

INFORME MÉDICO

DATOS PERSONALES

Nombre : BRITO DE LA FUENTE JAIME ENRIQUE
Edad : 50 AÑOS
Puesto : SUPERVISOR DE OPERACIONES
Empresa : OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A
Tipo : ANEXO 16A
Fecha : 09 abril 2025

A continuación le informamos los resultados de su evaluación médica:

Antecedentes Personales Importantes

HTA CONTROLADA

Antecedentes Patológicos Importantes

Enfermedades oculares, Hipertensión arterial,

Antecedentes Familiares Importantes

NO CONTRIBUTORIOS

Examen clínico:

Peso : 88.3 Kg.	Talla : 1.73 m.	F.C : 71 min.
P.A : 115/75 mmHg.	Sat O2 : 98 %	
IMC : 29.5 Kg/m2	F.R : 20 min.	

Estado nutricional : **SOBREPESO**

Medicina : **APTO**

Examen oftalmológico : **N/A**

Examen odontológico : **N/A**

Evaluación psicológica : **N/A**

Audiometría : **N/A**

Radiografía Tórax : **N/A**

Electrocardiograma : **DENTRO DE PARAMETROS NORMALES**

Espirometría : **N/A**

EXAMENES DE LABORATORIO :

Grupo y Factor Sanguíneo : **A - +**

Hemograma : **NORMAL**

Hemoglobina : **15.8gr %**

Hematocrito : **49**

Colesterol : **163.00**

Triglicéridos : **205.00**

Examen de Orina: **N/A**

Glucosa : **N/A 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. HIPERTRIGLICERIDEMIA, DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS. CONTROL DE PERFIL LIPIDICO EN 03 MESES.
2. SOBREPESO: DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS.
3. HTA CONTROLADA. CONTINUAR CON TTO HILTUX HCG 40/125 MG C/24 HRS X 30 DIAS. DIETA HIPOSODICA, HIPOGRASA Y EJERCICIOS. PRESENTAR MONITOREO DE PRESION ARTERIAL MENSUAL O MAPA DE PRESION ARTERIAL. CONTROL MENSUAL POR CARDIOLOGIA. 10- HIPERTRIGLICERIDEMIA. DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS.

RECOMENDACIONES:

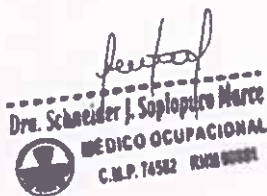
Las recomendaciones al respecto son las siguientes:

1. DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS. CONTROL DE PERFIL LIPIDICO EN 03 MESES.
2. DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS.
3. CONTINUAR CON TTO HILTUX HCG 40/125 MG C/24 HRS X 30 DIAS. DIETA HIPOSODICA, HIPOGRASA Y EJERCICIOS. PRESENTAR MONITOREO DE PRESION ARTERIAL MENSUAL O MAPA DE PRESION ARTERIAL. CONTROL MENSUAL POR CARDIOLOGIA. 10- HIPERTRIGLICERIDEMIA. DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS.

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,



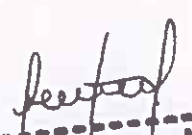
Dra. Schneider J. Soplopuro Marce
MEDICO OCUPACIONAL
C.M.P. 74582 R.M.B. 90881

EVALUADOR

148117-TP

Sede : Trujillo-Pierola

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

CERTIFICA que el Sr.(a)					
NOMBRES Y APELLIDOS:		JAIME ENRIQUE BRITO DE LA FUENTE			
DNI :	2851290	EDAD :	50 AÑOS	GENERO :	MASCULINO GRUPO SANGUINEO : A+
EMPRESA :	OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A			CONTRATISTA :	SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.
PUESTO AL QUE POSTULA :		SUPERVISOR DE OPERACIONES			
OCUPACION ACTUAL O ULTIMA OCUPACION:		MECANICO			
N° HISTORIA CLINICA :		148117		TIPO DE EXAMEN :	ANEXO 16A
CONCLUSIONES :					
1. HIPERTRIGLICERIDEMIA. 2. SOBREPESO. 3. HTA CONTROLADA.					
APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)		X		RESTRICCIONES : - NINGUNO.	
APTO CON RESTRICCION (para el puesto en el que trabaja)					
NO APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)					
CON OBSERVACIÓN					
EVALUADO					
RECOMENDACIONES :				 Dra. Schneider J. Soplopucó Marce MÉDICO OCUPACIONAL C.M.P. 74982 RNM 00051	
1. DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS. CONTROL DE PERFIL LIPÍDICO EN 03 MESES. 2. DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS. 3. CONTINUAR CON TTO HILTUX HCG 40/125 MG C/24 HRS X 30 DIAS. DIETA HIPOSODICA, HIPOGRASA Y EJERCICIOS. PRESENTAR MONITOREO DE PRESION ARTERIAL MENSUAL O MAPA DE PRESION ARTERIAL. CONTROL MENSUAL POR CARDIOLOGIA. 10- HIPERTRIGLICERIDEMIA. DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS.					
Fecha : 09/04/2025				Hasta : 09/04/2026	
				Nombre : SOPLOPUCO MARCE SHNEIDER	
				SELLO Y FIRMA DE MEDICO QUE CERTIFICA :	

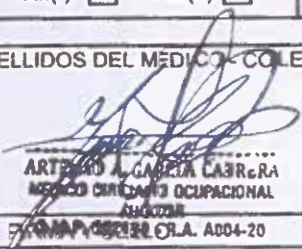
EMPRESA ☒ OBRASCÓN HUARTE IAIN S.A.
CONTRATA ☒ SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.
Apellidos y Nombres : BRITO DE LA FUENTE JAIME ENRIQUE

PRE OCUPACIONAL ☐
ANUAL ☐
RETIRO ☐
REUBICACIÓN ☐

FECHA DEL EXAMEN : 09/04/2025		MINERALES EXPLOTADOS O PROCESADOS : NO APLICA	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO SAN PEDRO DE LLOC 26/02/1975		DOMICILIO HABITUAL CALLE VALLE RIESTRA 1275 URB. SAN FERNANDO -TRUJILLO -TRUJILLO-LA	
EDAD 50 AÑOS		SEXO M ☒ F ☐	
DNI / CE / NIE 2851290 TELEFONO		ESTADO CIVIL soltero ☐ casado ☒ conviviente ☐ viudo ☐ divorciado ☐	
GRADO DE INSTRUCCIÓN Analfabeto ☐ Prim.Com ☐ Prim.Inc ☐ Sec.Com ☐ Sec.Inc ☐ Univers ☐ Tecn.có ☒		ALTURA DE LA LABOR (MSNM) Debajo 2500 ☒ 2501 a 3000 ☐ 3001 a 3500 ☐ 3501 a 4000 ☐ 4001 a 4500 ☐ Mas de 4501 ☐	
Ruido ☒ Polvo ☒ Vib Segmentario ☐ Vib Total ☐ Cancerígenos ☐ Mutagénicos ☐ Solventes ☐ Metales ☐ Temperatura ☒ Biológicos ☐ Posturas ☒ Turnos ☐ Carga ☒ Mov.Repet. ☐ PVD ☐ Otros ☒		Puesto al que Postula : SUPERVISOR DE OPERACIONES Puesto Actual : N/A Tiempo : N/A Reubicación : SI ☐ NO ☒	
ANTECEDENTES OCUPACIONALES (ver adjunto historial ocupacional)			
ANTECEDENTES PERSONALES (enfermedades y accidentes en el trabajo o fuera de el mismo)		HTA CONTROLADA CON TTO HILTUX HCG 40/125 C/24 HRS CONTROL NIEGA DB, TBC, CONVULSIONES, ASMA, ALERGIAS, ACCIDENTES	
ANTECEDENTES FAMILIARES		INMUNIZACIONES	
NO CONTRIBUTIVOS		TETANO ☐ HEPATITIS - B ☐ FIEBRE AMARILLA ☐	
HABITOS TABACO ALCOHOL DROGAS nada ☐ ☐ ☒ poco ☒ ☒ ☐ habitual ☐ ☐ ☐ excesivo ☐ ☐ ☐		TALLA PESO 1.73 mts. 88.3 Kg. IMC 29.5	
		FUNCIÓN RESPIRATORIA (Espirometría) FVC N/A l. FEV1 N/A l. FEV1/FVC N/A % FEF 25-75% N/A l/s. Conclusión: NO SE REALIZO	
		TEMPERATURA 36 °C Cintura 101 cm. Cadera 103 cm. ICC 0.98	
CABEZA : NORMAL		CUELLO : CENTRAL, MOVIL	
PERIMETRO CUELLO : 42 cm		NARÍZ : CENTRAL, PERMEABLE	
BOCA,AMIGDALAS,FARINGE,LARINGE :		DENTADURA Piezas en mal estado : 0	
HUMECTADA, NO HIPERTROFICAS, NO CONGESTIVAS		Piezas que faltan : 0	
OJOS		ENFERMEDADES OCULARES :	
SIN CORREGIR O.D O.I N/A N/A		CORREGIDA O.D O.I N/A N/A	
Visión de Cerca :		N/A	
Visión de Lejos :		N/A	
Visión de Colores :		N/A	
OÍDOS		REFLEJOS PUPILARES : N/A	
Audición derecha 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 dB(A) N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A		Audición izquierda 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 dB(A) N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A	
OTOSCOPIA O.D : NORMAL O.I : NORMAL		F.Respiratoria : 20 x min. F.Cardiaca : 71 x min. Sat.O2 : 98 %	
Cardiovascular : RCRR, NO SOPLOS.		PRESIÓN ARTERIAL SISTEMÁTICA SISTÓLICA 115 mmHg DIASTÓLICA 75 mmHg	
PULMONES : Normal: ☒ Anormal ☐			
Descripción: BPMV EN ACP. NO RALES.			
Miembros Superiores : SIMÉTRICOS, NO DEFORMIDADES, MOTRICIDAD CONSERVADA.			
Miembros Inferiores : SIMÉTRICOS, NO DEFORMIDADES, MOTRICIDAD CONSERVADA.			

ANEXO 16
FICHA MEDICA OCUPACIONAL

SEDE : Trujillo-Pierola

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			
		VÉRTICES : NO SE TOMÓ RX DE TORAX	
N° RX 148117 FECHA 09/04/2025 CALIDAD 2 SÍMBOLOS N/A		HILOS : NO SE TOMÓ RX DE SENOS : NO SE TOMÓ RX DE CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS : NO SE TOMÓ RX DE TORAX	
MEDIASTINOS : NO SE TOMÓ RX DE SILUETA CARDIOVASCULAR : NO SE TOMÓ RX DE TORAX			
☒	☐	☐	☐
0/0	1/0	1/1 1/2	2/1 2/2 2/3
CERO	1/0	UNO	DOS
Sin neumoconiosis	IMAGEN RADIOGRAFICA de EXPOSICIÓN A POLVO	CON NEUMOCONIOSIS	
GRUPO SANGUINEO O ☐ A ☒ B ☐ AB ☐ Rh(-) ☐ Rh(+) ☒		Hemoglobina/Hematocrito 15.8 gr. %	
ORINA APTO PARA TRABAJAR SI ☒ NO ☐ Revaluación en empresa ☐		NOMBRES Y APELLIDOS DEL MÉDICO COLEGIATURA  ARTURO A. GARCIA CASPERA MÉDICO CIRUJANO OCUPACIONAL AUCOCH FOMAP-00112 CLA. A004-20	
OBSERVACIONES : 1. HIPERTRIGLICERIDEMIA. DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS. CONTROL DE PERFIL LIPIDICO EN 03 MESES. 2. SOBREPESO: DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS. 3. HTA CONTROLADA. CONTINUAR CON TTO HILTUX HCG 40/125 MG C/24 HRS X 30 DIAS. DIETA HIPOSDICA. HIPOGRASA Y EJERCICIOS. PRESENTAR MONITOREO DE PRESION ARTERIAL MENSUAL O MAPA DE PRESION ARTERIAL. CONTROL MENSUAL POR CARDIOLOGIA.10- HIPERTRIGLICERIDEMIA. DIETA HIPOCALORICA Y EJERCICIOS.		OTROS EXÁMENES -HEMOGRAMA: NORMAL. -GLUCOSA: N/A mg/dl. -CREATININA: N/A mg/dl. -VSG: N/A. -EX ORINA: NORMAL. -COCAINA: NEGATIVO -MARIHUANA: NEGATIVO. Perfil lipidico: Colesterol : 163.00 total mg/dl L.D.L: 81.25 H.D.L: 40.75 V.L.D.L: 41.00 Triglicéridos: 205.00	
		 Firma del examinado	
		 Huella Digital Índice Derecho. Declaro que toda la información es verdadera	



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

Pag. 01

FICHA DE ANTECEDENTES PATOLOGICOS

NOMBRES Y APELLIDOS

BRITO DE LA FUENTE JAIME ENRIQUE

N° Ficha :

148117

EDAD

50 AÑOS

Sede : Trujillo-Pierola

LUGAR DE NACIMIENTO

SAN PEDRO DE LLOC

Fecha : 09 abril 2025

SEXO:

MASCULINO

Ocupacion a la que postula

SUPERVISOR DE
OPERACIONES

LUGAR DE PROCEDENCIA: CALLE VALLE RIESTRA 1275 URB.SAN
FERNANDO

1. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES:

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

Alergias	()	Gastritis Crónica	()	Pleuresia	()
Amigdalitis Crónica	()	Gonorrrea	()	Plumbismo	()
Arritmias Cardiacas	()	Gota	()	Poliomielitis	()
Asma	()	Hemorroides	()	Portador de Marcapaso	()
Bocio	()	Hepatitis	()	Prótesis Cardiacas Valvulares	()
Bronconeumonia	()	Hemias	()	Resfríos Frecuentes	()
Bronquitis a Repetición	()	Hipertensión Arterial	(X)	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 Repetición	()	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	()
Agitación 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 Encías	()

Habitos Nosivos

Fumar SI (X) NO ()

Numeros de Cigarrillos

2 X DIA

Licor SI (X) NO ()

Tipo mas Frecuente

Frecuencia

Drogas SI () NO (X)

Tipo Probado o que Usa

Frecuencia

Antecedentes Quirúrgicos

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

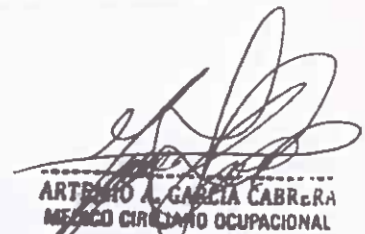
Número de hijos vivos : 01
Número de hijos fallecidos : 00
Número de abortos en sus parejas : 00
Precisar Causas :

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

FECHA 2025/04/09



FIRMA DEL POSTULANTE



ARTURO A. GARCIA CABRERA
MÉDICO CIRUJANO OCUPACIONAL
AUDITOR
C.M.P. 052188 R.A. 0801-20

MEDICO MEDICINA OCUPACIONAL

DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES PATOLOGICOS Y FAMILIARES

Señores: Corporación Peruana de Centros Médicos SAC – HORIZONTE MEDIC
Av. Nicolás de Piérola N°786 -
Presente. -

Estimados Señores:

Yo, Jaine Enrique Ríos de la Puente
Con DNI / C.E. 02851290 Postulante al cargo de Sup. Operaciones
De la empresa SL & J Servicios y Representaciones Generales EIRL
Declaro bajo juramento: Existen antecedentes patológicos y familiares:

SI ☒

NO ☐

(De marcar SI, detallar que antecedentes existen, considerar los antecedentes de la madre, padre, abuelo y abuela)

Detalle:

Hipertensión Arterial - Controlada
Medicación Diaria 7:00 am 01 Capsula
Ht/Mx HCG 40/12.5

Se suscribe la presente declaración jurada en conformidad de lo antes expuesto.

Trujillo: 9/4/2025

Firma del Postulante:
N° de DNI 02851290



Huella Digital

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE MUESTRA DE SANGRE

Yo **JAIME ENRIQUE BRITO DE LA FUENTE**, de **50** años de edad, identificado con DNI n° **2851290**; 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.

09 de Abril de 2025



Huella

Firma del Paciente




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

Firma y sello del Consejero

148117-TP

Trujillo-Pierola

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha : 09 abril 2025

Trabajador : BRITO DE LA FUENTE JAIME ENRIQUE

N° Ficha : 148117

Empresa Contratista :

Empresa :

SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.

OBRASCÓN HUARTE LAIN S.A

HEMATOLOGÍA

Grupo Sanguíneo : A	Leucocitos : 7 400 mm ³
Factor Rh : POSITIVO	Neutrofilos : 57 %
Hematocrito : 49 %	Abastados : 00 %
Hemoglobina : 15.8 g/dl	Segmentados : 57 %
Hematíes : 5 390 000	Eosinofilos : 01 %
V.S.G : N/A	Basofilos : 00 %
Plaquetas : 220 000 mm ³	Linfocitos : 39 %
	Monocitos : 03 %

BIOQUÍMICA

Glucosa : N/A mg/dl	Valores Normales 70 - 110 mg/dl
Creatinina : N/A mg/dl	Valores Normales 0.8 - 1.4 mg/dl

SERO - INMUNOLÓGICO

RPR : N/A VIH : N/A

EXAMEN DE ORINA

Examen Físico :

Color : N/A Aspecto : N/A
Densidad : N/A PH : N/A

Examen Químico :

Nitritos : N/A Urobilinogeno : N/A
Proteínas : N/A Bilirrubina : N/A
Cetonas : N/A Glucosa : N/A
Leucocitos : N/A Sangre : N/A
Ac. Ascórbico : N/A

Sedimento Unitario :

Cel. Epiteliales : N/A Cilindros : N/A
Leucocitos : N/A X CAMPO Bacterias : N/A
Hematíes : N/A X CAMPO GRAM S/C: N/A
Cristales : N/A Otros : N/A

Drogas :

Cocaína : NEGATIVO Marihuana : NEGATIVO

Observaciones :



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

TERESA A. GARCIA CABRERA
DISCIPULADO OPERACIONAL
AUSP. 11
M.P. 0501 2004-20

LABORATORIO CLÍNICO

148117

Trujillo-Pierola

ANÁLISIS BIOQUÍMICOS

PACIENTE	:	<u>JAIME ENRIQUE BRITO DE LA FUENTE</u>	
FECHA	:	<u>miércoles 09 abril 2025</u>	
CREATININA	:	-	(V.N. 0.8 - 1.4 mg/dl)
COLESTEROL TOTAL	:	163.00	(V.N. < 200 mg/dl)
L.DL. COLESTEROL	:	81.25	(V.N. < 129 mg/dl)
H.D.L. COLESTEROL	:	40.75	(V.N. 40 - 60 mg/dl)
V.L.D.L. COLESTEROL	:	41.00	(V.N. < 30 mg/dl)
TRIGLICÉRIDOS	:	205.00	(V.N. < 150 mg/dl)



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

V° B°

Artemio
ARTEMIO A. GARCIA CABRERA
MÉDICO ORUJANO OCUPACIONAL
ADJUNTO
C.M.P. 05210 R.A. A004-20

Nro Orden : **148117**
Trujillo-Pierola

Apellidos y Nombres : JAIME ENRIQUE BRITO DE LA FUENTE

Edad : 50 AÑOS

DNI: 2851290

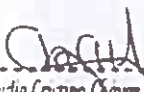
Fecha : 09 abril 2025

TOXICOLÓGICO

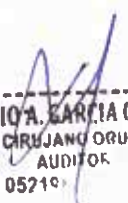
MUESTRA : ORINA

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 Cristina Chavez Alcantara
BIÓLOGA
C.B.P. 15230



ARTEMIO A. GARCIA CABRERA
MÉDICO CIRUJANO ORUPACIONAL
AUDITOR
C.M.P. 05210 004-20

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

Yo..... **JAIME ENRIQUE BRITO DE LA FUENTE** de **50** años de edad,
identificado con DNI n° **2851290**; 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 (X)	SI ()
CONSUMO DE COCAINA	:	NO (X)	SI ()
CONSUMIO HOJA DE COCA EN LOS 14 DIAS PREVIOS	:	NO (X)	SI ()
CONSUMO DE ANFETAMINAS	:	NO (X)	SI ()
CONSUMO DE METHANFETAMINAS	:	NO (X)	SI ()
CONSUMO DE BENZODIACEPINAS	:	NO (X)	SI ()

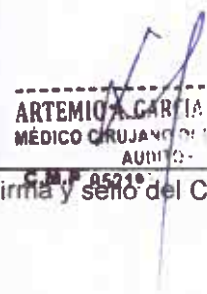
09 de Abril del 2025



Huella



Firma del Paciente


.....
ARTEMIO A. GARCIA CABRERA
MÉDICO CIRUJANO DE URUPACIONAL
AUTUNTO -

C.M.F. 05218-14-20
Firma y sello del Consejero

Sede : Trujillo-Pierola

INFORME DE ELECTROCARDIOGRAMA

N° Ficha :

148117

Fecha informe : 09 abril 2025

Empresa : SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.		
Apellidos y Nombres : JAIME ENRIQUE BRITO DE LA FUENTE		DNI : 2851290
Procedencia : SAN PEDRO DE LLOC	Edad : 50 AÑOS	Sexo : Masculino
Antecedentes Cardiológicos :		
Presión Arterial : 115/75 mmHg		

Ritmo : SINUSAL

Frecuencia : 62 x min

Eje : +45°

Onda P : 80 ms

Segmento PR : 180ms

Onda QRS : 80ms

Segmento ST : ISOELETRICO

Onda T : NORMAL

Segmento QT : 400ms

Observaciones :

CONCLUSION : DENTRO DE PARAMETROS NORMALES

RECOMENDACIONES: - EVALUACION ANUAL.


Dr. IRYAN ACUÑA REYES
C.M.P. 65974 R.N.E. 44885
CARDIOLOGÍA

Firma y Sello del Evaluador

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZAR
EL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Yo **JAIME ENRIQUE BRITO DE LA FUENTE**

identificado con documento de identidad N°: **2851290** Con ocupacion laboral de:

SUPERVISOR DE OPERACIONES

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

SL & J REPRESENTACIONES Y SERVICIOS GENERALES E.I.R.L.

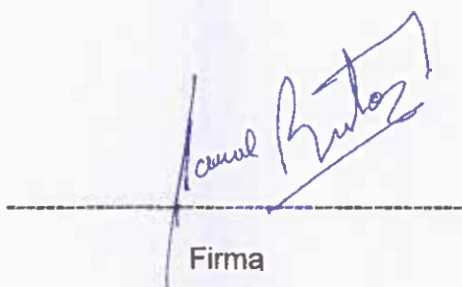
De acuerdo a los peligros y riesgos identificados en mi puesto de trabajo. En ese sentido en forma consiente y voluntaria doy mi consentimiento, para que se me realice el examen médico ocupacional de acuerdo a la Resolución ministerial N° 312-2011/MINSA . Y doy fe que la información brindada a HORIZONTE 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: null

Hora: null



Huella



Firma

DECLARACION JURADA PARA EL USO DE FIRMA ELECTRONICA

Yo, ... **JAIME ENRIQUE BRITO DE LA FUENTE**, de **50** años de edad, identificado(a) con DNI N.° **2851290**, autorizo el uso de mi firma electrónica y huella, exclusivamente para la impresión de informes médicos. Esta firma tendrá validez para los documentos necesarios implicados en este proceso.

Asimismo, doy fe de que la información proporcionada es verídica, al igual que la información que brindaré durante los exámenes realizados en el centro médico Horizonte Medic.

También, autorizo el envío de información médica a los correos electrónicos y/o números de celular de la empresa contratista.



Firma Manuscrita del Paciente
DNI: **2851290**
FECHA: 09 de Abril de 2025



Huella Manuscrita del Paciente
DNI: **2851290**
FECHA: 09 de Abril de 2025



Firma Electrónica del Paciente
DNI: **2851290**
FECHA: 09 de Abril de 2025



Huella Electrónica del Paciente
DNI: **2851290**
FECHA: 09 de Abril de 2025

