

 USO INTERNO	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZAR EL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL, USO DE FIRMA Y HUELLA	Código:	FO-REP-02
		Versión:	04
		Página:	1 de 2
		Unidad:	CLINICAS

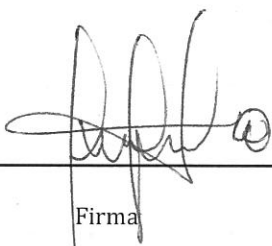
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZAR EL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Yo **JAYO ALCALA LENER ERNESTO**, identificado/a con documento de identidad N° 10097219 con ocupación laboral de **CONDUCTOR TIPO I**, certifico que he sido informado/a acerca de la naturaleza y propósito del examen médico ocupacional, así como pruebas complementarias determinadas por la empresa **VOLCAN COMPANIA MINERA S.A.A.** De acuerdo a los peligros y riesgos identificados en mi puesto de trabajo.

En ese sentido en forma consiente y voluntaria doy mi consentimiento, para que se me realice el examen médico ocupacional de acuerdo a la Resolución Ministerial N° 312-2011/MINSA y doy fe que la información brindada a NATCLAR es verídica.

Así mismo, autorizo a NATCLAR 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 NTPS N° 139-MINSA/DGAIN y Ley N° 26842, Ley General de Salud.

Fecha y hora: 27/04/2022 08:52:02

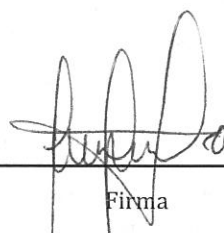

 Firma


CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICA

Yo **JAYO ALCALA LENER ERNESTO**, identificado/a con documento de identidad N° 10097219, certifico que he sido informado acerca de la naturaleza y propósito del uso de mi firma y huella electrónica en los documentos requeridos para mi examen Médico ocupacional, en ese sentido en forma consiente y voluntaria doy mi consentimiento para su uso.

Por lo que ☒ SI ☐ NO autorizo el uso de mi firma y huella electrónica exclusivamente para los documentos requeridos de mi Examen médico ocupacional realizado el día 27/04/2022

Fecha y hora: 27/04/2022 08:52:02


 Firma


- De acuerdo al precedente administrativo de observancia obligatoria sobre el registro del consentimiento informado en las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPRESS, aprobado en sesión de Sala Plena N° 014-2018 de fecha 23 de noviembre de 2018 (Ver ANEXO 1)

Este documento no se encuentra controlado en formato físico, la persona que requiere imprimir este documento debe asegurarse que se encuentre en la última versión

Paciente : **JAYO ALCALA, LENER ERNESTO**

Fecha Nac. : 29/03/1976 Sexo: M

Dni : 10097219

Empresa : JRC TRANSPORTES \T\ SERVICIOS S.A.C.

Ocupación : conductor tipo I

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02378350**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 27/04/22

Fecha Informe : 27/04/22

13:56:16

Copia de Laboratorio

HEMATOLOGÍA

HEMOGRAMA

Pruebas Realizadas	Resultado	Rango de Referencia	Unidades
MUESTRA: Sangre			
Hemoglobina	14.2	12.0 - 16.0	g/dL
Hematocrito	43.3	36.0 - 48.0	%
Hematíes	4.76	4 - 5.2	10 ⁶ /mm ³
Volumen corpuscular media	91	80 - 100	fL
Hemoglobina corpuscular media	29.8	27.0 - 32.0	pg
Concentración de hemoglobina corpuscular media	32.8	32.0 - 36.0	g/dL
Plaquetas	226	150 - 350	10 ³ /uL
Volumen plaquetario medio	9.0	7.5 - 11.5	fL

Fórmula Leucocitaria Total y Diferencial

Leucocitos totales	6.4	4.5 - 11.0	10 ³ /uL
Linfocitos	29.7	25.0 - 50.0	%
Basófilos	0.2	0.0 - 1.0	%
Monocitos	4.6	2.0 - 10.0	%
Neutrófilos segmentados	62.6	35.0 - 66.0	%
Eosinófilos	2.9	0.0 - 3.0	%
Bastones	00.1	00.0 - 02.0	%
Linfocitos absolutos	1.90	1.00 - 4.80	10 ³ /uL
Basófilos absolutos	00.01	00.00 - 00.20	10 ³ /uL
Monocitos absolutos	0.30	0.20 - 1.50	10 ³ /uL
Neutrófilos absolutos	4.00	2.00 - 9.00	10 ³ /uL
Eosinófilos absolutos	0.18	0.00 - 0.70	10 ³ /uL
Bastones absolutos	0.00	0.00 - 0.50	10 ³ /uL

Morfología Eritrocitos Normal

Morfología Leucocitos Normal

Morfología Plaquetas Normal

Observación Sin observaciones

Método: Impedancia volumétrica

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:



Salim Miguel Resk Vita
Tecnólogo médico en laboratorio clínico
CTMP: 14764
S.G NATCLAR S.A.C

Paciente : **JAYO ALCALA, LENER ERNESTO**

Fecha Nac. : 29/03/1976 Sexo: M

Dni : 10097219

Empresa : JRC TRANSPORTES Y SERVICIOS
S.A.C.

Ocupación : conductor tipo I

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02378350**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 27/04/22

Fecha Informe : 27/04/22

13:56:16

Copia de Laboratorio

Hematología

Pruebas realizadas	Resultado	Unidad de Medida	Rango de referencia	Método
GRUPO SANGUINEO	O			Aglutinación
FACTOR RH	POSITIVO			Aglutinación

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:



Salim Miguel Resk Vita
Tecnólogo médico en laboratorio clínico
CTMP: 14764
S.G NATCLAR S.A.C

Paciente : **JAYO ALCALA, LENER ERNESTO**

Fecha Nac. : 29/03/1976 Sexo: M

Dni : 10097219

Empresa : JRC TRANSPORTES \T\ SERVICIOS
S.A.C.

Ocupación : conductor tipo I

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02378350**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 27/04/22

Fecha Informe : 27/04/22

13:56:16

Copia de Laboratorio

Bioquímica

Pruebas realizadas	Resultado	Unidad de Medida	Rango de referencia	Método
GLUCOSA BASAL	86.2	mg/dL	70 - 110	GOD - PAP

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:



Salim Miguel Resk Vita
Tecnólogo médico en laboratorio clínico
CTMP: 14764
S.G NATCLAR S.A.C

Paciente : **JAYO ALCALA, LENER ERNESTO**

Fecha Nac. : 29/03/1976 Sexo: M

Dni : 10097219

Empresa : JRC TRANSPORTES \T\ SERVICIOS S.A.C.

Ocupación : conductor tipo I

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02378350**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 27/04/22

Fecha Informe : 27/04/22

13:56:16

Copia de Laboratorio

Microbiología

EXAMEN COMPLETO DE ORINA

Pruebas Realizadas	Resultado	Rango de Referencia	Unidades
--------------------	-----------	---------------------	----------

MACROSCOPICO:

Color	Amarillo Claro		
Aspecto	Transparente		

EXAMEN QUÍMICO:

PH	6.00	5.00 - 7.00	
Densidad	1.010		g/cm3
Proteínas	Negativo		
Glucosa en orina	Negativo		
Cuerpos cetónicos	Negativo		
Bilirrubina	Negativo		
Urobilinógeno	0.20	0.00 - 0.20	mg/dl
Hemoglobina	Negativo		
Esterasa leucocitaria	Negativo		
Nitritos	Negativo		

SEDIMENTO URINARIO:

Células epiteliales	Escasos
Gérmenes	Escasos
Leucocitos	No se observan
Hematíes	No se observan
Cristales	No se observan

Observaciones:

Método: Fotorfx

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:



Salim Miguel Resk Vita
Tecnólogo médico en laboratorio clínico
CTMP: 14764
S.G NATCLAR S.A.C

REPORTE PSICOLÓGICO

Apellidos y Nombres	: JAYO ALCALA LENER ERNESTO	Edad:	46
Ocupación	: INGRESO	DNI:	10097219
Grado de Instrucción	: SECUNDARIA COMPLETA		
Tipo de examen	: INGRESO		
Empresa	: JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.		

DIMENSION	FACTORES PSICOLOGICOS	BAJO	MEDIO	ALTO
COGNITIVA	ORIENTACION VISOESPACIAL			
	PERCEPCION, ATENCION			
HABILIDADES MOTRICES	COORDINACION VISO MANUAL			
	VELOCIDAD DE REACCION			
	COORDINACION VISO MOTRIZ			
AFECTIVA	PERSONALIDAD	SIN INDICADORES		
OTROS	SOMNOLENCIA	NO PRESENTA INDICADORES DE SOMNOLENCIA		
	DETECCION DE CONSUMO DE ALCOHOL	SIN PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO		

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

Cognitivamente cuenta con buena capacidad de percepción rápida de la orientación espacial: enfoca y localiza permanentemente posiciones en relación a puntos cardinales (este, oeste, norte y sur) y puntos intermedios. Por otro lado, posee muy buena capacidad para la discriminación, adquisición de experiencias y reconocimiento de nuevas situaciones en la captación definitiva de problemas a resolver.

Es hábil para realizar trabajos de precisión. Presenta alta capacidad para responder favorablemente ante estímulos visuales y auditivos de aparición repentina. Presenta buena capacidad para coordinar con rapidez movimientos inusuales.

Afectivamente denota estabilidad emocional con adecuado control de impulsos y se encuentra en relación a las características de su entorno. Es una persona que se adapta y respeta las normas establecidas. Así mismo tiende a tomar decisiones importantes, escuchando y considerando la opinión de los demás, por lo general es capaz de entablar adecuadas relaciones interpersonales pudiendo trabajar en equipo. Por otro lado, cuenta con recursos personales que le permiten afrontar situaciones de tensión.

No presenta indicadores de somnolencia ni dependencia hacia el consumo de bebidas alcohólicas.

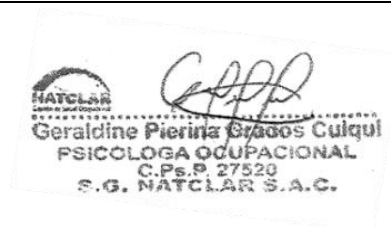
Laboralmente evidencia interés por su seguridad y la de las personas con las que labora. Identifica los peligros y riesgos a los que está expuesto en su entorno laboral, cuenta con 8 años de experiencia en el puesto. Además, logra adaptarse con facilidad a situaciones nuevas y respeta las normas de la empresa.

CONDICIÓN DIAGNÓSTICA:

El Sr. JAYO ALCALA LENER ERNESTO; se encuentra **APTO**, ya que **cumple con el perfil del puesto**.

EVALUADORA: Lic. GERALDINE PIERINA GRADOS CULQUI

COLEGIATURA: 27520



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EXAMEN MEDICO

miércoles, 27 de Abril de 2022

Yo, **JAYO ALCALA, LENER ERNESTO** Identificado con el DNI **10097219** , con ocupación laboral de **conductor tipo I** certifico que he sido informado acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa **JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.** Unidad **CERRO LINDO** solicita, y que todas mis dudas y preguntas al respecto han sido absueltas; así mismo, autorizo que los resultados sean entregados a la empresa la cual soy vinculante.

Por tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento, de acuerdo a lo establecido en el ítem 6.6.2. el Documento Técnico: Protocolos de Exámenes Médico Ocupacionales y Guías de diagnóstico de los Exámenes Médico Obligatorios por Actividad aprobado por la Resolución Ministerial N° 312-2011/MINSA¹, para que proceda a efectuar los exámenes que correspondan en relación a los riesgos laborales propios del puesto de trabajo de desempeño en la empresa; asimismo, autorizo la utilización de los resultados conforme al artículo 102° del Decreto Supremo N° 005-2012-TR, Reglamento de la ley de Seguridad y Salud en el Trabajo².

De igual manera, autorizo que el Médico Ocupacional obtenga la información de mi historia clínica presente o anterior, solicitándola directamente a la institución que corresponda, conforme al inciso a) del Artículo 25° de la ley N° 26842, Ley General de Salud³.



(Firma)

N° DNI/ Carne de Extranjería y Pasaporte
10097219

Ley N° 26842 Art. 4 y Art.25



(Huella Digital)

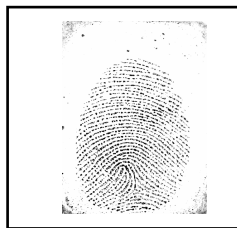
REGISTRO DE ENTREGA E INFORME DE RESULTADOS DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Yo **JAYO ALCALA, LENER ERNESTO** Identificada con DNI/CE N° **10097219** de constancia que he sido informado(a) acerca de los resultados del Examen Médico Ocupacional [*] que la empresa **NEXA RESOURCES PERU S.A.A.** me realizó en conformidad con la Ley Nro. 29783 (Artículo 49, inciso d) a través del Servicio de Apoyo al Médico Ocupacional (SAMO) en la Clínica Ocupacional **S.G NATCLAR S.A.C** el día **27** del mes **04** del año **2022** los mismos que fueron entregados.

Asimismo, asumo el compromiso de cumplir con las recomendaciones e indicaciones propuestas por el médico ocupacional.



FIRMA



HUELLA

DNI/CE/PASAPORTE : **10097219**

FECHA : **27/04/2022**

V° B° Médico Ocupacional

[*] Acorde a ley N° 29783 (Artículo 71, inciso b)

HISTORIA OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES: JAYO ALCALA, LENER ERNESTO

Nº REGISTRO (DNI): 10097219

FECHA DE NACIMIENTO: 29/03/1976

SEXO: Masculino

LUGAR DE NACIMIENTO: LIMA / LIMA

LUGAR DE PROCECENCIA: AV JOSE OLAYA 780, LIMA
VILLA MARIA DEL TRIU, Perú

PROFESIÓN: conductor tipo I

FECHA DE INICIO	EMPRESAS	ALTITUD m.s.n.m	ACTIVIDADES DE LA EMPRESA	AREA DE TRABAJO	OCUPACIÓN	TIEMPO DE TRABAJO SUBSUELO/SUPERFICIE/CONCENT			PELIGROS/AGENTES OCUPACIONALES	USO / TIPO EPP
01-04-2021	TRANSPORTES PEREDA	5000	Otras actividades no especificadas	MINA	CONDUCTOR SEMI TRAILER	0	0	0	Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado) Ruido	Calzado de seguridad. (Esporádicamente), Casco de seguridad (Esporádicamente), Ropa de protección contra las agresiones mecánicas (Esporádicamente) Tapones auditivos (Esporádicamente)
01-11-2016	SERVICIOS GENERALES SATURNO SA	4800	Otras actividades de edición	CONDUCTORES	CONDUCTOR DE SEMI TRAILER	0	4 años 6 meses	0	Polvo Respirable Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado) Ruido	Respirador (Siempre) Tapones auditivos (Siempre)
01-01-2016	TRABAJO INDEPENDIENTE	350	Otros tipos de crédito	CONDUCTORES	CONDUCTOR	0	10 meses	0	Posturas Forzadas	
01-01-2016	TRABAJOS INDEPENDIENTES	154	Otros tipos de crédito	TRANSPORTE	CONDUCTOR	0	9 meses	0	Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado)	
01-02-2014	DISAL	4800	Otros tipos de crédito	TRANSPORTE	CONDUCTOR DE SEMI TRAILER	0	1 año 11 meses	0	Ruido Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado)	
01-01-2010	VIARIAS EMPRESAS	4800	Otros tipos de crédito	TRANSPORTE	CONDUCTOR DE SEMI TRAILER	0	4 años 1 mes	0	Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado) Ruido	
Total						0 años 0 meses	12 años 1 mes	0 años 0 meses		

FECHA: 27/04/2022

HORA: -



LENER ERNESTO JAYO ALCALA



Indice Derecho
Huella Digital

CALDERON ALCAS, WILLIAM JOEL
Nombre del Medico Evaluador
CMP: 89617

Firma y Sello:



Dr. William Joel Calderon Alcas
Médico de Salud Ocupacional
CMP: 089617
S.G. NATCLAR S.A.C.

ANEXO No. 16
FICHA MÉDICA OCUPACIONAL

EXAMEN MÉDICO

EMPRESA : NEXA RESOURCES PERU S.A.A.
CONTRATISTA : JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.
APELLIDOS Y NOMBRES : JAYO ALCALA, LENER ERNESTO

PREOCUPACIONAL ☒
ANUAL ☐
RETIRO ☐
REUBICACIÓN ☐
VISITA ☐

Nº de Ficha 10097219

FECHA DE EXAMEN: 27-04-2022		FECHA DE CADUCIDAD: 27-04-2023		MINERALES EXPLOTADOS O PROCESADOS: PLATA, ZINC, COBRE, PLOMO	
LUGAR DE NAC.	FECHA DE NAC.	DOMICILIO HABITUAL	AREA DE LABOR	ALTITUD DE LA LABOR	
LIMA / LIMA	29/03/1976	AV JOSE OLAYA 780 LIMA / LIMA / VILLA MARIA DEL TRIU	SUPERFICIE ☐ CONCENTRADORA ☐ SUBSUELO ☒	Debajo 2500 m ☒ 3501 a 4000 m ☐ Hasta 3000 m ☐ 4001 a 4500 m ☐ 3001 a 3500 m ☐ Más de 4501 m ☐	
EDAD	SEXO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCIÓN	
46 Años	M ☒ F ☐	10097219 TELEFONO: 916214051	Soltero ☐ Conviviente ☒ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐	Analfabeto ☐ Sec. Incomp. ☐ Primaria Incomp. ☐ Sec. Comp. ☒ Primaria Comp. ☐ Técnico ☐ Universitario ☐	
Ruido ☒ Cancigerígenos ☐ Temperaturas ☐ Cargas ☐ Polvo ☒ Mutagénicos ☐ Biológicos ☐ Mov. Repet. ☒ Vib segmenta ☐ Solventes ☐ Posturas ☒ PVD ☐ Vib total ☐ Metales pesados ☐ Turnos ☐ Otros ☒			Describir según corresponda: Puesto al que postula : conductor tipo I Puesto actual: --- Reubicación: Si ☐ No ☒		
ANTECEDENTES OCUPACIONALES (VER HISTORIA OCUPACIONAL)					
ANTECEDENTES PERSONALES (Enfermedad y accidentes en el trabajo y fuera del mismo)			ALERGIAS Y/O REACCIONES ADVERSAS DE MEDICAMENTOS		
El trabajador no refiere haber tenido: vértigo, convulsiones, enfermedad mental, alcoholismo, hipertensión arterial, diabetes, otras patologías crónicas.			---		
Refiere Discapacidad No		CIE 10	---		Tipo
ANTECEDENTES FAMILIARES			INMUNIZACIONES		SIN HIJOS
NO REFIERE			Tétano: ☐ Hepatitis B: ☐ Fiebre Amarilla: ☐		NÚMERO DE HIJOS
					VIVOS MUERTOS
					2 0
HÁBITOS: Tabaco Alcohol Coca			TALLA	PESO	FUNCION RESPIRATORIA
Nada ☒ ☒ ☒			163 cms.	77 Kg	Abs %
Poco ☐ ☐ ☐					FVC 0.00 ---
Habitual ☐ ☐ ☐					FEV1 0.00 ---
Excesivo ☐ ☐ ☐					FEV1 / FVC 0.00 ---
Obs. ☐ ☐ ☐					FEF 25-75% 0.00 ---
			IMC		Conclusión: No aplica
			28.9		
CABEZA			NORMAL ☒ ANORMAL ☐		
Normocéfalo.					
CUELLO			NORMAL ☒ ANORMAL ☐		
Cilíndrico, móvil, no doloroso a la palpación ni a la movilización pasiva ni activa, no adenopatías, tiroides en rangos normales, no ingurgitación yugular.					
NARIZ			NORMAL ☒ ANORMAL ☐		
Fosas nasales permeables, tabique nasal sin desviaciones, cornetes no hipertróficos, no secreciones.					
BOCA, AMIGDALAS, FARINGE, LARINGE			NORMAL ☒ ANORMAL ☐	Piezas en mal estado: 0	
Labios sin lesiones, mucosa oral húmeda.				Piezas que faltan: 0	
OJOS		Sin corregir	Corregida	ENFERMEDADES OCULARES	
		OD	OI	Trastornos de la acomodación y de la refracción	
VISIÓN DE CERCA		0,75	0,75	REFLEJOS PUPILARES	
VISIÓN DE LEJOS		20/50	20/40	CONSERVADOS	
VISIÓN DE COLORES		Adecuado			

OIDOS

Audición derecha 500 1000 2000 3000 4000 8000

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

Audición izquierda 500 1000 2000 3000 4000 8000

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

OTOSCOPIA			
OD :	CAE permeable, membrana timpánica color blanco nacarado ybrillante evidencia triángulo luminoso.	OI :	CAE permeable, membrana timpánica color blanco nacarado ybrillante evidencia triángulo luminoso.

EN REPOSO				
Pulso x min	Presión Arterial Sistémica		F. Respiratoria :	Sat. O2 :
60 puls/min	Sistólica	120 mmHg	18 resp/min	97 %
	Diastólica	60 mmHg		

TORAX
Caja torácica sin alteraciones. En las mamas no se palpan nódulos. Axilas sin adenopatías.

CORAZON
Corazón; ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

PULMONES
Clínicamente normales: Murmullo vesicular y vibraciones vocales pasan bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

MIEMBROS SUPERIORES
Rangos articulares conservados, no se evidencian alteraciones articulares, no dolor a la movilización activa ni pasiva, no crepitos, no eritema, ni aumento de volumen.

MIEMBROS INFERIORES
Rangos articulares conservados, no se evidencian alteraciones articulares, no dolor a la movilización activa ni pasiva, no crepitos, no eritema, ni aumento de volumen.

REFLEJOS OSTEOTENDINOS
Normoreflexia

MARCHA	APARATO LOCOMOTOR
Equilibrio y coordinación motora normales.	Rangos Articulares: 4 puntos
	Aptitud de Espalda: 6 puntos

COLUMNA VERTEBRAL
Curvaturas fisiológicas adecuadas, movilidad y rangos articulares dentro de lo aceptable.

ABDOMEN	TACTO RECTAL
Blando, depresible, no doloroso, ruidos hidroaéreos presentes, no visceromegalia.	NO SE HIZO ☒ ANORMAL ☐
	NORMAL ☐ Describir en Observac. ☐

ANILLOS INGUINALES
No protrusión de masas a través de anillos inguinales.

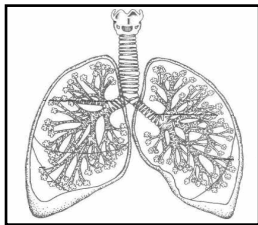
HERNIAS
No se evidencia al exámen físico hernias inguinales, umbilicales.

VARICES
No se evidencia al examen físico.

GENITALES
Adecuados a edad y sexo, sin alteraciones.

GANGLIOS
No se evidencia adenopatía.

LENGUAJE, ATENCIÓN, MEMORIA, ORIENTACIÓN, INTELIGENCIA, AFECTIVIDAD
Funciones superiores conservadas y sin alteraciones evidentes. Lúcido, orientado en tiempo, espacioy persona.



Nº Rx 10097219
Fecha 27/04/2022
Calidad 2
Símbolos ---

Vértices: Sin alteraciones

Campos pulmonares: Parenquima

Hilios: Conservado

Senos: Libres, no efusión pleural.

Mediastinos: Normales

Conclusiones radiográficas: Placa Radiograficamente Normal.

Silueta cardiovascular: Dimensiones Normales.

0/-, 0/0, 0/1	1/0	1/1, 1/2	2/1, 2/2, 2/3	3/2, 3/3, 3/+	A,B,C	St.	REACCIONES SEROLÓGICAS A LUES
CERO	1/0	UNO	DOS	TRES	CUATRO		Positivo: --- Negativo: ---
X							Otros Exámenes:
Sin Neumoconiosis NORMAL	Imagen radiografica de Exposición a Polvo SOSPECHA	Con Neumoconiosis					

GRUPO SANGUÍNEO

FACTOR RH

O ☒ A ☐ B ☐ AB ☐ + ☒ - ☐

HEMOGLOBINA: 14.2 g/dL

HEMATOCRITO: 43.3 %

ORINA	Color :	Amarillo Claro	Leu :	No se observan	Densidad :	1.01 g/cm3	Bili Ori :	Negativo	Nitritos :	Negativo
	Aspecto :	Transparente	Herm :	No se observan	Prot Ori :	Negativo	Uro Ori :	0.2 mg/dl		
	Cel Epi :	Escasos	Cristales :	No se observan	Glu Ori :	Negativo	Hem Ori :	Negativo		
	Ger :	Escasos	PH :	6	Cue Ceto :	Negativo	Est Leu :	Negativo		

Exámenes Auxiliares Complementarios

NO APLICA

Riesgo Coronario 0.00 %

Score de Framingham NO APLICA

RESULTADO DE EVALUACIÓN

Apto para Trabajar

SI ☒
NO ☐

Dr. Juan José Retamozo Padilla
SG NATCLAR SAC
CMP: 040850 / RNE: 030270
LECTOR OIT: 22R72-1306930460-18-174

Medico Ocupacional
RETAMOZO PADILLA, JUAN JOSE

C.M.P 40850

Dr. William Joel Calderon Alcas
Médico de Salud Ocupacional
CMP: 089617
S.G. NATCLAR S.A.C.

Medico Evaluador
CALDERON ALCAS, WILLIAM JOEL

C.M.P 89617

Medico Auditor

C.M.P

EXAMENES COMPLEMENTARIOS :

EVALUACION PSICOLOGICA:

APTO

OBSERVACIONES

CIE	DESCRIPCION	RECOMENDACIONES /RESTRICCIONES
- H52	Trastornos de la acomodación y de la refracción	Ametropia corregida. Se recomienda uso permanente de lentes correctores y control oftalmológico anual.
- R00.1	Bradicardia, no especificada	Electrocardiograma bradicardia sinusal 53 lpm, a la evaluación 60 lpm. se recomienda control anual por cardiología.
- Z01.1	Examen de oídos y de la audición	Normoacusia. SE RECOMIENDA uso de EPP auditivo estricto a ruido mayor de 80 dB.
- Z01.6	Examen radiológico, no clasificado en otra parte	Placa postero anterior normal. Se recomienda control anual y uso de protector respiratorio.
- E67	Otros tipos de hiperalimentación	Sobrepeso se recomienda dieta baja en grasas, harinas y ejercicio físico.
- B35.1	Tiña de las uñas	Onicodistrofia en lecho ungueal de primer dedo de ambos pies. Se recomienda evaluación por dermatología.

JAYO ALCALA, LENER ERNESTO

Firma del examinado



Huella digital índice derecho
Declaro que toda la información es verdadera

Me han explicado y he entendido sobre los resultados médicos y lo relativo a mi salud.

JAYO ALCALA, LENER ERNESTO

10097219

ANEXO 16 - A
EVALUACIÓN MÉDICA PARA ASCENSO A GRANDES ALTITUDES
(mayor de 2.500 m.s.n.m.)

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES: JAYO ALCALA, LENER ERNESTO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

10097219

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa):

29/03/1976

EDAD: 46 Años

SEXO:

Masculino

☒

Femenino

☐

DIRECCIÓN: AV JOSE OLAYA 780, LIMA, VILLA MARIA DEL TRIU

EMPLEADOR:

JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.

ACTIVIDAD A REALIZAR:

conductor tipo I

1. FUNCIONES VITALES

FC: 60 puls/min

PA: 120/60 mmHg

FR: 18 resp/min

IMC: 28.90

SO2: 97.00 %

2. ANAMNESIS :

El / La paciente presenta o ha presentado en los últimos 6 meses lo siguiente:

- Cirugía mayor reciente

NO

☒

SI

☐

- Desórdenes de la coagulación, trombosis, etc.

NO

☒

SI

☐

- Diabetes Mellitus

NO

☒

SI

☐

- Hipertensión Arterial

NO

☒

SI

☐

- Embarazo

NO

☒

SI

☐

- Problemas neurológicos: epilepsia, vértigo, etc.

NO

☒

SI

☐

- Infecciones recientes de moderadas a severas.

NO

☒

SI

☐

- Obesidad Mórbida (IMC mayor a 35 m/kg2)

NO

☒

SI

☐

FUR: NO APLICA

- Problemas Cardíacos: marcapasos, coronopatía, etc.

NO

☒

SI

☐

- Problemas Respiratorios: asma, EPOC, etc.

NO

☒

SI

☐

- Problemas Oftalmológicos: retinopatía, glaucoma, etc.

NO

☒

SI

☐

- Problemas Digestivos: Sangrado digestivo, cirrosis hepática, hepatitis, etc.

NO

☒

SI

☐

- Apnea el Sueño

NO

☒

SI

☐

- Otra condición médica importante

NO

☒

SI

☐

Especificar: -

- Alergias

NO

☒

SI

☐

Especificar: - . ()

- Uso de medicación actual

NO

☒

SI

☐

Especificar: - . ()

3. EXAMEN FÍSICO

3.1 APARATO CARDIOVASCULAR:

Características del pulso: 60 por minuto, palpable, rítmico y constante.

Observación: No se observa ingurgitación yugular.

Ruidos cardíacos: Rítmicos normofonéticos, no se ausculta ruidos agregados ni soplos.

3.2 APARATO RESPIRATORIO:

Observación y palpación: Tórax con buena amplexación, no se observa alteraciones de estructura.

Percusión: Tórax timpánico en ambos campos pulmonares.

Auscultación: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no se evidencia ruidos agregados.

4. EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Valor Hemoglobina: **14.20** Valor Hematocrito: **43.30 %** Glucosa en Sangre: **86.20 mg/dL** Hemoglobina Glicosilada: **NO APLICA**

Interpretación EKG: **Sin alteraciones.** Bradicardia sinusal Ritmo sinusal Sin alteracio

ANEXO 16 - A
EVALUACIÓN MÉDICA PARA ASCENSO A GRANDES ALTITUDES
(mayor de 2.500 m.s.n.m.)

APELLIDOS Y NOMBRES: JAYO ALCALA, LENER ERNESTO

DNI: 10097219

Declaro que las respuestas dadas en el presente documento son verdaderas y estoy consciente que el ocultar o falsear información me puede causar daño por lo que asumo total responsabilidad de ello.

Firma del Paciente



Huella Dactilar

Conforme a la declaración del paciente certifico que se encuentra **NO APLICA** para ascender a grandes altitudes, mayor a 2,500 m.s.n.m, sin embargo no aseguro el desempeño durante el ascenso ni durante su permanencia.

DATOS DEL MÉDICO

APELLIDOS Y NOMBRES: RETAMOZO PADILLA, JUAN JOSE

DIRECCIÓN: Av. Manuel Olgüín 906 Monterrico, Lima - Santiago de Surco, LIMA

CMP: 40850

FECHA: 27/04/2022

FIRMA Y SELLO:



EVALUACIÓN AUDITIVA

Apellidos y Nombres JAYO ALCALA, LENER ERNESTO

DNI : 10097219

Edad: 46 Años **Sexo:** Masculino

Empresa JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.

Tipo de Examen : Examen de Ingreso

Fecha del Examen : 27/04/2022

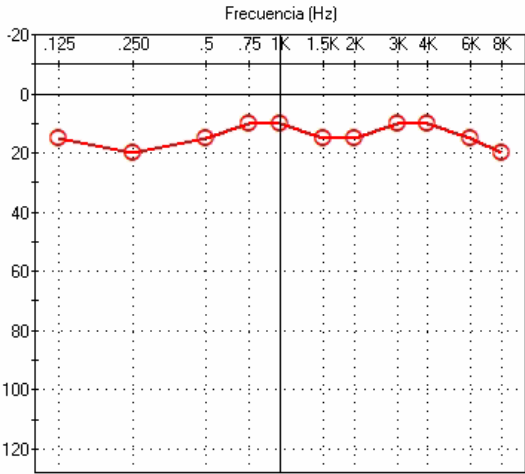
Puesto : conductor tipo I

Zona : SUBSUELO/SOCAVON

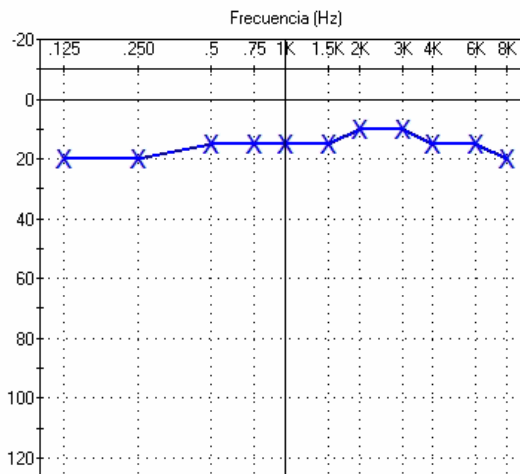
Hora : 10:47
Area : OPERACIONES

GRAFICA DE AUDIOMETRIA TONAL

Oído derecho



Oído izquierdo



AUDIOMETRIA TONO PURO

Promedio (500-1000-2000 Hz)

	Derecha	Izquierda	
Cond. Aérea	0	0	dB
Cond. Ósea	0	0	dB

	Der.	Izq.	Der.	Izq.
Cond. Aérea	○	×	○	×
Enmascarada	△	□	△	□
Cond. Ósea	<	>	<	>
Enmascarada	[	]	[	]

DIAPASONES (Acumetría)

OD	RINNE	OI
(+)	512	(+)
No aplica	1024	No aplica

OD	Weber	OI
←	512	→
No aplica	1024	No aplica

Datos del Audiometro

Marca : Interacoustics

Modelo : AD229b

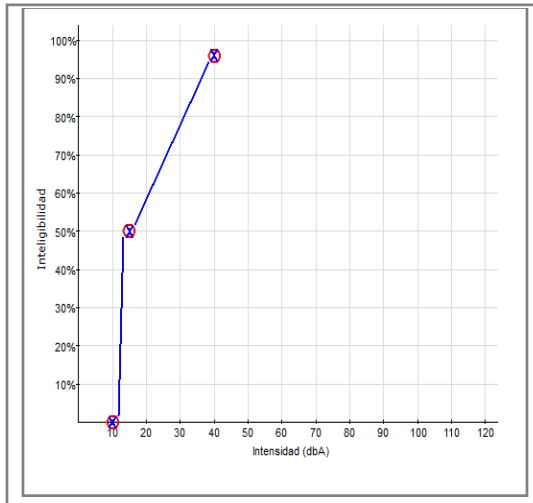
Fecha de calibración objetiva : 07/12/2021

Datos Ambiente

Evaluación realizada en cabina :

Si ☒ No ☐

GRAFICA LOGOaudiométrica



LOGOaudiometría

	OD	OI
Umbral SDT (dB)	10	10
Umbral SRT (dB)	15	15
Umbral UMD (dB)	40	40
% Discriminación Monoaural	96	96

NIVELES EFECTIVOS DE ENMASCARAMIENTO

		SDT	SRT	UMD1	UMD2	UMD3	UMD4
HTL	OD	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	OI	NR	NR	NR	NR	NR	NR

Método para el cálculo de la severidad audiométrica:

--



Gabriela Vasquez Jara
Técnica en Enfermería
S.G. NATCLAR S.A.C.



Dra. Mirtha Bendezu Chonta
Otorrinolaringólogo
CMP: 26644 RNE: 11097
S.G. NATCLAR S.A.C.

EVALUACIÓN AUDITIVA

Apellidos y Nombres JAYO ALCALA, LENER ERNESTO

DNI : 10097219 **EDAD :** 46 Años **SEXO :** Hombre

Empresa JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.

Actividad de la empresa :

CIU :

Tipo de Examen : Examen de Ingreso

Fecha y Hora del Examen :

27/04/2022 10:47

Tipo Audiometría : Base

Puesto : conductor tipo I

Zona : SUBSUELO/SOCA

Area : OPERACIONES

1.1. Historia laboral - Exposición Actual

Antigüedad en el puesto actual : ---

Apreciación del Ruido en el Ambiente Laboral (Evaluación Cualitativa) :

☐ -

Muy intenso

☐ -

Moderado

☐ -

No molesto

Tiempo de exposición (horas/día) : 0 h / d

Equipos de Protección Auditiva :

SI : ☐

NO : ☐

Tipo de Protección Auditiva : ---

Uso de Equipo de Protección Auditiva : ---

Duración : ---

1.2. Historia laboral - Antecedentes

- ¿Ud. Ha tenido puestos de trabajo anteriores con Ruido?

SI (X) No () 5 años 7 meses

- ¿Ud. tuvo o tiene exposición a: Disolventes orgánicos : Tolueno ; Xileno ; Estireno ; Tricloroetileno / Metales : Mercurio ; Manganeso ; Plomo ; Arsénico / Gases : Monóxido de carbono ; Cianuro de hidrógeno/ Sales : Cianuros ?

SI () No (X)

- ¿Ud. tuvo o tiene exposición a: Vibración / Alta Presión?

SI () No (X)

EMPRESAS	Puesto de Trabajo	Desde	Hasta	Descripción Riesgo	Exposición (Hrs /Día)	Tipo de Protección Auditiva / Uso	Duración en Años
DISAL	CONDUCTOR DE SEMI TRAILER			Ruido	8		
EMPRESAS	Puesto de Trabajo	Desde	Hasta	Descripción Riesgo	Exposición (Hrs /Día)	Tipo de Protección Auditiva / Uso	Duración en Años
VARIAS EMPRESAS	CONDUCTOR DE SEMI TRAILER	01/01/2010	01/01/2014	Ruido	8		4 a 1 m
EMPRESAS	Puesto de Trabajo	Desde	Hasta	Descripción Riesgo	Exposición (Hrs /Día)	Tipo de Protección Auditiva / Uso	Duración en Años
SERVICIOS GENERALES SATURNO SA	CONDUCTOR DE SEMI TRAILER	01/11/2016	01/03/2017	Ruido	10	Tapones auditivos (Siempre)	5 m
EMPRESAS	Puesto de Trabajo	Desde	Hasta	Descripción Riesgo	Exposición (Hrs /Día)	Tipo de Protección Auditiva / Uso	Duración en Años
TRANSPORTES PEREDA	CONDUCTOR SEMI TRAILER	01/04/2021	01/04/2022	Ruido	12	Tapones auditivos (Esporádicamente)	1 a 1 m

1.5. EXPOSICIÓN EXTRALABORAL A OTROS RIESGOS (Probable Impacto en la Audición)

¿Ud. tuvo o tiene exposición a? :

Deportes de Impacto: Buceo; Buceo Libre, Caza, Parapente, Surf, Tiro, Motociclismo...

Exposición a música alta, exposición a pirotécnicos, discotecas y/o Conciertos

SI	NO	Descripción	Exposición (Horas /Día)	Años de Exposición	Vigencia
	X	---	---	---	---
	X	---	---	---	---

1.6. ANTECEDENTES MORBIDOS PERSONALES

SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
Parotiditis	X	Encefalitis	X	Otosclerosis	X	Hipoacusias (Incluido la Subita)	X
Sarampión	X	Sinusitis	X	Parálisis facial	X	Enf. Cerebro vasculares	X
TEC	X	Alt. Metabolismo	X	TBC	X	Otitis crónica	X
Rubeola	X	Meningitis	X	Rinitis	X	Traumatismo del Oído Interno	X
Comentarios	---						

1.7. ANTECEDENTES FAMILIARES

Algún familiar (padres, hermanos, tíos o abuelos) que sufran o hayan sufrido de sordera

SI	NO	COMENTARIO
	X	---

1.8. ANTECEDENTES TOXICOS

ALCOHOL Si () No (X) Cantidad gramos: gr./mes
FUMADOR Si () No (X) Nro cigarrillos:

1.9. ANTECEDENTES Medicamentosos (Con Efectos Ototoxicos)

Antibióticos aminoglucósidos;Terapia Antituberculosa ; Antibióticos macrólidos y afines; Antibióticos glucopeptídicos; Diuréticos; Salicilatos; Antimalaricos ; Citostáticos ; Bloqueadores Beta ; Otros Antibióticos, Otros

SI	NO	Descripción	Vigente (Continua TTO)
	X	---	---

2. Sintomatología Actual**2.1. SÍNTOMAS ACTUALES**

Otalgia	SI ☐	NO ☒	Localización: ---	Frecuencia: ---	Duración: ---
Otorrea	SI ☐	NO ☒	Localización: ---	Característica: ---	Frecuencia: ---
Fluctuación de la agudeza auditiva	SI ☐	NO ☒	Localización: ---	Duración: ---	Asociada a IVRS o mojarse el oído: No
Plenitud ótica	SI ☐	NO ☒	Localización: ---		
Disminución de audición (No escucha)	SI ☐	NO ☒	Localización: ---	Frecuencia: ---	
Tinnitus	SI ☐	NO ☒	Localización: ---	Clasificación: ---	
Disminución de audición (No entiende)	SI ☐	NO ☒	Localización: ---	Frecuencia: ---	
Vértigo	SI ☐	NO ☒			

Carácter Tranquilo ☒ Agresivo ☐ Colérico ☐ Inquieto ☐ Nervioso ☐

2.2. Condiciones de Evaluación: Óptimo

Exposición a ruido extra laboral en las últimas 14 horas.	SI ☐	NO ☒	Problemas a nivel oro faríngeo (Velo del paladar, Úvula, amígdala, pared faríngea)	SI ☐	NO ☒
Exposición a ruido laboral en las últimas 14 horas	SI ☐	NO ☒	Lavado de oído en los últimos 48 horas.	SI ☐	NO ☒
Consumo de Alcohol y/o drogas, hipnoinductores, psicofármacos, depresores del SNC, entre las 24 hrs.	SI ☐	NO ☒	Otoscoopia CAE permeable (Excepto atresia o estenosis del CAE);o cerumen en CAE < al 50 %	SI ☒	NO ☐
Presencia de enfermedad respiratoria alta o sintomatología de resfrió	SI ☐	NO ☒	Viaje reciente con cambio de altura en las últimas 72 horas	SI ☐	NO ☒
Ansiedad	SI ☐	NO ☒	Trasnocho	SI ☐	NO ☒

2.3. Examen ORL:

Normal	Descripción	Anormal	Descripción
Nariz ☒	Fosas nasales permeables, septum nasal sin desviaciones , cornetes no hipertroficados, no secreciones.	☐	---
Faringoscopia: ☒	Velo del paladar, Úvula, amígdalas de característica normal, faringe rosada, leve vascularización, no exudado, cavidad oral libre, no úlceras, no tumoración.	☐	---

OTOSCOPIA OD: CAE permeable, membrana timpánica color blanco nacarado y brillante evidencia triángulo luminoso.

OI : CAE permeable, membrana timpánica color blanco nacarado y brillante evidencia triángulo luminoso.

TEMPERATURA HUMEDAD: Temperatura confortable: Si Valor: 24 °C Humedad confortable: Si Valor: 66 %

CONCLUSIONES

- Logoaudiometría - Adecuada discriminación de la palabra bilateral a intensidad de voz normal.
- Umbral Auditivo - Umbral auditivo bilateralmente de patrón normal

RECOMENDACIONES

- Se recomienda uso de protección auditiva estricta cuando exista exposición a ruido mayor a 80 db (A).



Gabriela Vasquez Jara

Gabriela Vasquez Jara
Técnica en Enfermería
S.G. NATCLAR S.A.C.

- Las evaluaciones se ejecutan con técnica de enmascaramiento, siempre que cumplan los criterios para su aplicación.
- Las evaluaciones fueron ejecutadas bajo los procedimientos de NATCLAR, las que tienen como referencia a la norma ISO 8253, ANSI, Normatividad PEECCA-Chile, equipos calibrados. Personal Capacitado por SG Natclar S.A con estándares PEECCA. Los equipos usados son: audiómetro INTERACUSTIC AD 229 b, Impedanciómetro MT10.

FICHA DE APTITUD SENSOMETRICA

IDENTIFICACION			
APELLIDOS Y NOMBRES :	JAYO ALCALA LENER ERNESTO		
FECHA DE NACIMIENTO :	29/03/1976	EDAD :	46 años
DNI :	10097219		
GRADO DE INSTRUCCION :	SEC. COMPLETA	FECHA Y HORA DE EXAMEN :	27/04/2022 -
NOMBRE DE LA EMPRESA :	JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.		

EVALUACION SENSOMETRICA					
AGUDEZA VISUAL	OJOS	SIN CORRECTOR		CON CORRECTOR	
		O.D.	O.I.	O.D.	O.I.
	VISION CERCANA	0,75	0,75	0,50	0,50
	VISION LEJOS	20/50	20/40	20/20	20/20
CAMPO VISUAL :	Derecho: 85		Izquierdo: 85		
VISIÓN DE PROFUNDIDAD :	No aplica				
DISCRIMINACIÓN DE COLORES :	Adecuado				
DESVIACIÓN DE EJE VISUAL VERTICAL :	No Aplica				
DESVIACIÓN DE EJE VISUAL HORIZONTAL	No Aplica				
VISIÓN NOCTURNA :	No Aplica				
ENCANDILAMIENTO :	No Aplica				
REACCIÓN DE ENCANDILAMIENTO :	No Aplica				
TEST DE ISHIHARA :	Adecuado				
TONOMETRIA :	Derecho: No Aplica		Izquierdo: No Aplica		
ESTEREOPSIS :	Adecuado				
FORIA :	--				
TEST DE SCHIRMER :	OD : No aplica		OI : No aplica		

CIEs: Diagnósticos:

- H52 Ametropia corregida. Se recomienda uso permanente de lentes correctores y control oftalmológico anual.

Recomendaciones:

Ametropia corregida. Se recomienda uso permanente de lentes correctores y control oftalmológico anual.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
- Trastornos de la acomodación y de la refracción	Ametropia corregida. Se recomienda uso permanente de lentes correctores y control oftalmológico anual.

Según Resolución directorial N° 13674-2007-MTC



DR. EDUARDO E. ROJAS ORTEGA
 CMP: 31685
 Oftalmólogo

FORMATO DE EVALUACIÓN DE PLACAS RADIOGRÁFICAS

Código del trabajador

10097219

FECHA DE PLACA RADIOGRÁFICA

Mes Día Año

04 27 2022

TIPO DE LECTURA

☐	☐	☐
A	B	P

Nota: Por favor coloque una "X" en las casillas correspondientes de este formulario para indicar su interpretación de una sola radiografía.

1. CALIDAD DE LA RADIOGRAFÍA

1 2 3 I/C

I/C = inclasificable

(Si no es de grado 1, marque todas las casillas que correspondan)

☐ Sobreexpuesta (oscura)

☐ Subexpuesta (clara)

☐ Artefactos

☒ Posición incorrecta

☒ Contraste deficiente

☐ Procesamiento deficiente

☐ Subinsuflación

☐ Moteada

☐ Otro (especifique)

2A. ¿EXISTE ALGUNA ANOMALÍA PARENQUIMATOSA QUE INDIQUE PRESENCIA DE NEUMOCONIOSIS?

Si ☐ Llene la secciones 2B y 2C

No ☒ Pase a la sección 3A

2B. OPACIDADES PEQUEÑAS

a. Forma/Tamaño

Primario		Secundario	
p	s	p	s
q	t	q	t
r	u	r	u

b. Zonas

	Derecha	Izquierda
Superior		
Intermedia		
Inferior		

c. Abundancia

0/-	0/X	0/1
1/0	1/1	1/2
2/1	2/2	2/3
3/2	3/3	3/+

2C. OPACIDADES GRANDES

Tamaño ☐ O ☐ A ☐ B ☐ C Pase a la sección 3A

3A. ¿EXISTE ALGUNA ANOMALÍA PLEURAL QUE INDIQUE PRESENCIA DE NEUMOCONIOSIS?

Si ☐ Llene la secciones 3B y 3C

No ☒ Pase a la sección 4A

3B. PLACAS PLEURALES (marque localización, calcificación, extensión y anchura)

Pared torácica

Localización

Calcificación

Extensión (pared torácica combinada para perfil y frente)

Hasta 1/4 de la pared torácica lateral =1
de 1/4 a 1/2 de la pared torácica lateral =2
>1/2 de la pared torácica lateral =3

Anchura (solamente de perfil)

(3mm de anchura mínima requerida)
3 a 5 mm = a
5 a 10 mm = b
>10 mm = c

De perfil

☐ O ☐ D ☐ I

☐ O ☐ D ☐ I

De frente

☐ O ☐ D ☐ I

☐ O ☐ D ☐ I

Diafragma

☐ O ☐ D ☐ I

☐ O ☐ D ☐ I

Otro(s) sitio(s)

☐ O ☐ D ☐ I

☐ O ☐ D ☐ I

☐ O ☐ D

☐ O ☐ I

1 2 3

1 2 3

☐ O ☐ D

☐ O ☐ I

a b c

a b c

3C. OBLITERACIÓN DEL ÁNGULO COSTOFRÉNICO

☐ D ☐ I

Pase a la sección 3D

No ☒ X

Pase a la sección 4A

3D. ENGROSAMIENTO PLEURAL DIFUSO

Localización

(marque localización, calcificación, extensión y anchura)

Calcificación

Extensión (pared torácica combinada para perfil y frente)

Hasta 1/4 de la pared torácica lateral =1
de 1/4 a 1/2 de la pared torácica lateral =2
>1/2 de la pared torácica lateral =3

Anchura (solamente de perfil)

(3mm de anchura mínima requerida)
3 a 5 mm = a
5 a 10 mm = b
>10 mm = c

Pared torácica

De perfil

☐ O ☐ D ☐ I

☐ O ☐ D ☐ I

De frente

☐ O ☐ D ☐ I

☐ O ☐ D ☐ I

☐ O ☐ D

☐ O ☐ I

1 2 3

1 2 3

☐ O ☐ D

☐ O ☐ I

a b c

a b c

4A. ¿EXISTEN OTRAS ANOMALÍAS?

Si ☐ Llene la secciones 4B y 4C

No ☒ X

4B. OTROS SIMBOLOS (OBLIGATORIOS)

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

OD

Si hay otras enfermedades o anomalías significativas, se deben indicar los hallazgos al reverso de este formulario. (sección 4C/4D)

4E. Se sugiere interconsulta a neumología para ampliación de diagnóstico y/o tratamiento

Si ☐ No ☒ X

FECHA DE LA LECTURA

Mes Día Año

04 27 2022

HORA: -

MORENO RAMIREZ, LUIS

APELLIDOS Y NOMBRES

53601

CMP

--

RNE

32581-120

REG. LECTOR OIT


Dr. Luis Moreno Ramirez
Médico en salud ocupacional
CMP: 53601 OIT: 32581-120
S.G. NATCLAR S.A.C.

FORMATO DE EVALUACIÓN DE PLACAS RADIOGRÁFICAS

4C. MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN:

(Esta lista tiene como objetivo reducir los comentarios escritos a mano y es opcional)

Anom alías del diafragma

- ☐ Eventración
☐ Hernia hiatal

Transtornos de las vías respiratorias

- ☐ Aumento de trama broncovascular
☐ Reforzamiento de trama broncovascular
☐ Hiperinsuflación

Anom alías óseas

- ☐ Anomalía de la caja toráctica ósea
☐ Fractura, sanada (no relacionada con las costillas)
☐ Fractura, sin sanar (no relacionada con las costillas)
☐ Escoliosis
☐ Anomalía de la columna vertebral

Anom alías parenquim atosas de los pulm ones

- ☐ Lóbulo ácigos
☐ Densidad pulmonar
☐ Infiltrado
☐ Nóbulo, lesión nodular

Anom alías varias

- ☐ Cuerpo extraño
☐ Cambios postquirúrgicos / alambre en esternón
☐ Quiste

Transtornos vasculares

- ☐ Aorta, anomalía de
☐ Anomalía vascular

4D. OTROS COMENTARIOS

5. DIAGNOSTICOS :

CIE	DESCRIPCION
Z01.6	- Placa postero anterior normal. Se recomienda control anual y uso de protector respiratorio.

aa Aorta aterosclerótica
at Engrosamiento pleural
ax Coalescencia de opacidades pequeñas
bu Bula(s)
ca Cáncer: tumores malignos torácicos, excluido el mesotelioma
cg Adenopatías o nódulos (por ejemplo, granulomas) no neumonoconióticos calcificados
cn Calcificación en opacidades neumonoconióticas pequeñas
co Anormalidad del tamaño o la forma del corazón
cp Cor pulmonale
cv Cavidad
di Distorsión pronunciada de una estructura intratorácica
ef Derrame pleural
em Enfisema
es Calcificación en cascara de huevo de los ganglios linfáticos hiliares o mediastínicos
fr Fractura(s) costal(es) (reciente(s) o consolidada(s))

hi Adenopatías hiliares o mediastínicas no calcificadas
ho Pulmón en panal de abeja
id Diafragma mal definido
ih Contorno cardíaco mal definido
kl Líneas septales de Kerley
me Mesotelioma
pa Atelectasias en placa
pb Bandas parenquimatosas
pi Engrosamiento pleural de una cisura interlobular
px Neumotórax
ra Atelectasias redondeadas
rp Neumoconiosis reumatoide
tb Tuberculosis
od Otra enfermedad o anomalía significativa

Cada una de las definiciones de los símbolos supone un calificativo de introducción o una frase como "cambios indicativos de" o "opacidades que sugieren" o "sospechoso". Los símbolos representan un hallazgo radiográfico que deberá ser contrastado con el estado clínico, antecedentes personales y/o exámenes adicionales del paciente para llegar a la conclusión diagnóstica. No son concluyentes para definir enfermedad.

DOCUMENTO TÉCNICO
PROTOCOLOS DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES Y GUÍAS DE DIANÓSTICOS DE LOS EXÁMENES MÉDICOS
OBLIGATORIOS POR ACTIVIDAD

ANEXO N°. 03
Ficha Psicológica Ocupacional

N° Ficha C0000058763	27	04	2022
	Día	Mes	Año

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres: JAYO ALCALA LENER ERNESTO

Edad: 46 Años

Fecha de Nacimiento: 29/03/1976

Lugar de Nacimiento: LIMA / LIMA

Estado Civil: Conviviente

Grado de instrucción: SEC. COMPLETA

Lugar de Residencia: AV JOSE OLAYA 780, LIMA
VILLA MARIA DEL TRIU

Evaluación: Pre-Ocupacional: ☒ Ocupacional: ☐ Post-Ocupacional: ☐

III. DATOS OCUPACIONALES

3.1: EMPRESA ACTUAL: (Postula, trabaja o trabajó)

Nombre de la Empresa : JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.

Actividad de la Empresa :

Area de trabajo : OPERACIONES Superficie ☐ Subsuelo ☒ Tiempo Total Laborando: ---

Puesto : conductor tipo I

Principales Riesgos

Ruido ☒	Cancerígenos ☐	Temperaturas ☐	Cargas ☐	Vib segmentar ☐	Solventes ☐	Posturas ☒	PVD ☐
Polvo ☒	Mutagénicos ☐	Biológicos ☐	Mov. Repet. ☐	Vib total ☒	Metales pesados ☐	Turnos ☐	Otros ☒

3.2: ANTERIORES EMPRESAS: (experiencia laboral)

Fecha	NOMBRE DE LA EMPRESA	ACT. DE LA EMPRESA	PUESTO	TIEMPO		Observaciones
				SUP	SUB	
01/04/2021	TRANSPORTES PEREDA	Otras actividades no especificadas	CONDUCTOR SEMI TRAILER		--	NO APLICA
01/11/2016	SERVICIOS GENERALES SATURNO SA	Otras actividades de edición	CONDUCTOR DE SEMI TRAILER	4 años 6 meses	--	NO APLICA
01/01/2016	TRABAJO INDEPENDIENTES	Otros tipos de crédito	CONDUCTOR	9 meses	--	NO APLICA
01/01/2016	TRABAJO INDEPENDIENTE	Otros tipos de crédito	CONDUCTOR	10 meses	--	NO APLICA
01/02/2014	DISAL	Otros tipos de crédito	CONDUCTOR DE SEMI TRAILER	1 año 11 meses	--	NO APLICA
01/01/2010	VARIAS EMPRESAS	Otros tipos de crédito	CONDUCTOR DE SEMI TRAILER	4 años 1 mes	--	NO APLICA

IV. HISTORIA FAMILIAR

- NO REFIERE

V. ACCIDENTES Y ENFERMEDADES (durante el tiempo de trabajo)

- NO REFIERE

VI. HÁBITOS (pasatiempos, consumo de tabaco, alcohol y/o drogas)

Tabaco: Nada

Alcohol: Nada

Coca: Nada

VII. EXAMEN MENTAL

7.1 OBSERVACIONES

PRESENTACIÓN

Adecuado

Inadecuado

☐

POSTURA

Erguida

Encorvada

☐

DISCURSO

Lento

☐

Rápido

☐

Fluido

☐

Bajo

☐

Moderado

☐

Alto

☐

Con dificultad

Sin dificultad

☐

ORIENTACIÓN

Tiempo:

Orientado

Desorientado

☐

Espacio:

Orientado

Desorientado

☐

Persona:

Orientado

Desorientado

☐

7.2 PROCESOS COGNITIVOS Y EMOCIONALES

Aptitud: Apto para el puesto de trabajo habitual.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS: Cognitivamente cuenta con buena capacidad de percepción rápida de la orientación espacial: enfoca y localiza permanentemente posiciones en relación a puntos cardinales (este, oeste, norte y sur) y puntos intermedios. Por otro lado, posee muy buena capacidad para la discriminación, adquisición de experiencias y reconocimiento de nuevas situaciones en la captación definitiva de problemas a resolver. Es hábil para realizar trabajos de precisión. Presenta alta capacidad para responder favorablemente ante estímulos visuales y auditivos de aparición repentina. Presenta buena capacidad para coordinar con rapidez movimientos inusuales. Afectivamente denota estabilidad emocional con adecuado control de impulsos y se encuentra en relación a las características de su entorno. Es una persona que se adapta y respeta las normas establecidas. Así mismo tiende a tomar decisiones importantes, escuchando y considerando la opinión de los demás, por lo general es capaz de entablar adecuadas relaciones interpersonales pudiendo trabajar en equipo. Por otro lado, cuenta con recursos personales que le permiten afrontar situaciones de tensión. No presenta indicadores de somnolencia ni dependencia hacia el consumo de bebidas alcohólicas. Laboralmente evidencia interés por su seguridad y la de las personas con las que labora. Identifica los peligros y riesgos a los que está expuesto en su entorno laboral, cuenta con 8 años de experiencia en el puesto. Además, logra adaptarse con facilidad a situaciones nuevas y respeta las normas de la empresa.

VIII. DIAGNÓSTICO FINAL

APTO

☒

OBSERVADO

☐

Lic. Geraldine Pierina Grados Culqui
Analista de Psicología ocupacional II
C.Ps.P.: 27520
S.G. NATCLAR S.A.C.

GRADOS CULQUI, GERALDINE PIERINA

FORMATO 1

		CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL REF: ANEXO 2 R.M. 312 - 2011 /Minsa				COD: Versión: 02 APROBADO: 24/01/2020	
Tipo de examen:		☒ Pre Ocupacional		☐ Periódico		☐ Temporal	
		☐ Reubicación		☐ Otros			
Fecha de examen :		27/04/2022					
Titular minero:		NEXA RESOURCES PERU S.A.A.					
Empresa contratista:		JRC TRANSPORTES & SERVICI					
Apellidos y Nombres:		JAYO ALCALA , LENER ERNESTO					
Documento de Identidad		10097219		Edad (años):		46	
				Género		☒ M ☐ F	
Puesto que postula (solo preocupacional):				conductor tipo I			
Ocupación actual o última ocupación:				----			
Examenes complementarios según RIESGOS OCUPACIONALES del puesto de trabajo :							
	NO	SI		NO	SI		NO SI
Op Eq móviles y vehic	☒	☐	Trabajos Altura > 1.8 m	☒	☐	Brigadistas/Rescatistas	☒ ☐
Espacios confinados	☒	☐	Instalaciones electricas Bloqueo/aislam. energia	☐	☐	Voladura	☐ ☐
Manipulador de Alimentos	☒	☐				Dosaje de Metales Pesados	☒ ☐
APTITUD MÉDICA Para el puesto de trabajo y sus riesgos ocupacionales							
APTO		☒		RESTRICCIONES ---			
APTO CON RESTRICCIÓN		☐					
NO APTO		☐					
Grupo sanguíneo y factor Rh (sólo preocupacional):				O POSITIVO			
Recomendaciones: - recomienda uso permanente de lentes correctores y control oftalmológico anual. - recomienda control anual por cardiología. - RECOMIENDA uso de EPP auditivo estricto a ruido mayor de 80 dB. - recomienda control anual y uso de protector respiratorio. - recomienda dieta baja en grasas, harinas y ejercicio físico. - recomienda evaluación por dermatología.				 Dr. Juan José Retamozo Padilla SG NATCLAR SAC CMP: 040850 / RNE: 030270 LECTOR OIT: 22R72-1306930460-18-174			
				Sello y firma de Médico Ocupacional CSO			
APTITUD EMITIDA SERVICIO DE SALUD OCUPACIONAL DEL TITULAR							
REF: Art. 118 D.S. 024 - 2016 EM							
APTO		☐		APTO CON RESTRICCIÓN		☐	
NO APTO		☐					
Sello y firma de Médico Ocupacional Servicio Médico de la Unidad							

Certificado de Aptitud Médico Ocupacional
EXAMEN DE Examen de Ingreso

CS-HC- C0000058763 - 01152022052796 Fecha de Generación de Reporte: 27 / 04 / 2022 - 15 : 47 hs.

		CÓDIGO		C0000058763					
CERTIFICA que el Sr. (a):									
Nombre y Apellidos		LENER ERNESTO JAYO ALCALA							
Documento de Identidad		10097219		Edad	46	años	Género	M (X)	F
Puesto al que postula (sólo pre ocupacional)			conductor tipo I						
Ocupación actual o última Ocupación			---						
HISTORIA CLÍNICA 10097219			EMPRESA: JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.						
CONCLUSIONES :									
APTO									
APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)		X		Restricciones					
APTO CON RESTRICCIÓN (para el puesto en el que trabaja o postula)									
NO APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)									
RECOMENDACIONES									
- Se recomienda uso permanente de lentes correctores y control oftalmológico anual. - se recomienda control anual por cardiología. - SE RECOMIENDA uso de EPP auditivo estricto a ruido mayor de 80 dB. - Se recomienda control anual y uso de protector respiratorio. - se recomienda dieta baja en grasas, harinas y ejercicio físico. - Se recomienda evaluación por dermatología.									
 Dr. Juan José Retamozo Padilla SG NATCLAR SAC CMP: 040850 / RNE: 030270 LECTOR OIT: 2ZR72-1306930460-18-174 Firma del Medico Ocupacional									

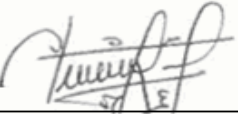
Fecha: 27-04-2022

Nombre: RETAMOZO PADILLA, JUAN JOSE

Sello y Firma de Médico que CERTIFICA

CS-HC- C0000058763 - 01152022052796 Fecha de Generación de Reporte: 27 / 04 / 2022 - 15 : 47 hs.

 NATCLAR Gestión de Salud Ocupacional		INFORME MEDICO OCUPACIONAL		Código: Fecha: Versión:
I. DATOS DE FILIACIÓN				
Nombres y apellidos:		JAYO ALCALA , LENER ERNESTO		
Edad:	46	Puesto:	conductor tipo I	
Empresa :	JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.	CSO:	S.G. NATCLAR S.A.C.	
Médico:	RETAMOZO PADILLA, JUAN JOSE	Fecha Atención :	27/04/2022	
II. ANTECEDENTES MÉDICO PERSONALES				
El trabajador no refiere haber tenido: vértigo, convulsiones, enfermedad mental, alcoholismo, hipertensión arterial, diabetes, otras patologías crónicas.				
III. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES				
PAPÁ : NO REFIERE MAMÁ : NO REFIERE HERMANOS : NO REFIERE				
IV. HÁBITOS				
1. Consumo de tabaco		Nada		
2. Consumo de alcohol		Bebedor - Alcohol/Mes.		
3. Actividad física		- . ()		
V. EVALUACIÓN MÉDICA				
ANAMNESIS:				
Síntomas:		Paciente refiere no presentar ningún tipo de síntomas, niega alguna patología.		
Relato:				
ANTROPOMETRÍA:				
TALLA	163.00 cm	PESO	77.00 Kg	
IMC	28.90 Kg/cm2			
FUNCIONES VITALES:				
P.A.S:	120	P.A.D:	60 mmHg	
Frecuencia cardiaca:	60 puls/min	Frecuencia Respiratoria:	18 resp/min	
Sat. O2:	97 %			
EXAMEN FÍSICO:				
Alterado				
RESULTADOS DE LABORATORIO:				
GLUCOSA	86.2 mg/dL			
HEMOGLOBINA	14.2 g/dL			
HEMATOCRITO	43.3 %			
AUDIOMETRIA:				
OD: ---	OI: ---			
ESPIROMETRIA:				
No aplica				

 NATCLAR Gestión de Salud Ocupacional	INFORME MEDICO OCUPACIONAL	Código: Fecha: Versión:													
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX:															
Sin Alteraciones: Placa Radiograficamente Normal.															
VI. HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES															
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="60 405 609 454">Diagnósticos CIE 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H52 Ametropia corregida. Se recomienda uso permanente de lentes correctores y control oftalmológico anual.</td> </tr> <tr> <td>R00.1 Electrocardiograma bradicardia sinusal 53 lpm, a la evaluación 60 lpm. se recomienda control anual por cardiología.</td> </tr> <tr> <td>Z01.1 Normoacusia. SE RECOMIENDA uso de EPP auditivo estricto a ruido mayor de 80 dB.</td> </tr> <tr> <td>Z01.6 Placa postero anterior normal. Se recomienda control anual y uso de protector respiratorio.</td> </tr> <tr> <td>E67 Sobrepeso se recomienda dieta baja en grasas, harinas y ejercicio físico.</td> </tr> <tr> <td>B35.1 Onicodistrofia en lecho ungueal de primer dedo de ambos pies. Se recomienda evaluación por dermatología.</td> </tr> </tbody> </table>	Diagnósticos CIE 10	H52 Ametropia corregida. Se recomienda uso permanente de lentes correctores y control oftalmológico anual.	R00.1 Electrocardiograma bradicardia sinusal 53 lpm, a la evaluación 60 lpm. se recomienda control anual por cardiología.	Z01.1 Normoacusia. SE RECOMIENDA uso de EPP auditivo estricto a ruido mayor de 80 dB.	Z01.6 Placa postero anterior normal. Se recomienda control anual y uso de protector respiratorio.	E67 Sobrepeso se recomienda dieta baja en grasas, harinas y ejercicio físico.	B35.1 Onicodistrofia en lecho ungueal de primer dedo de ambos pies. Se recomienda evaluación por dermatología.	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="609 405 1513 454">Recomendaciones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ametropia corregida. Se recomienda uso permanente de lentes correctores y control oftalmológico anual.</td> </tr> <tr> <td>Electrocardiograma bradicardia sinusal 53 lpm, a la evaluación 60 lpm. se recomienda control anual por cardiología.</td> </tr> <tr> <td>Normoacusia. SE RECOMIENDA uso de EPP auditivo estricto a ruido mayor de 80 dB.</td> </tr> <tr> <td>Placa postero anterior normal. Se recomienda control anual y uso de protector respiratorio.</td> </tr> <tr> <td>Sobrepeso se recomienda dieta baja en grasas, harinas y ejercicio físico.</td> </tr> <tr> <td>Onicodistrofia en lecho ungueal de primer dedo de ambos pies. Se recomienda evaluación por dermatología.</td> </tr> </tbody> </table>	Recomendaciones	Ametropia corregida. Se recomienda uso permanente de lentes correctores y control oftalmológico anual.	Electrocardiograma bradicardia sinusal 53 lpm, a la evaluación 60 lpm. se recomienda control anual por cardiología.	Normoacusia. SE RECOMIENDA uso de EPP auditivo estricto a ruido mayor de 80 dB.	Placa postero anterior normal. Se recomienda control anual y uso de protector respiratorio.	Sobrepeso se recomienda dieta baja en grasas, harinas y ejercicio físico.	Onicodistrofia en lecho ungueal de primer dedo de ambos pies. Se recomienda evaluación por dermatología.
Diagnósticos CIE 10															
H52 Ametropia corregida. Se recomienda uso permanente de lentes correctores y control oftalmológico anual.															
R00.1 Electrocardiograma bradicardia sinusal 53 lpm, a la evaluación 60 lpm. se recomienda control anual por cardiología.															
Z01.1 Normoacusia. SE RECOMIENDA uso de EPP auditivo estricto a ruido mayor de 80 dB.															
Z01.6 Placa postero anterior normal. Se recomienda control anual y uso de protector respiratorio.															
E67 Sobrepeso se recomienda dieta baja en grasas, harinas y ejercicio físico.															
B35.1 Onicodistrofia en lecho ungueal de primer dedo de ambos pies. Se recomienda evaluación por dermatología.															
Recomendaciones															
Ametropia corregida. Se recomienda uso permanente de lentes correctores y control oftalmológico anual.															
Electrocardiograma bradicardia sinusal 53 lpm, a la evaluación 60 lpm. se recomienda control anual por cardiología.															
Normoacusia. SE RECOMIENDA uso de EPP auditivo estricto a ruido mayor de 80 dB.															
Placa postero anterior normal. Se recomienda control anual y uso de protector respiratorio.															
Sobrepeso se recomienda dieta baja en grasas, harinas y ejercicio físico.															
Onicodistrofia en lecho ungueal de primer dedo de ambos pies. Se recomienda evaluación por dermatología.															
  Dr. Juan José Retamozo Padilla SG NATCLAR SAC CMP: 040850 / RNE: 030270 LECTOR OIT: 2ZR72-1306930460-18-174 Firma y Sello Médico ocupacional CSOA															