

VALORES NORMALES

EXAMEN DE LABORATORIO

GLUCOSA	BASAL (70 - 100 mg/dl)
COLESTEROL	BASAL (<200 mg/dl)
TRIGLICERIDOS	BASAL (<160 mg/dl)

EXAMEN DE ORINA

NORMAL	TODOS LOS ITEMS EN NEGATIVO
PH NORMAL	ENTRE 5 Y 7

	ALTURA LABOR	HEMOGLOBINA	HEMA TOCRITO
Mujer	Hasta 3000 msnm	12 - 16 gr/dl	38 - 44 %
	Mas de 3000 msnm	13 - 19 gr/dl	39 - 57 %
Varon	Hasta 3000 msnm	13 - 18 gr/dl	40 - 50 %
	Mas de 3000 msnm	14 - 20 gr/dl	44 - 60 %

OFTALMOLOGIA

	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
Vision Normal	20/20	20/20

CARTA DE COMPROMISO

Yo, **PEREZ ASTO OSCAR** identificado con DNI (**X**) / CE () / Pasaporte (), Nro: **10360498**, perteneciente a la empresa:

JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.

Habiendo pasado la evaluación medica:
(**X**) Pre-ocupacional () Anual () De Retiro () Cambio de Puesto () Visita Anual () Temporal () Expansión

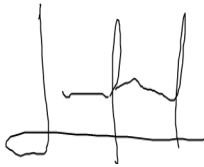
He sido debidamente informado de los resultados obtenidos en el examen medico, siendo los diagnósticos encontrados:

N°	Diagnostico	CIE 10
1	Trastornos de la acomodación y de la refracción	H52
2	Examen radiológico, no clasificado en otra parte	Z01.6

Los mismos que acepto y por lo tanto que me comprometo a seguir las siguientes recomendaciones clínicas y de salud ocupacional que el medico evaluador considere de acuerdo al Manual de salud Ocupacional del y de los Estándares de Seguridad.

	Recomendaciones
1	Ametropia corregida. Se recomienda uso permanente de lentes correctores y control oftalmológico anual
2	Radiografía de tórax postero anterior normal. Se recomienda control anual y uso de protector respiratorio.

Las que cumpliré estrictamente con la finalidad de prevenir la severidad o empeoramiento de los presentes cuadros diagnosticados así mismo me comprometo a cumplir con los chequeos y controles médicos ocupacionales que el medico evaluador de la clínica mencionada indique.



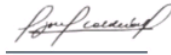

Trabajador (Firma y Huella Digital)

Nombre : PEREZ ASTO OSCAR

DNI : 10360498

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

Puesto de Trabajo : CONDUCTOR DE CAMIONETA

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

Firma y Sello del Medico Evaluador

Nombres : CALDERON ALCAS, WILLIAM JOEL
CMP : 89617




Dr. Juan José Retamozo Padilla
Médico de salud ocupacional
CMP: 040850 / RNE: 030270
Lector OIT: 22R72-1306930460-18-174
S.G. NATCLAR S.A.C.

Firma y Sello del Medico Ocupacional

Nombres : RETAMOZO PADILLA, JUAN JOSE
CMP : 40850

FECHA: 26/01/2023

HORA: -

HISTORIA OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES: PEREZ ASTO, OSCAR

LUGAR DE NACIMIENTO: HUANCAYO/JUNIN

PROFESIÓN: CONDUCTOR

N° REGISTRO (DNI): 10360498

LUGAR DE PROCECENCIA:

FECHA DE NACIMIENTO: 24/07/1976

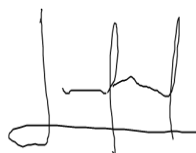
SEXO: Masculino

MZ F LT 11 SANTA FE DE TOTORITA, 1 LIMA
SAN JUAN DE LURIGANC, Perú

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
01-09-2022	MAREAUTO PERU SA	154	Otras actividades no especificadas	TRANSPORTE	CONDUCTOR	0	5 meses	0	Estrés Movimientos repetitivos Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado)	Calzado de seguridad. (Sólo en caso de exposición), Ropa de trabajo. (Sólo en caso de exposición)
01-11-2021	GESTION MINERA INTEGRAL S.A.C.	4505	Otras actividades de servicios n.c.p.	OPERACIONES	CONDUCTOR	0	0	0	Movimientos repetitivos Polvo Respirable Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado) Ruido	Respirador (Siempre) Calzado de seguridad. (Sólo en caso de exposición), Casco de seguridad (Sólo en caso de exposición), Lentes de protección (Sólo en caso de exposición), Ropa de trabajo. (Sólo en caso de exposición) Tapones auditivos (Siempre)
01-08-2019	PLATINUM HOME- CERRO LINDO- NEXA RESOURCES	4380	Otros tipos de crédito	MINERIA	CONDUCTOR	0	2 años	0	Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado) Polvo Respirable Ruido	Respirador (Siempre) Tapones auditivos (Siempre)
01-01-1996	VARIAS EMPRESAS(EXPLOMIN DEL PERU,JRC INGENIERIA Y CONSTRUCCION,DELIRYO,EXPL OMIN DEL PERU, ETC)	154	Otros tipos de crédito	TRANSPORTES	CONDUCTOR	0	23 años 6 meses	0	Polvo Respirable Ruido Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado)	Respirador (Sólo en caso de exposición) Tapones auditivos (Sólo en caso de exposición)
Total						0 años 0 meses	25 años 11 meses	0 años 0 meses		

FECHA: 26/01/2023

HORA: -



OSCAR PEREZ ASTO

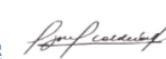


Indice Derecho
Huella Digital

CALDERON ALCAS, WILLIAM JOEL

Nombre del Medico Evaluador

CMP: 89617

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

Firma y Sello:

ANEXO No. 16
FICHA MÉDICA OCUPACIONAL

EXAMEN MÉDICO

EMPRESA : VOLCAN COMPANIA MINERA S.A.A.
CONTRATISTA : JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.
APELLIDOS Y NOMBRES : PEREZ ASTO, OSCAR

PREOCUPACIONAL ☒
ANUAL ☐
RETIRO ☐
REUBICACIÓN ☐
VISITA ☐

Nº de Ficha 10360498

FECHA DE EXAMEN: 26-01-2023		FECHA DE CADUCIDAD: 26-01-2024		MINERALES EXPLOTADOS O PROCESADOS:	
LUGAR DE NAC.		FECHA DE NAC.		DOMICILIO HABITUAL	
HUANCAYO / JUNIN		24/07/1976		MZ F LT 11 SANTA FE DE TOTORITA 1 LIMA / LIMA / SAN JUAN DE LURIGANC	
EDAD		SEXO		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
46 Años		M ☒ F ☐		10360498 TELEFONO: 986157473	
ESTADO CIVIL		GRADO DE INSTRUCCIÓN		ALTITUD DE LA LABOR	
Soltero ☐ Casado ☐		Analfabeto ☐ Primaria Incomp. ☐ Primaria Comp. ☐		Debajo 2500 m ☐ Hasta 3000 m ☐ 3001 a 3500 m ☐	
Conviviente ☒ Viudo ☐ Divorciado ☐		Sec. Incomp. ☐ Sec. Comp. ☒ Técnico ☐ Universitario ☐		3501 a 4000 m ☐ 4001 a 4500 m ☐ Más de 4501 m ☒	
Ruido ☒ Cancigerígenos ☐ Temperaturas ☐ Cargas ☐ Polvo ☒ Mutagénicos ☐ Biológicos ☐ Mov. Repet. ☒ Vib segmentar ☐ Solventes ☐ Posturas ☒ PVD ☐ Vib total ☐ Metales pesados ☐ Turnos ☐ Otros ☒					
Describir según corresponda: Puesto al que postula : CONDUCTOR DE CAMIONETA 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		
- Paciente refiere haber sido intervenido quirúrgicamente por rotura de tendón de aquiles izquierdo 2017 y derecho 2018			---		
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		0
HÁBITOS:		Tabaco		Alcohol	
Nada		☒		☐	
Poco		☐		☒	
Habitual		☐		☐	
Excesivo		☐		☐	
Obs.		☐		☐	
TALLA		PESO		FUNCIÓN RESPIRATORIA	
154 cms.		69 Kg		Abs 0.00 % ---	
IMC		29		FEV1 0.00 % ---	
				FEV1 / FVC 0.00 % ---	
				FEF 25-75% 0.00 % ---	
				Conclusión: No aplica	
TEMPERATURA		Cintura : 87 °C		Cadera : 101 °C	
				ICC : 0.86 °C	
ANAMNESIS NORMAL ☒ ANORMAL ☐					
Paciente refiere no presentar ningún tipo de síntomas, niega alguna patología.					
ECTOSCOPIA NORMAL ☐ ANORMAL ☒					
Aparente buen estado general, aparente buen estado de hidratación, aparente regular estado nutricional.					
PIEL Y FANERAS NORMAL ☐ ANORMAL ☒					
Tibia, seca, lisa, de turgencia, elasticidad, grosor, y movilidad normales, con buena higiene. Cicatriz en tercio inferior de ambas piernas por antecedente quirúrgico.					
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: 2	

OJOS	Sin corregir		Corregida		ENFERMEDADES OCULARES
	OD	OI	OD	OI	Trastornos de la acomodación y de la refracción
	0,50	0,50	0,50	0,50	REFLEJOS PUPILARES
	20/200	20/60	20/20	20/20	CONSERVADOS
VISIÓN DE CERCA	Adecuado				
VISIÓN DE LEJOS					
VISIÓN DE COLORES					

OIDOS

Audición derecha 500 1000 2000 3000 4000 8000

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
dB (A)	15	5	5	20	40	40	20

Audición izquierda 500 1000 2000 3000 4000 8000

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
dB (A)	10	5	10	25	25	15	10

OTOSCOPIA

OD : Normal

OI : Normal

EN REPOSO

Pulso x min	Presión Arterial Sistémica		F. Respiratoria :	Sat. O2 :
95 puls/min	Sistólica	110 mmHg	18 resp/min	98 %
	Diastólica	70 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 examen físico hernias inguinales, umbilicales.

VARICES

No se evidencia al examen físico.

GENITALES

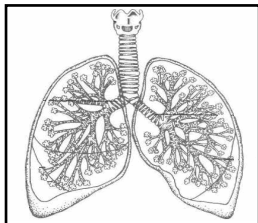
Adecuados a edad y sexo, sin alteraciones.

GANGLIOS

No se evidencia adenopatía.

LENGUAJE, ATENCIÓN, MEMORIA, ORIENTACIÓN, INTELIGENCIA, AFECTIVIDAD

Funciones superiores conservadas y sin alteraciones evidentes. Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona.



Nº Rx 10360498
Fecha 26/01/2023
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)
X							Otros Exámenes:
Sin Neumoconiosis NORMAL	Imagen radiografica de Exposición a Polvo SOSPECHA	Con Neumoconiosis					

GRUPO SANGUÍNEO

FACTOR RH

O ☐ A ☒ B ☐ AB ☐ + ☒ - ☐

HEMOGLOBINA: 16 g/dL

HEMATOCRITO: 46.9 %

ORINA	Color :	Amarillo Claro	Leu :	No se observan	Densidad :	1.005 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 :	7	Cue Ceto :	Negativo	Est Leu :	Negativo		

Exámenes Auxiliares Complementarios

Interpretación EKG: Sin alteraciones. Trazado normal

Riesgo Coronario 0.00 %

Score de Framingham NO APLICA

RESULTADO DE EVALUACIÓN Apto para Trabajar SI ☒ NO ☐	 Dr. Juan José Retamozo Padilla Médico de salud ocupacional CMP: 040850 / RNE: 030270 Lector OIT: 22R72-1306930460-18-174 S.G NATCLAR S.A.C	 Dr. William Joel Calderon Alcas Médico de Salud Ocupacional CMP: 089617 S.G. NATCLAR S.A.C.	 Dr. Estefania Amanda Adrianzen Camus Médico General CMP: 083306 S.G. NATCLAR S.A.C.
	Medico Ocupacional RETAMOZO PADILLA, JUAN JOSE C.M.P 40850	Medico Evaluador CALDERON ALCAS, WILLIAM JOEL C.M.P 89617	Medico Auditor ADRIANZEN CAMUS, ESTEFANIA AMANDA C.M.P 83306

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
- Z01.6	Examen radiológico, no clasificado en otra parte	Radiografía de tórax postero anterior normal. Se recomienda control anual y uso de protector respiratorio.
- H90.4	Hipoacusia neurosensorial, unilateral con audición irrestricta contralateral	Hipoacusia neurosensorial leve derecha. Se recomienda uso de EPP auditivo, estricto a ruido mayor de 80 dB.
- E67	Otros tipos de hiperalimentación	Sobrepeso (IMC: 29 kg/m2). Se recomienda dieta baja en grasas, harinas y ejercicio físico.
- K08.1	Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local	Pieza : 4.7. Paciente portador de prótesis fija. Pieza 2.6. Se recomienda tratamiento de rehabilitación oral.

Perez Asto, Oscar

Firma del examinado



Huella digital indice derecho
Declaro que toda la información es
verdadera
Me han explicado y he entendido
sobre los resultados médicos y lo
relativo a mi salud.

PEREZ ASTO, OSCAR

10360498

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

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES: PEREZ ASTO, OSCAR

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
10360498

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa):
24/07/1976
EDAD: 46 Años

SEXO:
Masculino ☒ Femenino ☐

DIRECCIÓN: MZ F LT 11 SANTA FE DE TOTORITA, 1 LIMA, SAN JUAN DE LURIGANC

EMPLEADOR:
JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.

ACTIVIDAD A REALIZAR:
CONDUCTOR DE CAMIONETA

1. FUNCIONES VITALES

FC: 95 puls/min

PA: 110/70 mmHg

FR: 18 resp/min

IMC: 29.00

SO2: 98.00 %

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 | ☐ |
| - Problemas Cardíacos: marcapasos, coronapatía, 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 | ☐ |
| - Alergias | NO | ☒ | SI | ☐ |
| - Uso de medicación actual | NO | ☒ | SI | ☐ |

FUR: N/A

Especificar:

Especificar: - . ()

Especificar: - . ()

3. EXAMEN FÍSICO

3.1 APARATO CARDIOVASCULAR:

Características del pulso 95 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 aplexación, 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: **16.00** Valor Hematocrito: **46.90 %** Glucosa en Sangre: **89.00 mg/dL** Hemoglobina Glicosilada: **NO APLICA**
Interpretación EKG: **Sin alteraciones. Trazado normal**

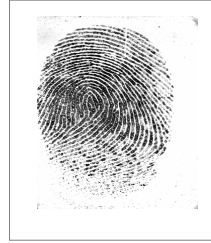
ANEXO 16 - A
EVALUACIÓN MÉDICA PARA ASCENSO A GRANDES ALTITUDES
(mayor de 2.500 m.s.n.m.)

APELLIDOS Y NOMBRES: PEREZ ASTO, OSCAR

DNI: 10360498

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 **APTO** 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: 26/01/2023

FIRMA Y SELLO:



Dr. Juan José Retamozo Padilla
Médico de salud ocupacional
CMP: 040850 / RNE: 030270
Lector OIT: 22R72-1306930460-18-174
S.G NATCLAR S.A.C
Firma del Medico Ocupacional

CS-HC- C0000324274 - 01152023007584 Fecha de Generación de Reporte: 10 / 02 / 2023 - 07 : 37 hs.

FICHA MÚSCULO ESQUELÉTICA

Identificación

APELLIDOS Y NOMBRES: PEREZ ASTO, OSCAR

FECHA: 26/01/2023

HORA: -

EMPRESA ESPECIALIZADA: JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A

TIEMPO TRABAJO: 0 Año(s) 1 Mes (16) Día(s)

PUESTO DE TRABAJO: CONDUCTOR DE CAMIONETA

- ¿Tuvo episodio previo de dolor de espalda?

Si: ---

No: X

- ¿Levanto peso?

Si: ---

¿Cuánto?: -- kilos

No: X

Aptitud de espalda	Excelente: 1	Bueno: 2	Regular: 3	Malo: 4	Ptos. *	Observaciones:
Flexibilidad / Fuerza ABDOMEN					2	NO
CADERA					1	
MUSLO					1	
ABDOMEN LATERAL					2	
Total					6	

Rangos Articulares	Óptimo: 1	Limitado: 2	Muy limitado: 3	Ptos. *	Dolor con resistencia SI / NO:
Abducción de hombro (Normal 0° - 180°)				1	NO
Aducción de hombro (Normal 0° - 80°)				1	NO
Rotación externa (Normal 0° - 90°)				1	NO
Rotación interna (Normal 0° - 90°)				1	NO
Total				4	

OBSERVACIONES: NO

* En Ptos. colocar el grado que corresponde a la capacidad del paciente.

** Repetir cada movimiento contra resistencia leve a moderada v evaluar fortaleza v presencia del dolor

Firma y sello del Médico Evaluador:
CALDERON ALCAS, WILLIAM JOEL



FICHA DE APTITUD SENSOMETRICA

IDENTIFICACION			
APELLIDOS Y NOMBRES :	PEREZ ASTO OSCAR		
FECHA DE NACIMIENTO :	24/07/1976	EDAD :	46 años
DNI :	10360498		
GRADO DE INSTRUCCION :	SEC. COMPLETA	FECHA Y HORA DE EXAMEN :	26/01/2023 -
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	0,50	0,50	0,50	0,50
	VISION LEJOS	20/200	20/60	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 :	No Aplica				
FORIA :	--				
TEST DE SCHIRMER :	OD : No aplica		OI : No aplica		

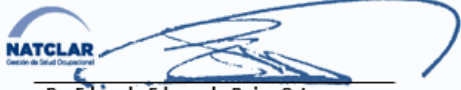
CIEs: Diagnósticos:

- 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

Según Resolución directorial N° 13674-2007-MTC


Dr. Eduardo Edmundo Rojas Ortega
 Médico oftalmólogo
 CMP: 31685 RNE: 14501
 S.G. NATCLAR S.A.C.

EVALUACIÓN AUDITIVA

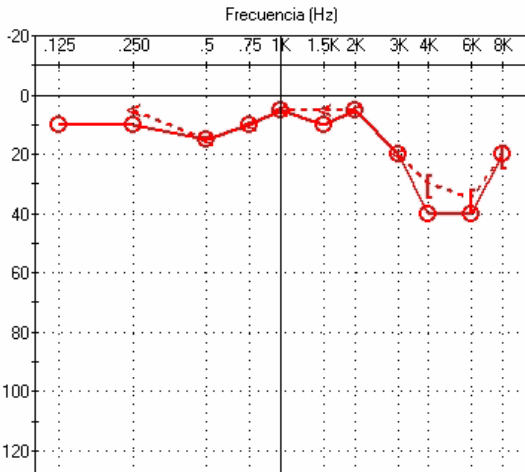
Apellidos y Nombres PEREZ ASTO, OSCAR
Empresa JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.
Puesto : CONDUCTOR DE CAMIONETA

DNI : 10360498
Tipo de Examen : Examen de Ingreso
Zona : SUPERFICIE

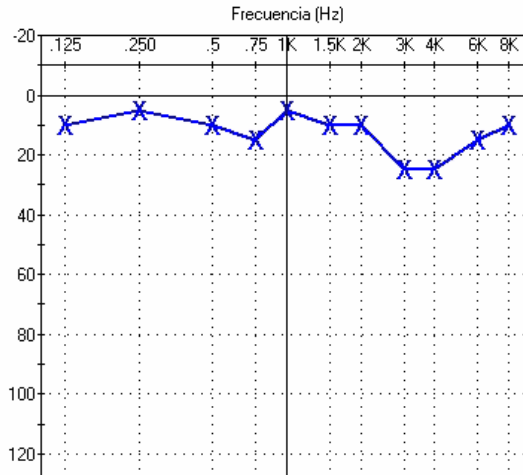
Edad: 46 Años **Sexo**: Masculino
Fecha del Examen : 26/01/2023
Hora : 08:32
Area : OPERATIVO

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.	
Cond. Aérea	O	X	
Enmascarada	Δ	□	
Cond. Ósea	<	>	
Enmascarada	[	]	

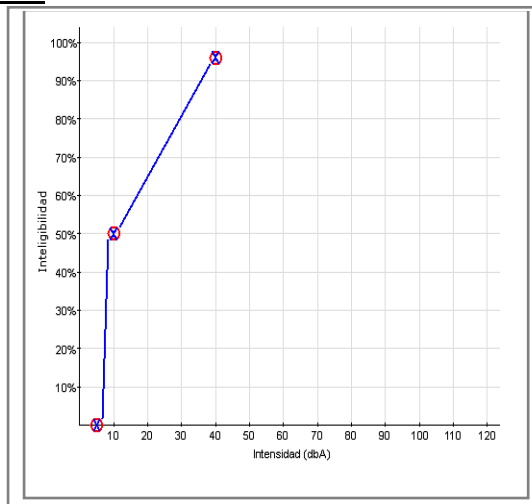
DIAPASONES (Acumetría)

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
Datos Ambiente Evaluación realizada en cabina : Si ☒ No ☐

Fecha de calibración objetiva : 27/10/2022

GRAFICA LOGOaudiométrica



LOGOaudiometria

	OD	OI
Umbral SDT (dB)	5	5
Umbral SRT (dB)	10	10
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

INTERPRETACION CLINICA

OIDO DERECHO

- H90.4 - Hipoacusia Neurosensorial Leve

OIDO IZQUIERDO

- Z01.1 - Normoacusia

Método para el cálculo de la severidad audiométrica:

--

INTERPRETACION OCUPACIONAL

OIDO DERECHO

- Otras alteraciones según Klockhoff

OIDO IZQUIERDO

- Normal



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



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

EVALUACIÓN AUDITIVA

Apellidos y Nombres PEREZ ASTO, OSCAR
Empresa JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.

DNI : 10360498 **EDAD :** 46 Años **SEXO :** Hombre
Actividad de la empresa Transporte de carga por carretera **CIU :** 06023

Tipo de Examen : Examen de Ingreso

Fecha y Hora del Examen 26/01/2023 08:32

Tipo Audiometría : Base

Puesto : CONDUCTOR DE CAMIONETA

Zona : SUPERFICIE

Area : OPERATIVO

1.1. Historia laboral - Exposición Actual

Antigüedad en el puesto actual : ---

Apreciación del Ruido en el Ambiente

☐ -

Muy intenso

☐ -

Moderado

☐ -

No molesto

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

Laboral (Evaluación Cualitativa) :

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 (☒) No (☐) 2 años 7 meses

- ¿Ud. tuvo o tiene exposición a: Disolventes orgánicos : Tolueno ; Xileno ; Estireno ; Tricloroetileno / Metales :

Si (☐) No (☒)

Mercurio ; Manganeso ; Plomo ; Arsénico / Gases : Monóxido de carbono ; Cianuro de hidrógeno / Sales : Cianuros

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

Si (☐) No (☒)

EMPRESAS	Puesto de Trabajo	Desde	Hasta	Descripción Riesgo	Exposición (Hrs /Día)	Tipo de Protección Auditiva / Uso	Duración en Años
VARIAS EMPRESAS(EXPLOMIN DEL PERU,JRC INGENIERIA Y CONSTRUCCION,DELI RYO,EXPLOMIN DEL PERU, ETC)	CONDUCTOR	01/10/2018	01/06/2019	Ruido	10	Tapones auditivos (Sólo en caso de exposición)	9 m

EMPRESAS	Puesto de Trabajo	Desde	Hasta	Descripción Riesgo	Exposición (Hrs /Día)	Tipo de Protección Auditiva / Uso	Duración en Años
PLATINUM HOME-CERRO LINDO- NEXA RESOURCES	CONDUCTOR	01/08/2019		Ruido	4	Tapones auditivos (Siempre)	1 a

EMPRESAS	Puesto de Trabajo	Desde	Hasta	Descripción Riesgo	Exposición (Hrs /Día)	Tipo de Protección Auditiva / Uso	Duración en Años
GESTION MINERA INTEGRAL S.A.C.	CONDUCTOR	01/11/2021	01/08/2022	Ruido	8	Tapones auditivos (Siempre)	10 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
	☒	---	---	---	---
	☒	---	---	---	---

1.6. ANTECEDENTES MORBIDOS PERSONALES

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

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: ---	
Fluctuación de la agudeza auditiva	SI ☐	NO ☒	Localización: ---	Duración: ---	Asociada a IVRS o mojar 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 ulceras, 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 Auditivos - Umbral auditivos unilateralmente disminuidos en oído derecho

RECOMENDACIONES

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



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



Dra. Mirtha Benítez Chonta
Otorrinolaringólogo
CMP: 26644 RNE: 11097
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.

FORMATO DE EVALUACIÓN DE PLACAS RADIOGRÁFICAS

Código del trabajador

10360498

TIPO DE LECTURA

☐	☐	☐
A	B	P

FECHA DE PLACA RADIOGRÁFICA

Mes Día Año

01	26	2023
----	----	------

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	☒	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 seccion 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 seccion 3A

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

Si ☐ Llene la secciones 3B y 3C No ☒ Pase a la seccion 4A

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

Pared torácica	Localización	Calcificación
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

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

O	D		O	I	
1	2	3	1	2	3

Anchura (solamente de perfil) (3mm de anchura mínima requerida)

3 a 5 mm = a

5 a 10 mm = b

>10 mm = c

O	D		O	I	
a	b	c	a	b	c

3C. OBLITERACIÓN DEL ÁNGULO COSTOFRÉNICO

☐ D ☐ I Pase a la sección 3D

No ☒ Pase a la seccion 4A

3D. ENGROSAMIENTO PLEURAL DIFUSO

Pared torácica	Localización	Calcificación
De perfil	O D I	O D I
De frente	O D I	O D I

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

O	D		O	I	
1	2	3	1	2	3

Anchura (solamente de perfil) (3mm de anchura mínima requerida)

3 a 5 mm = a

5 a 10 mm = b

>10 mm = c

O	D		O	I	
a	b	c	a	b	c

4A. ¿EXISTEN OTRAS ANOMALÍAS?

Si ☐ Llene la secciones 4B y 4C, 4D, 4E No ☒

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 ☒

FECHA DE LA LECTURA

Mes Día Año

01	26	2023
----	----	------

HORA: 07:00

PECHO SILVA, SAMUEL

APELLIDOS Y NOMBRES

40890

CMP

19622

RNE

28621_83

REG. LECTOR OIT



Dr. Samuel Pecho Silva

Neumólogo clínico y ocupacional
CMP: 40890 RNE: 19622 OIT: 28621-83
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 - Radiografía de tórax 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 neumconióticos

cn Calcificación en opacidades neumconióticas pequeñas

co Anormalidad del tamaño o la forma del corazón

cp Cor pulmonale

cv Cavidad

di Distorsión pronunciada de una estructura intratoraxica

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 cardiaco 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 simbolos supone un calificativo de introducción o una frase como "cambios indicativos de" o "opacidades que sugieren" o "sospechoso". Los simbolos 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

Paciente : **PEREZ ASTO, OSCAR**

Fecha Nac. : 24/07/1976 Sexo: M

Dni : 10360498

Empresa : JRC INGENIERIA Y CONSTRUCCION S.A.C.

Ocupación : CONDUCTOR DE CAMIONETA

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02546982**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 26/01/23

Fecha Informe : 10/02/23

7:37:21

HEMATOLOGÍA

HEMOGRAMA

Pruebas Realizadas	Resultado	Rango de Referencia	Unidades
MUESTRA: Sangre			
Hemoglobina	16.0	12.0 - 16.0	g/dL
Hematocrito	46.9	36.0 - 48.0	%
Hematíes	* 5.51	4 - 5.2	10 ⁶ /mm ³
Volumen corpuscular media	85	80 - 100	fL
Hemoglobina corpuscular media	29.0	27.0 - 32.0	pg
Concentración de hemoglobina corpuscular media	34.1	32.0 - 36.0	g/dL
Plaquetas	287	150 - 350	10 ³ /uL
Volumen plaquetario medio	9.5	7.5 - 11.5	fL

Fórmula Leucocitaria Total y Diferencial

Leucocitos totales	9.6	4.5 - 11.0	10 ³ /uL
Linfocitos	* 24.5	25.0 - 50.0	%
Basófilos	0.5	0.0 - 1.0	%
Monocitos	5.8	2.0 - 10.0	%
Neutrófilos segmentados	* 68.5	35.0 - 66.0	%
Eosinófilos	0.7	0.0 - 3.0	%
Bastones	00.7	00.0 - 02.0	%
Linfocitos absolutos	2.36	1.00 - 4.80	10 ³ /uL
Basófilos absolutos	00.05	00.00 - 00.20	10 ³ /uL
Monocitos absolutos	0.56	0.20 - 1.50	10 ³ /uL
Neutrófilos absolutos	6.56	2.00 - 9.00	10 ³ /uL
Eosinófilos absolutos	0.07	0.00 - 0.70	10 ³ /uL
Bastones absolutos	0.07	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:

Paciente : **PEREZ ASTO, OSCAR**

Fecha Nac. : 24/07/1976 Sexo: M

Dni : 10360498

Empresa : JRC INGENIERIA Y CONSTRUCCION
S.A.C.

Ocupación : CONDUCTOR DE CAMIONETA

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02546982**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 26/01/23

Fecha Informe : 10/02/23

7:37:21

Hematología

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

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:



Yakelinne Janampa Luyo
Tecnólogo médico en laboratorio clínico
CTMP: 7967
S.G. NATCLAR S.A.C.

Paciente : **PEREZ ASTO, OSCAR**

Fecha Nac. : 24/07/1976 Sexo: M

Dni : 10360498

Empresa : JRC INGENIERIA Y CONSTRUCCION
S.A.C.

Ocupación : CONDUCTOR DE CAMIONETA

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02546982**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 26/01/23

Fecha Informe : 10/02/23

7:37:21

Coagulación

PERFIL SANGRIA Y COAGULACIÓN

Pruebas realizadas	Resultado	Unidad de Medida	Rango de referencia	Método
TIEMPO DE SANGRIA	70.00	Segundos	30.00 - 180.00	Manual
TIEMPO DE COAGULACIÓN	5.00	Minutos	3.00 - 10.00	Manual

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:



Yakelinne Janampa Luyo
Tecnólogo médico en laboratorio clínico
CTMP: 7967
S.G. NATCLAR S.A.C.

Paciente : **PEREZ ASTO, OSCAR**

Fecha Nac. : 24/07/1976 Sexo: M

Dni : 10360498

Empresa : JRC INGENIERIA Y CONSTRUCCION
S.A.C.

Ocupación : CONDUCTOR DE CAMIONETA

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02546982**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 26/01/23

Fecha Informe : 10/02/23

7:37:21

Bioquímica

Pruebas realizadas	Resultado	Unidad de Medida	Rango de referencia	Método
GLUCOSA BASAL	89	mg/dL	70 - 110	GOD - PAP

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:



Yakelinne Janampa Luyo
Tecnólogo médico en laboratorio clínico
CTMP: 7967
S.G. NATCLAR S.A.C.

Paciente : **PEREZ ASTO, OSCAR**

Fecha Nac. : 24/07/1976 Sexo: M

Dni : 10360498

Empresa : JRC INGENIERIA Y CONSTRUCCION
S.A.C.

Ocupación : CONDUCTOR DE CAMIONETA

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02546982**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 26/01/23

Fecha Informe : 10/02/23

7:37:21

Inmunología

Pruebas realizadas	Resultado	Rango de Referencia	Unidad de Medida	Método
R.P.R.	No Reactivo	No Reactivo		Floculación
HBsAg (ANTÍGENO DE SUPERFICIE)PRUEBA RAPIDA	Negativo	Negativo		Inmunocromatografía

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:



Yakelinne Janampa Luyo
Tecnólogo médico en laboratorio clínico
CTMP: 7967
S.G. NATCLAR S.A.C.

Paciente : **PEREZ ASTO, OSCAR**

Fecha Nac. : 24/07/1976 Sexo: M

Dni : 10360498

Empresa : JRC INGENIERIA Y CONSTRUCCION
S.A.C.

Ocupación : CONDUCTOR DE CAMIONETA

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02546982**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 26/01/23

Fecha Informe : 10/02/23

7:37:21

Toxicología

PANEL DE 2 DROGAS

Pruebas realizadas	Resultado	Unidad de Medida	Rango de referencia	Método
COCAINA EN ORINA	Negativo		Negativo	Inmunocromatografía
MARIHUANA EN ORINA	Negativo		Negativo	Inmunocromatografía

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:



Yakelinne Janampa Luyo
Tecnólogo médico en laboratorio clínico
CTMP: 7967
S.G. NATCLAR S.A.C.

Paciente : **PEREZ ASTO, OSCAR**

Fecha Nac. : 24/07/1976 Sexo: M

Dni : 10360498

Empresa : JRC INGENIERIA Y CONSTRUCCION
S.A.C.

Ocupación : CONDUCTOR DE CAMIONETA

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02546982**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 26/01/23

Fecha Informe : 10/02/23

7:37:21

Toxicología

Alcohol en Saliva

Pruebas realizadas	Resultado	Rango de Referencia	Unidad de Medida	Método
ALCOHOL EN SALIVA	0.00	Negativo : 0.00 % Positivo: 0.02 - 0.30 %	%	Inmunocromatografía

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:



Yakelinne Janampa Luyo
Tecnólogo médico en laboratorio clínico
CTMP: 7967
S.G. NATCLAR S.A.C.

Paciente : **PEREZ ASTO, OSCAR**

Fecha Nac. : 24/07/1976 Sexo: M

Dni : 10360498

Empresa : JRC INGENIERIA Y CONSTRUCCION S.A.C.

Ocupación : CONDUCTOR DE CAMIONETA

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02546982**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 26/01/23

Fecha Informe : 10/02/23

7:37:21

Microbiología

EXAMEN COMPLETO DE ORINA

Pruebas Realizadas	Resultado	Rango de Referencia	Unidades
MACROSCOPICO:			
Color	Amarillo Claro		
Aspecto	Transparente		
EXAMEN QUÍMICO:			
PH	7.00	5.00 - 7.00	
Densidad	1.005		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:			
Metodo:	Fotorfx		

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:

 Dr. Percy Cuba Urdy Médico Patólogo Clínico CMP: 44174 RNE: 24015 S.G. NATCLAR S.A.C.	 Salim Miguel Resk Vita Tecnólogo médico en laboratorio clínico CTMP: 14764 S.G. NATCLAR S.A.C.
---	---



REPORTE PSICOLOGICO

NOMBRE Y APELLIDOS : OSCAR PEREZ ASTO
OCUPACION : CONDUCTOR DE CAMIONETA EDAD : 46 AÑOS
GRADO DE INSTRUCCION : SEC. COMPLETA DNI : 10360498
EMPRESA : VOLCAN COMPANIA MINERA S.A.A. TIPO DE EXAMEN : Examen de Ingreso

Grupo 05 : Volcan

COMPETENCIAS PSICOLOGICAS		BAJO	MEDIO	ALTO
INTELECTUALES	Razonamiento Espacial			
	Razonamiento Logico			
	Razonamiento Verbal			
HABILIDADES MOTRICES	Destreza			
	Presición			
	Tiempo de Reacción			
	Coordinación Visomanual			
	Orientación Espacial			
	Actitud frente al manejo	38		
	Percepción y Atención			
AFFECTIVAS	Control Emocional			
HABILIDADES INTERPERSONALES	Comunicación			
	Trabajo en equipo			
	Compromiso con las seguridad			
	Disciplina			

FORTALEZAS:

Intelectuales:

El evaluado muestra una alta capacidad para orientarse, pudiendo colocar adecuadamente objetos dentro de un espacio delimitado. Habilidad para solucionar problemas y razonar con situaciones novedosas y poco familiares. Denota facilidad para encontrar y seguir secuencias lógicas. Es capaz de comprender la lógica de argumentos verbales. Además, de relativa capacidad de percepción rápida de la orientación espacial: enfocar y localizar permanentemente posiciones en relación a puntos cardinales (este, oeste, norte y sur) y puntos intermedios.

Habilidades Motrices:

Tiene habilidad para realizar trabajos de precisión, reaccionar ante estímulos visuales y auditivos de aparición repentina; además, puede coordinar movimientos visomanuales con rapidez.

Afectivas:

El evaluado se define como respetuoso, responsable y solidario. Cuenta con una adecuada percepción y aceptación de sí mismo; reconociendo sus aspectos positivos y negativos. Logra adecuar sus emociones, pensamientos y comportamientos ante los cambios inesperados de su entorno. Puede enfrentar el estrés de manera activa y positiva manteniendo una actitud calmada y moderada.

Habilidades Interpersonales:

Es sociable con las demás personas, gusta por establecer y mantener armoniosas relaciones con su entorno, por lo que suele expresar sus sentimientos, pensamientos y creencias de modo abierto y franco a fin de defender sus derechos.

Escala de somnolencia:

No evidencia alteración del sueño, reflejándose en un nivel de sueño esperado.

AREAS DE MEJORA:

No son significativas para el perfil.

RECOMENDACIONES :

Ninguno.

CONCLUSIÓN :

El Sr. OSCAR PEREZ ASTO se encuentra con la categoría de APTO, para el puesto que solicita

EVALUADOR : GRADOS CULQUI, GERALDINE PIERINA

COLEGIATURA : 27520



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

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH (VERSIÓN PERUANA MODIFICADA)

Nombres y Apellidos : **PEREZ ASTO, OSCAR**

DNI : **10360498**

Fecha : **26-Ene.-2023**

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

Nunca ha dormido
Escasa posibilidad de dormirse
Moderada posibilidad de dormirse
Elevada posibilidad de dormirse

N°	SITUACIÓN	PROBABILIDAD DE CABEEAR			
		NUNCA	POCA	MODERADA	ALTA
1	Sentado y Leyendo	X			
2	Viendo televisión		X		
3	Sentado, (por ejemplo en el teatro, en una reunión, en el cine, en una conferencia, escuchando la misa o el culto).	X			
4	Como pasajero en un automóvil, ómnibus, micro o combi durante una hora o menos de recorrido.		X		
5	Recostado en la tarde si las circunstancias lo permiten.			X	
6	Sentado conversando con alguien	X			
7	Sentado luego del almuerzo y sin haber bebido alcohol.		X		
8	Conduciendo el automóvil cuando se detiene algunos minutos por razones de tráfico.	X			

Puntaje Obtenido : **5** punto(s)

Interpretación : Ausencia de indicadores de somnolencia diurna.




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

Firma

**Certificado de Aptitud Médico Ocupacional
Examen de Ingreso**

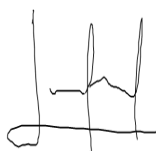
CS-HC- C0000324274 - 01152023007584 Fecha de Generación de Reporte: 10 / 02 / 2023 - 07 : 37 hs.

 Gestión de Salud Ocupacional		CÓDIGO		C0000324274					
CERTIFICA que el Sr. (a):									
Nombre y Apellidos		OSCAR PEREZ ASTO							
Documento de Identidad		10360498		Edad	46	años	Género	M (X)	F
Puesto al que postula (sólo pre ocupacional)			CONDUCTOR DE CAMIONETA						
Ocupación actual o última Ocupación			---						
HISTORIA CLÍNICA 10360498			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 tratamiento de rehabilitación oral - Se recomienda uso permanente de lentes correctores y control oftalmológico anual - Se recomienda control anual y uso de protector respiratorio. - Se recomienda uso de EPP auditivo, estricto a ruido mayor de 80 dB. - Se recomienda dieta baja en grasas, harinas y ejercicio físico. - Se recomienda tratamiento de rehabilitacion oral.									
 Dr. Juan José Retamozo Padilla Médico de salud ocupacional CMP: 040850 / RNE: 030270 Lector OIT: 2ZR72-1306930460-18-174 S.G NATCLAR S.A.C Firma del Medico Ocupacional									
Fecha: 26-01-2023				Nombre: RETAMOZO PADILLA, JUAN JOSE Sello y Firma de Médico que CERTIFICA					

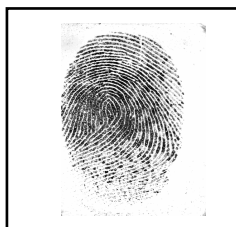
REGISTRO DE ENTREGA E INFORME DE RESULTADOS DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Yo **PEREZ ASTO, OSCAR** Identificada con DNI/CE N° **10360498** de constancia que he sido informado(a) acerca de los resultados del Examen Médico Ocupacional [*] que la empresa **JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.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 **26** del mes **01** del año **2023** 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 : **10360498**
FECHA : **26/01/2023**



Dr. Estefania Amanda Adrianzen Camus
Médico General
CMP: 083306
S.G. NATCLAR S.A.C.

V° B° Médico Ocupacional

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

Médico: RETAMOZO PADILLA, JUAN JOSE

CMP : 40850

Empresa : JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A

Paciente requiere reevaluacion de :

Optometria

Psicologia

Paciente debera realizar evaluaciones de manejo debdo a su cargo :

CONDUCTOR DE CAMIONETA



Dr. Juan José Retamozo Padilla
Médico de salud ocupacional
CMP: 040850 / RNE: 030270
Lector OIT: 2ZR72-1306930460-18-174
S.G NATCLAR S.A.C

Firma y Sello Médico

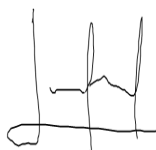
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EXAMEN MEDICO

jueves, 26 de Enero de 2023

Yo, **PEREZ ASTO, OSCAR** Identificado con el DNI **10360498** , con ocupación laboral de **CONDUCTOR DE CAMIONETA** 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** Unidad **TICLIO** 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.

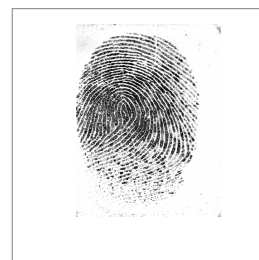
De igual manera, autorizo que el Médico Ocupacional obtenga la información de mi historia clínica presente o anterior, solicitándola directamente a la institución que corresponda, conforme al inciso a) del Artículo 25° de la ley N° 26842, Ley General de Salud³.



(Firma)

N° DNI/ Carne de Extranjería y Pasaporte
10360498

Ley N° 26842 Art. 4 y Art.25



(Huella Digital)

CONSTANCIA DE EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA

APELLIDOS Y NOMBRES : **PEREZ ASTO, OSCAR**
DNI : **10360498**
EMPRESA : **JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.**
COMPAÑIA : **VOLCAN COMPANIA MINERA S.A.A.**
CARGO O PUESTO : **CONDUCTOR DE CAMIONETA**
FECHA : **26/01/2023**
EDAD : **46 AÑOS**

TRABAJADOR AL QUE SE LE HA EVALUADO LOS SIGUIENTES PARÁMETROS :

PESO	69 Kg
TALLA	1.54 mts.
I.M.C	29

CINTURA	87 cm
CADERA	101 cm
I.C.C	0.86139

PRESION ARTERIAL	110/70 mmHg
FRECUENCIA CARDIACA	95 lpm
FRECUENCIA RESPIRATORIA	18 rpm
SATURACIÓN O2	98 %



Dr. Juan José Retamozo Padilla
Médico de salud ocupacional
CMP: 040850 / RNE: 030270
Lector OIT: 2ZR72-1306930460-18-174
S.G NATCLAR S.A.C

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN / VACCINATION CERTIFICATE



VACUNADO / VACCINATED

Nombres y apellidos / Full name

OSCAR PEREZ ASTO

Documento de Identidad / ID number

DNI: 10360498

Fecha de Nacimiento / Date of Birth

24/07/1976

Sexo / Sex

M

Nacionalidad / Nationality

PERU

Vacuna / Vaccine

Vacuna contra COVID-19

VACUNACIÓN REGULAR NACIONAL

Dosis / Dose	Fecha de Vacunación / Date of vaccination	Fabricante y lote de vacuna / Manufacturer and lot number	Lugar de Vacunación / Vaccination Place
1° DOSIS	03/08/2021	SINOPHARM (2021040685)	LIMA CENTRO
2° DOSIS	25/08/2021	SINOPHARM (202107B1816)	LIMA CENTRO - 4. Parque Zonal Huiracocha - LIMA LIMA SAN JUAN DE LURIGANCHO
3° DOSIS	15/02/2022	ASTRAZENECA (78076)	LIMA CENTRO - 4. Parque Zonal Huiracocha - LIMA LIMA SAN JUAN DE LURIGANCHO

Certificado Emitido por / Certificate issued by: Ministerio de Salud del Perú

Fecha de Emisión / Date of issue: 26/01/2023, 7:41 am

 NATCLAR 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 **PEREZ ASTO OSCAR**, identificado/a con documento de identidad N° 10360498 con ocupación laboral de **CONDUCTOR DE CAMIONETA**, 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: 26/01/2023 07:56:39


Firma

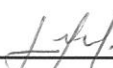


CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICA

Yo **PEREZ ASTO OSCAR**, identificado/a con documento de identidad N° 10360498, 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 26/01/2023

Fecha y hora: 26/01/2023 07:56:39


Firma



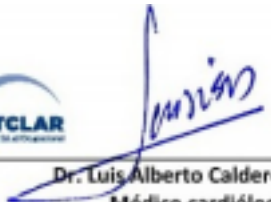
- De acuerdo al precedente administrativo de observancia obligatoria sobre el registro del consentimiento informado en las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPRESS, aprobado en sesión de Sala Plena N° 014-2018 de fecha 23 de noviembre de 2018 (Ver ANEXO 1)

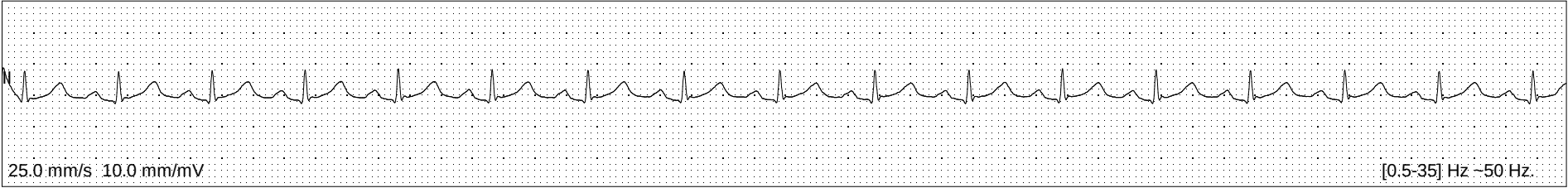
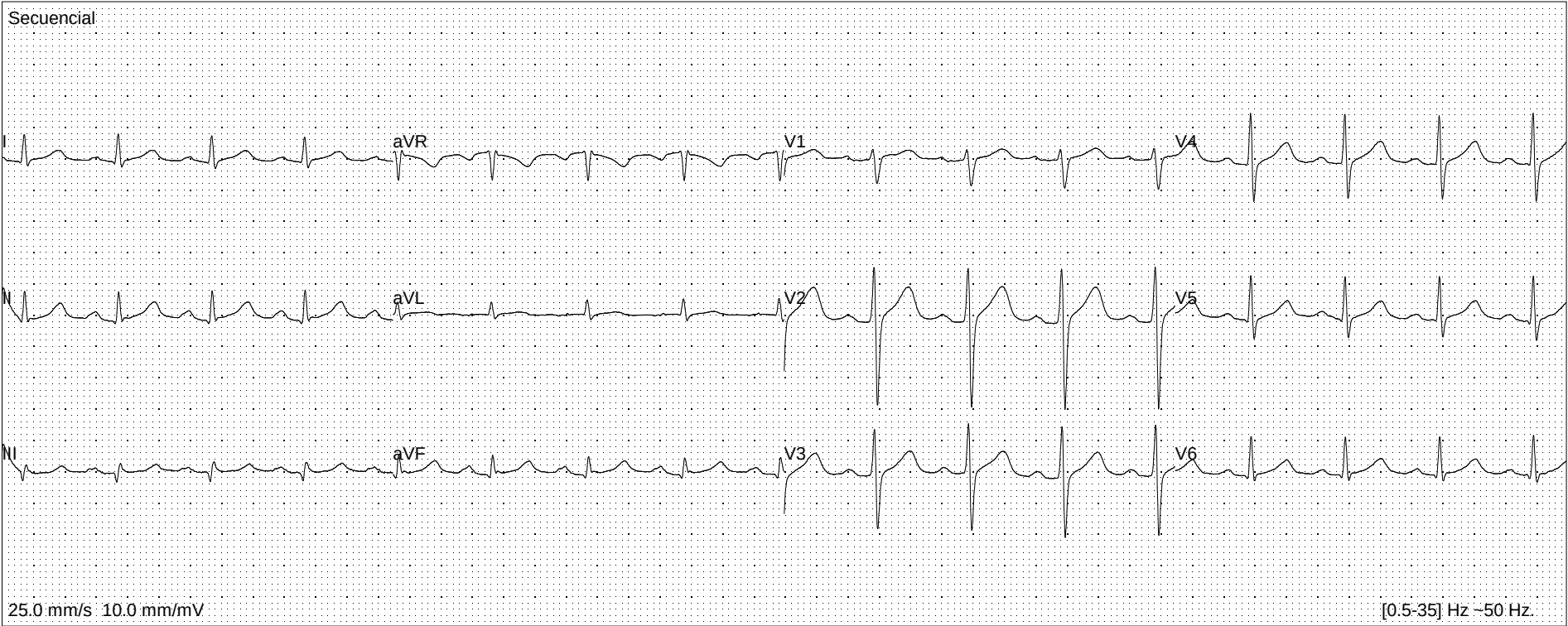
Nombre: OSCAR PEREZ ASTO
Número: 10360498
Genero: Hombre
Fecha nacimiento: 24/07/1976 46 años

P / PQ: 110 ms / 176 ms
QRS: 78 ms
QT / QTc / QTd: 342 ms / 412 ms / -
Eje P/QRS/T: 64° / 44° / 52°
Frec. cardíaca: 100 lpm

Registrado: 26/01/2023 09:08:47
Resgistrado por:
Procedente de Dr.:
Médico remitente:
Médico responsable de la a:
Lugar: CLINICA SURCO
Comentario: Device Model Name: Plus I
Device Serial Number: 109200231514

Interpretación confirmada editada en 26/01/2023 09:13:33 por
Luis A. Calderon Vera CMP: 22619/RNE:13031
Trazado normal
Ritmo sinusal
Sin alteraciones



Dr. Luis Alberto Calderón Vera
Médico cardiólogo
CMP: 22619 RNE: 13031
S.G. NATCLAR S.A.C.



 NATCLAR Gestión de Salud Ocupacional USO INTERNO	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LABORATORIO DOSAJE DE DROGA Y HIV	Código:	FO-ELB-31
		Versión:	04
		Unidad:	Clínicas

EMPRESA: JRC Ingeniería y Construcción SAC

OCUPACION: CONDUCTOR **FECHA:** 26-01-23

Yo, Oscar Perez Asto identificado

con DNI 10360498 certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza

y propósito de las pruebas que me realizarán por lo tanto autorizo a la Clínica: **S.G Natclat S.A.C** para

que se me realice las siguientes pruebas:

DOSAJE DROGAS



HIV ANTIGENO-ANTICUERPO



Además declaro que la información necesaria que brindaré a continuación es totalmente verdadera:

ANTECEDENTES:

Sufre de alguna enfermedad SI ☐ NO ☒ Cual? _____

Consume algún medicamento SI ☐ NO ☒ Cual? _____

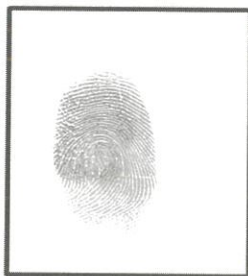
Toma Mate de Coca SI ☐ NO ☒ Cuando consumió la última vez? _____
(fecha y hora)

Mastica la hoja de Coca SI ☐ NO ☒ Cuando consumió la última vez? _____
(fecha y hora)

Se le ha realizado un tratamiento quirúrgico o dental en las últimas 48 HORAS?

SI ☐ NO ☒

Medicamentos que consumió _____



HUELLA DIGITAL

JH.

FIRMA DEL TRABAJADOR

LEY N° 26842 Art. 4

NOTA: En caso de pruebas positivas, la muestra evaluada será sellada en presencia del evaluado y se almacenará por 1 mes para cualquier verificación posterior al resultado.

Se impedirá el acceso al sanitario a pacientes con casacas, guantes, gorra, sombrero, mochila, chalecos etc



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
AUTORIZAR EL ENVÍO DE RESULTADOS
VIA VIRTUAL**

Código:	FO-REP-04
Versión:	03
Página:	1 de 1
Unidad:	CLÍNICAS

Yo, ...Oscar Perez Asto....., identificado con Documento Nacional de Identidad No. 10360498....., declaro que he sido informado sobre la naturaleza y propósito del examen médico ocupacional que he rendido, así como de los resultados que se obtendrán a raíz del mismo.

Asimismo, otorgo la autorización necesaria a SG NATCLAR para que los resultados de mi examen médico ocupacional me sean comunicados virtualmente al/las siguiente(s) cuenta(s) de correo

Email 01:

.....Oscarperezasto@gmail.com.....

Email 02:

.....@.....

Email 03:

.....@.....

Para tales efectos, por el presente documento me hago responsable de leer detenidamente los resultados de la evaluación médica enviados a la cuenta de correo electrónico que estoy proporcionando. Autorizo también mediante el presente documento que la constancia de envío electrónico pueda servir como cargo de recepción para el remitente.

Fecha y hora:.....26-01-23.....



.....JH......
Firma y huella