identificado con DNI/C.E. 72048185 trabajador () postulante (X) de la Empresa SL&J Representaciones y Servicios Generales E.I.R.L. declaro que toda la información brindada al CENTRO MÉDICO SANTA MARIA DE LOS ÁNGELES S.R.L. es verdadera y no omitiendo ningún dato.

GRUPO SANGUÍNEO: A+ DESCONOZCO ÚLTIMA FECHA PERÍODO MENSTRUAL: / /

Lea atentamente y responda las siguientes preguntas:

N°	PREGUNTA	SI	NO	DESCRIPCIÓN
1	¿Se encuentra en ayunas?	X		
2	¿Sufre de alguna enfermedad, afectación o dolencia?		X	
3	¿Está tomando algún medicamento regularmente o ha consumido algún medicamento el día de hoy?		X	
4	¿Ha sido hospitalizado por alguna enfermedad/cirugía	X		
5	¿Ha sido informado(a) sobre las recomendaciones para una correcta evaluación médica ocupacional?	X		
6	¿Utiliza lentes correctores, audífonos médicos u otros?		X	
7	¿Asistió antes a consulta psicológica o psiquiátrica?		X	

Para constancia, firmo y coloco mi huella

	
FIRMA DEL PACIENTE	HUELLA

- La información declarada en este documento será constatada y verificada durante la entrevista medica ocupacional.
- Proporcionar información falsa al empleador está identifica como falta grave, según lo dispuesto en el inciso del artículo 25 del TUO de la Ley de Productividad y competitividad laboral.



HOJA DE RUTA

FECHA PROGRAMADA: 08/11/2024
APELLIDOS Y NOMBRES: GANOZA GAYOSO VICTOR MANUEL
EMPRESA: SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.
PUESTO DE TRABAJO: CONDUCTOR DE CAMIONETA

FECHA IMPRESIÓN: 08/11/2024 07:40:09
DOC.IDENTIDAD: 72048185
EDAD: 33A 8M 28D
FNACIMIENTO: 11/02/1991
TIPO DE EXAMEN: PREOCUPACIONAL

PERFIL INTERNO: 2024_FRED_OPERATOR_S.CARLOS_CONDUCTOR -[06850]	
EXÁMENES DEL PERFIL	FIRMA DE ATENCIÓN
CARDIOLOGÍA • ELECTROCARDIOGRAMA	CARDIOLOGÍA
ESPIROMETRÍA • ESPIROMETRÍA	ESPIROMETRÍA
ANTROPOMETRÍA Y NUTRICIÓN • TRIAJE	TRIAJE
MÉDICO EVALUADOR • GEMO - VALORACIÓN MÚSCULO ESQUELÉTICA • EVALUACIÓN DE VÍA AÉREA SUPERIOR MALLAMPATI • FICHA DE DETECCIÓN DE S.A.S. • ANEXO 02 • EVALUACIÓN OSTEOMUSCULAR • CUESTIONARIO NORDICO	MEDICINA
OFTALMOLOGÍA • AGUDEZA VISUAL • TEST DE COLORES • TEST DE PROFUNDIDAD • CAMPÍMETRÍA • REACCIÓN AL ENCANDILAMIENTO	OFTALMOLOGÍA
PSICOLOGÍA • ACTITUD HACIA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES • BC TEST PARA CONDUCTORES • ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH • PSICOLOGÍA • FATIGA • TEST DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH • CUESTIONARIO DE BERLIN	PSICOLOGÍA
RADIOLOGÍA • RADIOGRAFÍA DE TÓRAX CBT	RX
LABORATORIO • HEMOGRAMA COMPLETO • GRUPO Y FACTOR SANGÜÍNEO • EXAMEN COMPLETO DE ORINA • GLUCOSA BASAL • COLESTEROL TOTAL • TRIGLICÉRIDOS • COCAÍNA • MARIJUANA	LABORATORIO
AUDIOMETRÍA • AUDIOMETRÍA/OTOSCOPIA	AUDIOMETRÍA
PSICOSENSOMÉTRICO • EXA. PSICOSENSOMÉTRICO	PSICOSENSOMÉTRICO

Cuello: 39

IMC		
PESO	TALLA	PARTERIAL
86	170	130/80
CINTURA	CADERA	TEMPERATURA
95	103	36.2
	AL TÉRMINO DE SUS EVALUACIONES HACER ENTREGA DE ESTE DOCUMENTO EN ADMISIÓN EL DOCUMENTO DEBE PERMANECER EXCLUSIVAMENTE EN LAS INSTALACIONES DE LA CLÍNICA	
FIRMA, DNE 72048185		

Comisaría de Santiago	Comisaría de Santiago	Comisaría de Santiago	Comisaría de Santiago
Calle: LOS TROS 223 URB. SANTA EULIMIA P.O. BOX 100000 SANTIAGO DE LOS CABALLEROS, VENEZUELA Teléfono: 0212 912 1111			

I<PER72048185<9<<<<<<<<<<<<<<
9102114M2503169PER<<<<<<<<<<<<D
GANOZA<VICTOR<MANUEL<<<<<<<<<

