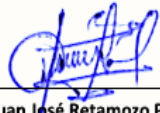


**Certificado de Aptitud Médico Ocupacional
Examen de Ingreso**

CS-HC- C0000324274 - 01152023007577 Fecha de Generación de Reporte: 10 / 02 / 2023 - 07 : 18 hs.

		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									
- Ametropia corregida. Se recomienda uso estricto de lentes correctores y control oftalmológico anual - Radiografía de tórax postero anterior normal. Se recomienda control anual y uso de protector respiratorio. - Hipoacusia neurosensorial leve derecha. Se recomienda uso de EPP auditivo, estricto a ruido mayor de 80 dB. - Sobrepeso (IMC: 29 kg/m2). Se recomienda dieta baja en grasas, harinas y ejercicio físico.									
 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					

CONSTANCIA DE EVALUACION OCUPACIONAL DE
INGRESO

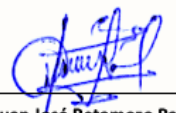


Se hace constar que el Señor(a):

PEREZ ASTO, OSCAR identificado con **DNI** Nro. **10360498**, personal de **JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.**, cumplio con el proceso de seleccion, estando **APTO** para laborar en la unidad de **COLQUIJIRCA** como **CONDUCTOR DE CAMIONETA** por el periodo del **26/01/2023** al **26/01/2024**.

A su vez se hace constar que se le ha informado sobre los resultados Médicos Ocupacionales que se le practicaron en la fecha.

CS-HC-C0000324274
01152023007577

 
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

LIMA,viernes, 10 de Febrero de 2023

ART. 102 del Reglamento 005-2012, art. 71 de la Ley 29783.

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:

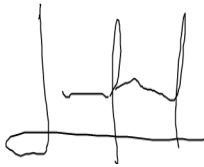
CIEs:	Diagnósticos:
- H52	Ametropia corregida. Se recomienda uso estricto de lentes correctores y control oftalmológico anual
- Z01.6	Radiografía de tórax postero anterior normal. Se recomienda control anual y uso de protector respiratorio.
- H90.4	Hipoacusia neurosensorial leve derecha. Se recomienda uso de EPP auditivo, estricto a ruido mayor de 80 dB.
- E67	Sobrepeso (IMC: 29 kg/m2). Se recomienda dieta baja en grasas, harinas y ejercicio físico.

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:

- Ametropia corregida. Se recomienda uso estricto de lentes correctores y control oftalmológico anual
- Radiografía de tórax postero anterior normal. Se recomienda control anual y uso de protector respiratorio.
- Hipoacusia neurosensorial leve derecha. Se recomienda uso de EPP auditivo, estricto a ruido mayor de 80 dB.
- Sobrepeso (IMC: 29 kg/m2). Se recomienda dieta baja en grasas, harinas y ejercicio físico.

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:

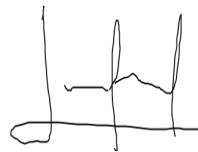
FECHA DE NACIMIENTO: 24/07/1976

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 : SOCIEDAD MINERA EL BROCAL 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	AREA DE LABOR	ALTITUD DE LA LABOR					
HUANCAYO / JUNIN	24/07/1976	MZ F LT 11 SANTA FE DE TOTORITA 1 LIMA / LIMA / SAN JUAN DE LURIGANC	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 ☐	10360498 TELEFONO: 986157473	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 segmentar ☐ Solventes ☐ Posturas ☒ PVD ☐ Vib total ☐ Metales pesados ☐ Turnos ☐ Otros ☒			Describir según corresponda: Puesto al que postula : CONDUCTOR DE CAMIONETA Puesto actual: --- Tiempo: -- 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	NÚMERO DE HIJOS				
NO REFIERE			Tétano: ☐ Hepatitis B: ☐ Fiebre Amarilla: ☐	☐	VIVOS MUERTOS 2 0				
HÁBITOS:	Tabaco	Alcohol	Coca	TALLA	PESO	FUNCIÓN RESPIRATORIA	Abs	%	TEMPERATURA
Nada	☒	☐	☒	154 cmts.	69 Kg	FVC	0.00	---	36.5 °C
Poco	☐	☒	☐			FEV1	0.00	---	
Habitual	☐	☐	☐			FEV1 / FVC	0.00	---	
Excesivo	☐	☐	☐	IMC		FEF 25-75%	0.00	---	
Obs.				29		Conclusión: No aplica			
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 ☐ Labios sin lesiones, mucosa oral húmeda.						Piezas en mal estado: 0 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

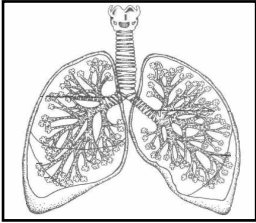
Adecuados a edad y sexo, sin alteraciones.

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	Imagen radiografica de Exposición a Polvo	Con Neumoconiosis					
NORMAL	SOSPECHA						

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	Medico Evaluador CALDERON ALCAS, WILLIAM JOEL	Medico Auditor ADRIANZEN CAMUS, ESTEFANIA AMANDA
	C.M.P 40850	C.M.P 89617	C.M.P 83306

EXAMENES COMPLEMENTARIOS : EVALUACION PSICOLOGICA: NO APLICA

OBSERVACIONES

Perez Asto, Oscar

CIE	DESCRIPCION	RECOMENDACIONES /RESTRICCIONES
- H52	Trastornos de la acomodación y de la refracción	Ametropia corregida. Se recomienda uso estricto 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 irrestric ta 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.

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

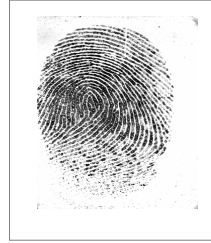
ANEXO 16 - A
EVALUACIÓN MÉDICA PARA ASCENSO A GRANDES ALTITUDES
(mayor de 2.500 m.s.n.m.)

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 - 01152023007577 Fecha de Generación de Reporte: 10 / 02 / 2023 - 07 : 18 hs.

FICHA MÚSCULO ESQUELÉTICA

Identificación

APELLIDOS Y NOMBRES: PEREZ ASTO, OSCAR

FECHA: 26/01/2023

HORA: -

EMPRESA ESPECIALIZADA: JRC TRANSPORTES & SERVICIO

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 :	Adecuado				
FORIA :	--				
TEST DE SCHIRMER :	OD : No aplica		OI : No aplica		

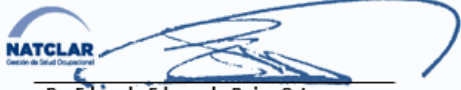
CIEs: Diagnósticos:

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

Recomendaciones:

Ametropia corregida. Se recomienda uso estricto 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

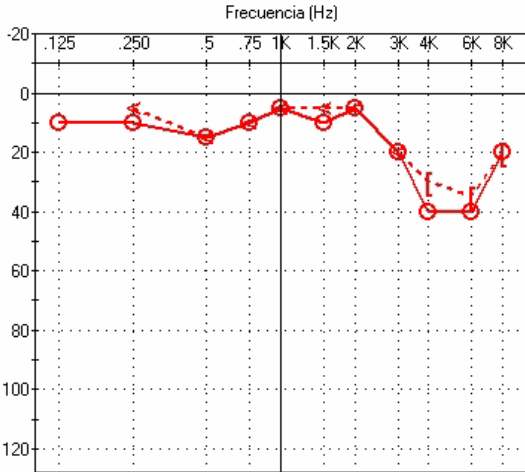
Apellidos y Nombres PEREZ ASTO, OSCAR
Empresa JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.
Puesto : CONDUCTOR DE CAMIONETA

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

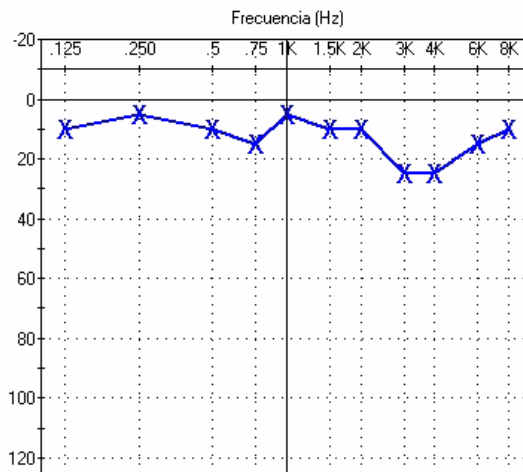
Edad: 46 Años **Sexo:** Masculino
Fecha del Examen : 26/01/2023
Hora : 08:33
Area : OPERACIONES

GRAFICA DE AUDIOMETRIA TONAL

Oído derecho



Oído izquierdo



AUDIOMETRIA TONO PURO

Promedio (500-1000-2000 Hz)

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

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

DIAPASONES (Acumetría)

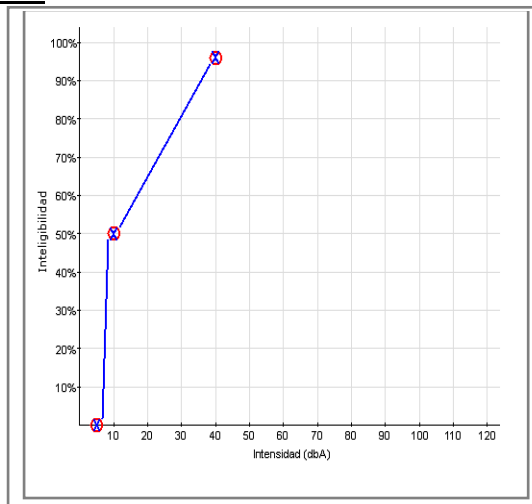
OD	RINNE	OI
(+)	512	(+)
No aplica	1024	No aplica

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 08:33

Tipo Audiometría : Base

Puesto : CONDUCTOR DE CAMIONETA

Zona : SUPERFICIE

Area : OPERACIONES

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

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: ---	Frecuencia: ---	Duración: ---
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 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 ☐ Llène 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 ☐ Llène 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	I
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	I
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	I
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	I
a	b	c

4A. ¿EXISTEN OTRAS ANOMALÍAS?

Si ☐ Llène 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	hi Adenopatías hiliares o mediastínicas no calcificadas
at Engrosamiento pleural	ho Pulmón en panal de abeja
ax Coalescencia de opacidades pequeñas	id Diafragma mal definido
bu Bula(s)	ih Contorno cardíaco mal definido
ca Cáncer: tumores malignos torácicos, excluido el mesotelioma	kl Líneas septales de kerley
cg Adenopatías o nódulos (por ejemplo, granulomas) no neumoconióticos	me Mesotelioma
cn Calcificación en opacidades neumoconióticas pequeñas	pa Atelectasias en placa
co Anormalidad del tamaño o la forma del corazón	pb Bandas parenquimatosas
cp Cor pulmonale	pi Engrosamiento pleural de una cisura interlobular
cv Cavidad	px Neumotórax
di Distorsión pronunciada de una estructura intratoraxica	ra Atelectasias redondeadas
ef Derrame pleural	rp Neumoconiosis reumatoide
em Enfisema	tb Tuberculosis
es Calcificación en cascara de huevo de los ganglios linfáticos hiliares o mediastínicos	od Otra enfermedad o anomalía significativa
fr Fractura(s) costal(es) (reciente(s) o consolidada(s))	

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 : **02546972**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 26/01/23

Fecha Informe : 10/02/23

7:18:19

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:

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 : **02546972**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 26/01/23

Fecha Informe : 10/02/23

7:18:19

Hematología

Pruebas realizadas	Resultado	Unidad de Medida	Rango de referencia	Método
MUESTRA: Sangre				
Hematocrito	46.9	%	36.0 - 48.0	Impedancia volumétrica
Hemoglobina	16.0	g/dL	12.0 - 16.0	Impedancia volumétrica

* = 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 : **02546972**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 26/01/23

Fecha Informe : 10/02/23

7:18:19

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 : **02546972**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 26/01/23

Fecha Informe : 10/02/23

7:18:19

Inmunología

Pruebas realizadas	Resultado	Rango de Referencia	Unidad de Medida	Método
R.P.R.	No Reactivo	No Reactivo		Floculación

* = 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 : **02546972**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 26/01/23

Fecha Informe : 10/02/23

7:18:19

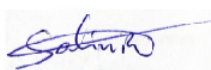
Microbiología

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:

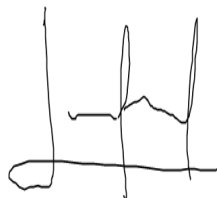
 Dr. Percy Cuba Urdy Médico Patólogo Clínico CMP: 44174 RNE: 24015 S.G. NATCLAR S.A.C.	 Salim Miguel Resk Vita Tecnólogo médico en laboratorio clínico CTMP: 14764 S.G. NATCLAR S.A.C.
---	---

FICHA DE AUTORIZACIÓN

(D.S. 024-2016-EM)

Por la presente, yo **PEREZ ASTO, OSCAR**, identificado con **DNI Nro. 10360498**, autorizo a mi empleadora **JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.** para que conozca los resultados de los exámenes y/o evaluaciones médicas realizadas a mi persona en las diferentes clínicas, centros de salud, juntas y/o comisiones médicas y de este modo pueda garantizar mi seguridad y salud en el trabajo, conforme a lo dispuesto por el D.S. 024-2016-EM, Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional, Ley N°. 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. D.S. 005.2012-TR, Reglamento de la Ley 29783, T.U.O. del D.Leg.728 y demás normas complementarias y conexas.

FECHA 26/01/2023



FIRMA

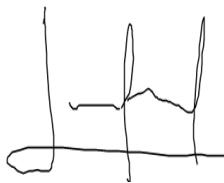
Consentimiento de la Administración de la Información de Salud

Yo, **PEREZ ASTO, OSCAR**, identificado (a) con Documento de Identidad N° **10360498**, trabajador de la empresa **JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.** declaro haber sido informado respecto de los resultados de la evaluación médica realizada y que todas mis dudas y preguntas al respecto han sido resueltas.(1)

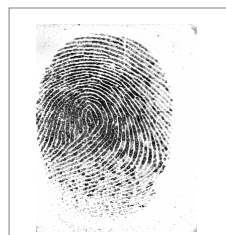
Asimismo, en forma libre y voluntaria, de acuerdo a la Ley General de Salud (2), autorizo al Dr.(a) , **RETAMOZO PADILLA, JUAN JOSE** identificad(o) a con DNI **10760848** , CMP: **40850** y a la Clínica S.G. Natclar S.A.C. a proporcionar información con respecto a mi estado de salud, resultados de exámenes auxiliares, resultados de evaluaciones médicas ocupacionales contenidas en mi Historia Clínica y a enviar dichos resultados al Servicio de Salud Ocupacional de la empresa **SOCIEDAD MINERA EL BROCAL S.A.A.** para su evaluación; asimismo autorizo al Responsable del Servicio de Salud Ocupacional y a sus asesores en Salud Ocupacional, o al Representante de Recursos Humanos(*); para la administración y archivo de la misma dentro de los parámetros que establece la Norma Técnica de Historia Clínica para los establecimientos de Salud tanto Privados como Públicos del Sector Salud.(3)

Finalmente, declaro bajo juramento que mi correo electrónico personal es **oscarperezasto@gmail.com**, a través del cual solicito se me remita cualquier información relacionada a las acciones de vigilancia de la salud ocupacional, asumiendo la

FECHA :**26/01/2023**



Firma del trabajador
N° DNI : **10360498**



Huella Digital

1. 005-2012-TR: Artículo 102.- De acuerdo a lo previsto en el artículo 71 de la Ley, los resultados de los exámenes médicos deben ser informados al trabajador únicamente por el médico del Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo, quien le hará entrega del informe escrito debidamente firmado.

2. Ley 26842: Artículo 25. Toda información relativa al acto médico que se realiza, tiene carácter reservado.

a) Cuando hubiere consentimiento por escrito del paciente;

3. NTPS N° 139 - MINSA/DGAIN y Ley N°26842, Ley General de Salud: En los casos de entrega de información a terceros, se debe tener por escrito la autorización del paciente. Esto no se aplica a la información que el establecimiento tiene la obligación legal y administrativa de proporcionar

CONSTANCIA DE EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA

APELLIDOS Y NOMBRES : **PEREZ ASTO, OSCAR**
DNI : **10360498**
EMPRESA : **JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.**
COMPAÑIA : **SOCIEDAD MINERA EL BROCAL 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

INFORME DE EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES:	PEREZ ASTO, OSCAR							
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	10360498	EDAD:	46	SEXO:	M	TELÉFONO:	986157473	
EMPRESA:	SOCIEDAD MINERA EL BROCAL S.A.A.							
TIPO DE EXAMEN:	☒ X	Pre-Ocupacional	☐	Periódico	☐	Retiro	☐	Otro
PUESTO ACTUAL / PUESTO AL QUE POSTULA:	CONDUCTOR DE CAMIONETA				FECHA:	26/01/2023		

A continuación se detallan los resultados de su evaluación medico ocupacional:

1. ANTECEDENTES:

- Antedentes Familiares:
- Antedentes Personales:
- Alergias:
- Síntomas:

2. EXAMEN CLINICO:

Registro Basales:

Presión Arterial: mmHg Peso: Kg IMC: Kg./m2
 Frec. Cardiaca: lpm Talla: cm

Evaluación por Sistemas y Aparatos:

- Hallazgos en Examen Fisico:
- Ex. Musculo Esqueletico:
- Examen Fisico Restante:

3. EXAMENES COMPLEMENTARIOS Y DE LABORATORIO:

Exámenes Complementarios

- Audiometria:
- Espirometria:
- Test de Altura Estructural:
- Rx. de Tórax:
- Rx. Columna Lumbar:
- Evaluación oftalmológica:

VISIÓN	SIN CORRECCIÓN		CON CORRECCIÓN	
	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
LEJOS	20/200	20/60	20/20	20/20
CERCA	0,50	0,50	0,50	0,50

- Examen Odontológico:
- Electrocardiograma:
- Evaluación Psicológica:

INFORME DE EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Exámenes de Laboratorio:

Examen completo de orina

MACROSCÓPICO	
Color	Amarillo Claro
Aspecto	Transparente
EXAMEN QUÍMICO	
PH	7
Densidad	1.005 g/cm ³
Proteínas en Orina	Negativo
Glucosa en Orina	Negativo
Cuerpos cetónicos	Negativo
Bilirrubina en Orina	Negativo
Urobilinógeno en Orina	0.2 mg/dl
Hemoglobina en Orina	Negativo
Esterasa Leucocitaria	Negativo
Nitritos en orina	Negativo
SEDIMENTO URINARIO	
Células epiteliales	Escasos
Gérmenes	Escasos
Leucocitos	No se observan
Hematíes	No se observan
Cristales	No se observan

Hemograma

Hemoglobina	16 g/dL
Hematocrito	46.9 %
Hematíes	No aplica
Volumen Corpuscular Medio	No aplica
Hemoglobina Corpuscular Media	No aplica
Concentración de Hemoglobina	No aplica
Plaquetas	No aplica
Volumen Planquetario Medio	No aplica

Grupo sanguíneo	A
Factor Rh	POSITIVO
Glucosa	89 mg/dL
Colest. Total	No aplica
Triglicéridos	No aplica
HDL Colesterol	No aplica
LDL Colesterol	No aplica
VLDL Colesterol	No aplica

Creatinina	No aplica
Coprocultivo	No aplica
Reacción Inflamatoria	No aplica
Serologivo VHA	No aplica
Prueba de embarazo	No aplica
Otros	---

Perfil Hepático

Bilirrubinas Totales	No aplica
Bilirrubina Indirecta	No aplica
Bilirrubina directa	No aplica
Proteínas Totales	No aplica
Albumina	No aplica
Globulinas	No aplica
Fosfatasa Alcalina	No aplica
Transaminasa Piruvica (TGP)	No aplica
Transaminasa Oxalacetica (TGO)	No aplica

HIV(ANTIGENO-ANTICUERPO)	
ANTI-HCV PARA HEPATITIS C	
ANTI-HBsAg CUANTITATIVO	

4. CONCLUSION DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL:

CIE10 Diagnóstico

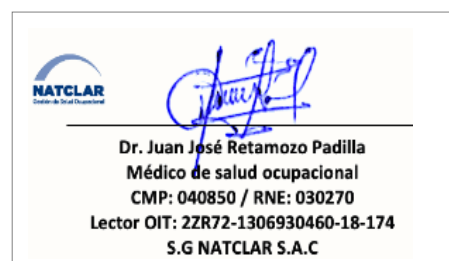
- H52 Trastornos de la acomodación y de la refracción
- Z01.6 Examen radiológico, no clasificado en otra parte
- H90.4 Hipoacusia neurosensorial, unilateral con audición irrestricta contralateral
- E67 Otros tipos de hiperalimentación

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES

- Ametropia corregida. Se recomienda uso estricto de lentes correctores y control oftalmológico anual
- Radiografía de tórax postero anterior normal. Se recomienda control anual y uso de protector respiratorio.
- Hipoacusia neurosensorial leve derecha. Se recomienda uso de EPP auditivo, estricto a ruido mayor de 80 dB.
- Sobrepeso (IMC: 29 kg/m²). Se recomienda dieta baja en grasas, harinas y ejercicio físico.



Firma y Huella del Trabajador



Sello y Firma del Médico que CERTIFICA

NNota: El trabajador deja constancia de haber comprendido el contenido de este informe, en caso de tener observaciones es importante que cumpla con las recomendaciones medicas del presente informe e interconsultas entregadas, para el bienestar de su salud.

INFORME PSICOLOGICO DE DESCARTE PATOLOGIA MENTAL

APELLIDOS Y NOMBRES : PEREZ ASTO OSCAR
GRADO DE INSTRUCCIÓN : SEC. COMPLETA **DNI:** 10360498 **EDAD:** 46 Años
EMPRESA : JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.
OCUPACION : CONDUCTOR DE CAMIONETA
TIPO DE EXAMEN : DESCARTE DE PATOLOGIA MENTAL

COMPETENCIAS PSICOLOGICAS

AFECTIVAS	PERSONALIDAD	VALORACIÓN DE LA VIDA HUMANA	ADECUADO
		CAPACIDAD PARA OBEDECER ORDENES	ADECUADO
	ANSIEDAD		SIN INDICADORES
	DEPRESIÓN		SIN INDICADORES
OTROS	CALIDAD DE SUEÑO		BUENO
	DEPENDENCIA AL ALCOHOL		SIN PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO

RESULTADO:

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

El evaluado no muestra indicadores de depresión, presentando un buen estado anímico, mantiene un adecuado interés por realizar sus actividades y se siente seguro de sí mismo. Es una persona estable y calmada, sin disposición a padecer estados de ansiedad. Posee mecanismos de defensa para hacer frente ante situaciones adversas. Sin dependencia al consumo de bebidas alcohólicas.

Tiene una buena calidad del sueño. Refiere dormir aproximadamente entre 7 horas diarias. No tiene necesidad de utilizar fármacos ni dificultad para conciliar el sueño y siendo este estable y prolongado. Al día siguiente suele sentirse con un buen estado de ánimo para comenzar con sus actividades.

A nivel afectivo se considera ser una persona tolerante, respetuoso y responsable. Acepta y valora sus cualidades positivas tanto como las negativas. Frente a situaciones de estrés es capaz de afrontarlo adecuadamente. Trata con respeto a las personas y toma en cuenta sus sentimientos. Se adapta y respeta las normas de la empresa. Es capaz de plantearse metas a futuro, desea tener un negocio, brindar educación a sus hijos y un trabajo estable. A nivel social, muestra ser capaz de mantener adecuadas relaciones interpersonales. A nivel familiar, refiere vivir en San Juan de Lurigancho, Lima con su madre, esposa e hijos. Tiene 2 hijos, con quienes indica tener buena comunicación. A nivel laboral, cuenta con 7 años de experiencia en el puesto y conoce las funciones que tendrá a cargo en la empresa. Es capaz de identificar los peligros y riesgos a los que puede estar expuesto; así mismo, toma en cuenta los controles necesarios para minimizar la posibilidad de accidentes. Cumple con las normas y reglamentos de la empresa.

OBSERVACIÓN DE CONDUCTA:

El evaluado evidencia tener un estado mental conservado, se encuentra orientado en tiempo, espacio, persona y situación; con sus capacidades cognitivas de atención, concentración, memoria a corto y largo plazo estables. Presenta un tono de voz adecuado y un discurso fluido. Posee fijación de mirada al comunicarse. Viste con ropa adecuada para la estación.

Durante la entrevista, se muestra colaborador en todo momento, siendo capaz de brindar los datos e información necesaria y veraz para continuar con su proceso de evaluación. Realiza las pruebas con facilidad y dentro de los rangos de tiempo. Mantiene una buena capacidad para dialogar de forma fluida y seguridad en sus respuestas.

DEBILIDADES : No significativas para el perfil

CONCLUSIONES : El Sr. **PEREZ ASTO OSCAR**; se encuentra **APTO** para laborar.

RECOMENDACIONES: NINGUNO.

PSICÓLOGO EVALUADOR: GRADOS CULQUI, GERALDINE PIERINA - C.Ps.P. 27520



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



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL EXAMEN FISICO

Código:	FO-ECL-07
Versión:	02
Página:	1 de 2
Unidad:	Corporativo

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente: Oscar Perez Asto
DNI/Pasaporte: 10360498 N° H.C.: _____ Edad: 46 Sexo: F ☐ M ☒

En cumplimiento con la Ley General de Salud para satisfacción de los derechos del paciente, como destinatario del correcto uso de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Yo, don/doña Oscar Perez Asto identificado con DNI N° 10360498 como paciente.

EXPONGO:

Que he sido debidamente INFORMADO/A por Joel Calderon con C.M.P. N° 89617 en entrevista personal realizada el día 26/01/23 que es necesario que se me realice el Examen Físico Completo (Examen General y Regional) cuyo propósito es el de la detección de patologías que pudieran condicionar el desempeño en el puesto de trabajo.

Además, he recibido información completa y suficiente sobre la naturaleza y propósito del procedimiento en mención, así como de los recursos con que cuenta NATCLAR para su realización.

Así mismo, se me ha explicado las consideraciones generales que se detallan:

- El trabajador debe ser evaluado en ropa interior, por lo que se deberán tomar las siguientes precauciones:
 - Garantizar la privacidad del examen
 - Señalar el lugar adecuado para vestir o desvestirse.
 - Proporcionar al paciente bata desechable.
 - Explicar al paciente el criterio para la exposición total e ir describiendo el proceso de examen mientras se realiza.
- Las trabajadoras que realizan su evaluación deberán ser evaluadas por Medicas, en caso no se pueda realizar así, deberá de haber la presencia de un personal de salud del sexo opuesto al evaluador
- Habiendo tenido ocasión de aclarar mis dudas e inquietudes al respecto con el médico tratante.

MANIFIESTO:

Que he tenido y estoy satisfecho(a) de todas las explicaciones y precisiones recibidas sobre el proceso médico citado y OTORGÓ MI CONSENTIMIENTO para que se realice el Examen Físico Completo (Examen General y Regional), a excepción de:

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento antes de la realización del mismo. Y para que así conste, firmo el presente documento.

DNI: 10360498
Fecha: 26-01-23
Hora: _____

Firma y huella digital del/la paciente

CMP: 89617
Fecha y hora: _____

Firma y sello del médico informante
Dr. William Joel Calderon Alcas
Médico de Salud Ocupacional
CMP. 089617

 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 **SOCIEDAD MINERA EL BROCAL 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 07:56:28



Firma



Huella Digital

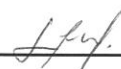


CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICA

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 07:56:28



Firma



Huella Digital

- 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)

CARTILLA INFORMATIVA DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES CONTENIDOS EN LOS
EXAMENES MÉDICOS OCUPACIONALES

SOCIEDAD MINERA EL BROCAL S.A.A. (en adelante, "LA EMPRESA") está en la obligación de realizar exámenes médicos ocupacionales a sus trabajadores; en cumplimiento de la Ley y el Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo, siendo ello indispensable para garantizar la seguridad y salud de todos los trabajadores.

Tratándose de una obligación indispensable para la relación laboral, LA EMPRESA no requiere el consentimiento del trabajador para el tratamiento de los datos personales contenidos en los exámenes médicos ocupacionales. Sin perjuicio de ello, en observancia del deber de informar, contenido en el artículo 18° de la Ley de Protección de Datos Personales, LA EMPRESA cumple con informar lo siguiente:

- **BANCO DE DATOS:** La existencia de un banco de datos personales ha sido declarada ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante su inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales, con la denominación "Colaboradores" (código RNPDP- PJP No. 3101), de titularidad de LA EMPRESA, con RUC No. 20100017572 y domicilio en Calle Las Begonias Nro. 415- Piso 19, San Isidro, Lima.
- **FINALIDAD:** El tratamiento de los datos personales se realiza con la finalidad de garantizar la seguridad y salud de los trabajadores, en cumplimiento de las obligaciones contenidas en la Ley y el Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo y normas conexas.
- **DATOS PERSONALES A TRATAR:** nombres y apellidos, número de DNI/Carnet de Extranjería/Pasaporte, dirección de correo electrónico, firma, imagen, fecha de nacimiento, sexo, puesto de trabajo, profesión, edad, salud física o mental, huella dactilar.
- **ENCARGADO DEL TRATAMIENTO:** Los datos personales serán tratados por S.G. NATCLAR S.A.C., con RUC No. 20431080002, por encargo de LA EMPRESA, en estricto cumplimiento de lo establecido en la Ley General de Salud, Ley y el Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo, así como en la Ley y Reglamento de Protección de Datos Personales, y normas conexas.
- **DESTINATARIOS:** Los datos personales serán compartidos por el Encargado de Tratamiento con los Médicos Ocupacionales de LA EMPRESA. Asimismo, podrán ser compartidos con RIMAC S.A. Entidad Prestadora de Salud, con RUC No. 20414955020, con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría, y con la autoridad judicial competente, cuando ello sea requerido en razón del ejercicio de sus competencias.
- **TRANSFERENCIA INTERNACIONAL:** No se realiza la transferencia internacional de datos personales.
- **TIEMPO DE CONSERVACIÓN:** Según mandato legal, los datos personales serán conservados por un plazo de veinte (20) años, cuando refieran a enfermedades ocupacionales; por un plazo de diez (10) años cuando refieran a accidentes de trabajo e incidentes peligrosos; y, por un plazo de cinco (5) años, en los demás casos.
- **EJERCICIO DE DERECHOS ARCO:** Puede ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición, a través del correo electrónico: lpdp.arco@buenaventura.pe. y/o en Avenida Paseo de la República 3018, San Isidro – Lima, Perú. De considerar que no ha sido atendido en el ejercicio de sus derechos puede presentar una reclamación ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, ubicada en Calle Scipión Llona N° 350, Miraflores, Lima, Perú.

Yo, OSCAR PEREZ ASTO, declaro haber sido informado de manera previa a la realización de los exámenes médicos ocupacionales y comprendido este documento en su totalidad.

Firma:



DNI:

10360498

Fecha:

26-01-23

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

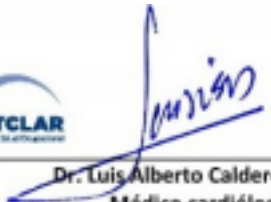
Fecha de Emisión / Date of issue: 26/01/2023, 7:41 am

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

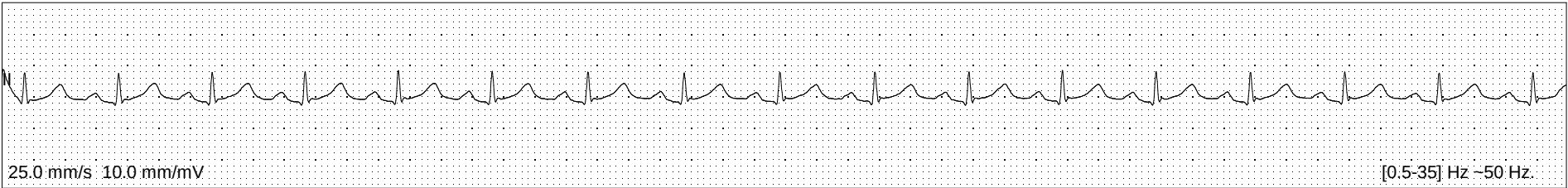
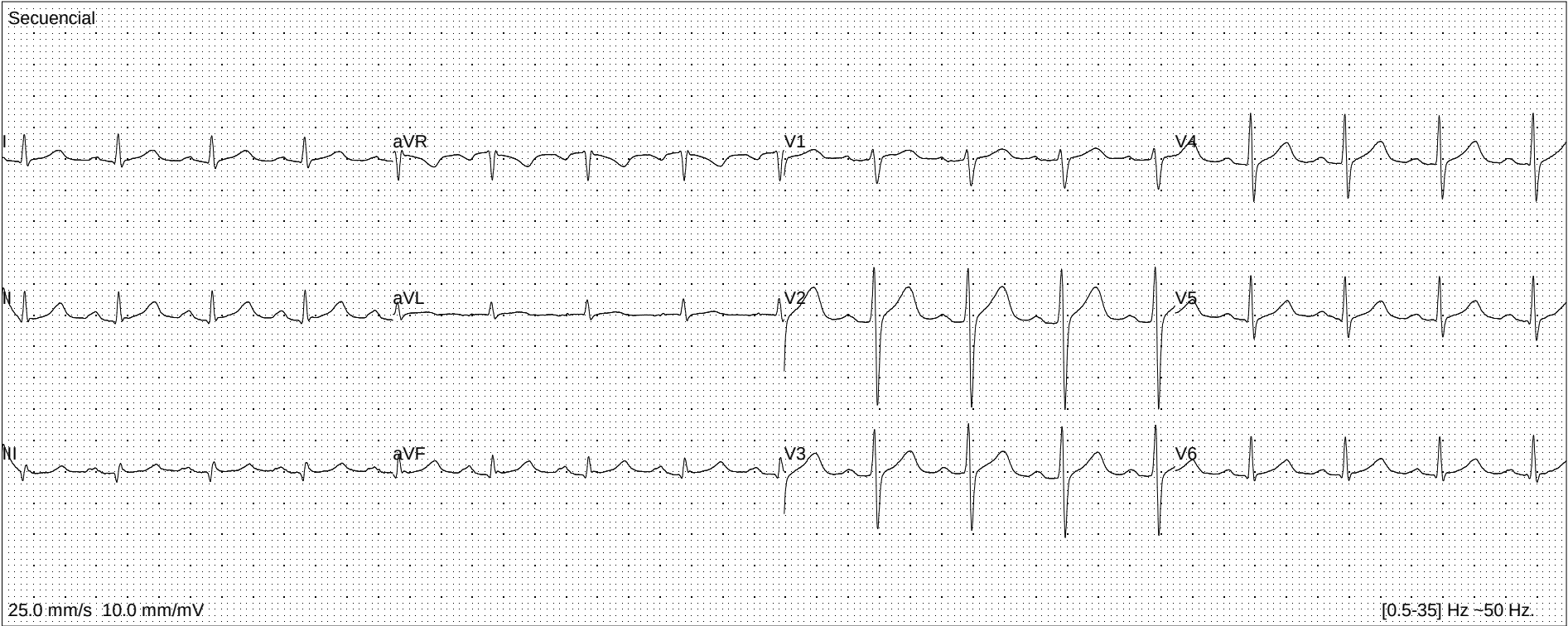
P / PQ: 110 ms / 176 ms
QRS: 78 ms
QT / QTc / QTd: 342 ms / 412 ms / -
Eje P/QRS/T: 64° / 44° / 52°
Frec. cardíaca: 100 lpm

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.

Secuencial





**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



HOJA DE ENTREVISTA G 4.5

Código:	FO-EPS-12
Versión:	02
Página:	Página 1 de 1
Unidad:	Corporativo

HOJA DE ENTREVISTA

Nolcan (Ingreso + Abono)
NEXA (Ingreso + Monje)

APELLIDOS Y NOMBRES: Perez Asto Oscar	
DNI: 10360498	EMPRESA: JRC Ingeniería y Construcción
EDAD: 46	UNIDAD:
PUESTO: Conductor	FECHA DE EVALUACIÓN: 26/01/23

Tiempo en empresas:	7 años
Accidentes en el trabajo:	NO
Estado civil:	soltero
Lugar de residencia (familia):	
Número de hijos:	2
Grado de instrucción:	secundaria completa
Problemas familiares:	NO
Sistema de trabajo:	
Experiencia en el puesto:	7 años
¿Prefieres trabajar en grupo o individualmente?	individual
¿Has manipulado u operado equipos y herramientas sin previa capacitación o autorización?	SI NO
¿Tus Equipos de protección personal (EPPS) te impiden realizar cómodamente tu trabajo?	SI NO
¿Cómo actúas si no estás de acuerdo con algún reglamento de tu empresa?	los Reglamentos son para cumplir (Acatar)
Para usted ¿qué es más importante rapidez o seguridad? ¿Por qué?	Seguridad; Evitamos y prevenimos Accidentes

PSICOMETRÍA			
Pa	Errores	0	9
	T. Error	0	
	T. Prueba	26.54	
Re	T. Reacción	3.74	7
Pu	Errores	2	8
	Aciertos	43	
	T. Aciertos	5.21	

AREA AFECTIVA

← Respetuoso

AREA SOCIAL

- Solidario

LABORAL

- Responsable

Psicóloga responsable.....

JH.



**HOJA DE RESPUESTA DE EVALUACIÓN
FACTORIAL DE APTITUDES
INTELECTUALES (EFAI -NIVEL 1)**

Apellidos y nombres..... Fecha.....

FACTOR E

1	A	~~B~~	C	D
2	~~A~~	B	C	D
3	~~A~~	B	C	D
4	A	~~B~~	C	D
5	A	B	~~C~~	D
6	A	B	~~C~~	D
7	A	~~B~~	C	D
8	~~A~~	B	C	D
9	A	B	C	~~D~~
10	A	B	~~C~~	D
11	A	~~B~~	C	D
12	A	B	C	~~D~~
13	A	B	C	~~D~~
14	A	B	C	~~D~~
15	A	~~B~~	C	D
16	~~A~~	B	C	D
17	A	B	~~C~~	D
18	A	~~B~~	C	D
19	A	B	C	~~D~~
20	A	B	C	D
21	A	B	C	D
22	A	B	C	D
23	A	B	C	D
24	A	B	C	D
25	A	B	C	D
26	A	B	C	D
27	A	B	C	D
28	A	B	C	D
29	A	B	C	D
30	A	B	C	D

FACTOR R

1	A	~~B~~	C	D
2	A	~~B~~	C	~~D~~
3	A	B	C	~~D~~
4	~~A~~	B	C	D
5	A	B	~~C~~	D
6	A	B	~~C~~	D
7	~~A~~	B	C	D
8	A	B	~~C~~	D
9	A	~~B~~	C	D
10	A	B	~~C~~	D
11	~~A~~	B	C	D
12	~~A~~	B	C	D
13	A	B	C	~~D~~
14	A	~~B~~	C	D
15	~~A~~	B	C	D
16	A	B	C	D
17	A	B	C	D
18	A	B	C	D
19	A	B	C	D
20	A	B	C	D
21	A	B	C	D
22	A	B	C	D
23	A	B	C	D
24	A	B	C	D
25	A	B	C	D
26	A	B	C	D

FACTOR V

1	~~A~~	B	C	D
2	A	B	C	~~D~~
3	A	B	C	~~D~~
4	~~A~~	B	C	D
5	A	B	~~C~~	D
6	A	B	C	~~D~~
7	A	B	C	~~D~~
8	A	~~B~~	C	D
9	A	B	C	~~D~~
10	A	B	C	~~D~~
11	A	B	C	~~D~~
12	A	~~B~~	C	D
13	A	~~B~~	C	D
14	~~A~~	B	C	D
15	~~A~~	B	C	D
16	~~A~~	B	C	D
17	A	B	C	D
18	A	B	C	D
19	A	B	C	D
20	A	B	C	D
21	A	B	C	D
22	A	B	C	D
23	A	B	C	D
24	A	B	C	D

7/p. AITO

6/ prom

7/p. AITO

Jfd.

 NATCLAR USO INTERNO	HOJA DE ENTREVISTA-TRABAJOS DE ALTO RIESGO		Código:	FO-EPS-22
			Versión:	02
			Página:	1 de 1
			Unidad:	Corporativo

Apellidos y Nombres: <u>Perez Asto Oscar</u>			
Edad: <u>46</u>	Estado Civil: <u>C S Cnv. V</u>	DNI: <u>10260498</u>	Accidentes laborales: (SI) (NO) <u>NO</u>
Puesto/Ocupación: <u>CONDUCTOR</u>		Fecha de Evaluación: <u>26/01/23</u>	
Empresa: <u>JRC Ingenieria y Const.</u>		Unidad a la que asistirá:	
1. ¿Conoce sus funciones específicas? (X) Si () Regular () No			
2. ¿Cree usted que son importantes los permisos y evaluaciones para trabajos de alto riesgo? ¿Por qué? <u>Si, porque juntamente son de alto riesgo para evitar Accidentes</u>			
3. Considera que la experiencia en el trabajo, EVITA los accidentes laborales? ¿Por qué? <u>NO los evita, pero si los previene por la experiencia y conocimiento</u>			
4. Señale los PELIGROS y RIESGOS a los que está expuesto en su trabajo y qué CONTROLES puede realizar para minimizarlos.			
PELIGROS	RIESGOS	CONTROLES	
<u>Vehículo Movimiento</u>	<u>Volcadura</u>	<u>control de velocidad</u>	
<u>Vehículo Movimiento</u>	<u>Atropello</u>	<u>Manejo defensivo</u>	
<u>Vehículo Movimiento</u>	<u>clima adverso</u>	<u>Descenso</u>	
<u>Vehículo Movimiento</u>	<u>estado de las Vías</u>	<u>pneumáticos y Presión</u>	
5. ¿Considera Ud. Que son importantes los permisos Escritos de Trabajo de Alto Riesgo? (SI) (NO) ¿Por qué? <u>Si, Porque al firmarlos estan dando consentimiento para realizar el Trabajo y conocimiento</u>			
6. ¿Cuáles son los equipos de protección personal que debe utilizar? De acuerdo al trabajo de alto riesgo. <u>Zapatos de seg., overoll, casco con protección auditiva, lentes de seguridad, guantes, examen medico</u>			
7. ¿Considera que el detener una labor por un incidente es una pérdida de tiempo? (SI) (NO) ¿Por qué? <u>NO, Si se tiene que reportar los incidentes para poder tener conocimiento y prevenir que suceda el accidente</u>			
8. ¿Relate una situación en donde estuvo en riesgo su seguridad? ¿Cómo actuó? <u>Conduciendo en las Alturas habia bastante Neblina reducir velocidad si es posible detenerse con luces encendidas para evitar choques hasta que pase</u>			

Lfd.

 NATCLAR Centro de Salud Ocupacional USO INTERNO	FORMULARIO ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE BARRAT	Código:	FO-EPS-138
		Versión:	01
		Página:	1 de 1
		Unidad:	Corporativo

INSTRUCCIONES: Esta es una escala para medir algunas de las formas en la que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en las oraciones, responda rápida y honestamente marcando una X en la opción que más le represente.

PREGUNTAS	RARAMENTE O NUNCA (0)	OCASIONAL _MENTE (1)	A MENUDO (3)	SIEMPRE O CASI SIEMPRE (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado.				X
2. Hago las cosas sin pensarlas.	X			
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo fácilmente).		X		
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (mis pensamientos van muy rápido en mi mente).			X	
5. Planifico mis viajes (actividades) con antelación.				X
6. Soy una persona con autocontrol.				X
7. Me concentro con facilidad.				X
8. Ahorro con regularidad.				X
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo.		X		
10. Pienso las cosas cuidadosamente.				X
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo para asegurarme que tendré dinero para mis gastos) (planifico mis estudios para asegurarme rendir bien).				X
12. Digo las cosas sin pensarlas.	X			
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos).	X			
14. Cambio de trabajo frecuentemente (cambio de colegio con frecuencia).	X			
15. Actúo impulsivamente.	X			
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo).	X			
17. Visito al médico y al dentista con regularidad.			X	
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren.			X	
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo).				X
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo).	X			
21. Compró cosas impulsivamente.	X			
22. Yo termino lo que empiezo.				X
23. Camino y me muevo con rapidez.			X	
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona).			X	
25. Gasto efectivo o en crédito más de lo que tengo o de lo que gano.	X			
26. Hablo rápido.		X		
27. Tengo pensamientos extraños (irrelevantes) cuando estoy pensando.	X			
28. Me interesa más el presente que el futuro.			X	
29. Me siento inquieto/a en el trabajo (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo).	X			
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente).		X		

Firma del trabajador: JH
DNI: 10360498

JH

FORMULARIO
AQ. CUESTIONARIO DE FOBIA (ACROFOBIA) DE COHEN

Apellidos y Nombres: Perez Asto Oscar

Parte I: Escala de ansiedad.

INSTRUCCIONES: Se presenta una lista de situaciones que tienen que ver con alturas. Nos interesaría saber el grado de ansiedad (tensión, malestar) que sentiría en cada una de las situaciones actualmente.

Marque con un aspa (X) la alternativa que más se adecue a su persona.

0 -> Nada de ansiedad, tranquilo y relajado.

1 - 2 -> Ligeramente ansioso.

3 - 4 -> Moderadamente ansioso.

5 -6 -> Extremadamente ansioso.

ITEMS	Nada Ansioso	Ligeramente ansioso		Moderadamente ansioso		Extremadamente ansioso	
	0	1	2	3	4	5	6
1. Saltando desde el trampolín más bajo de una piscina.	X						
2. Saltando sobre las piedras para pasar por encima de una corriente de agua.			X				
3. Mirando hacia abajo en una escalera de caracol desde una altura de varios pisos.	X						
4. De pie en el peldaño de una escalera que está apoyada sobre la fachada de una casa, en el segundo piso.	X						
5. Sentado en la platea de un segundo piso de un teatro.	X						
6. Sentado en la silla de una rueda en los juegos mecánicos.			X				
7. Subiendo una colina inclinada de excursión por el campo.	X						
8. Un viaje en avión (al otro extremo del mismo país).	X						
9. De pie cerca de una ventana abierta en el tercer piso.	X						
10. Pasando por un puente peatonal por encima de una autopista.	X						
11. Conduciendo sobre un puente muy amplio.	X						
12. Alejado de la ventana en una oficina del piso 15 de un edificio.	X						
13. Ver a personas sobre una plataforma limpiando ventanas en el piso 10 de un edificio.	X						
14. Caminando por el borde del escenario de un teatro.	X						
15. De pie en el borde del andén del metro.			X				
16. Subiendo por la escalera de incendios exterior en el tercer piso.	X						
17. En la azotea de un edificio de 10 pisos.	X						
18. Subiendo en un ascensor hasta el piso 50.	X						
19. De pie sobre una silla intentando coger algo de una estantería.	X						
20. Subiendo por la pasarela de una embarcación.	X						

PUNTAJE TOTAL: 6
INTERPRETACION: 5/3.

JH.

FORMULARIO
AQ. CUESTIONARIO DE FOBIA (ACROFOBIA) DE COHEN

Código:	FO-EPS-140
Versión:	01
Página:	1 de 1
Unidad:	Corporativo

Parte II: Escala de evitación.

INSTRUCCIONES: Una vez que ha contestado a cada pregunta sobre la ansiedad que produce, nos gustaría que respondiera también con respecto a su evitación. Señale en el espacio que se encuentra a la izquierda hasta qué punto evitaría en estos momentos la situación en el caso que se presentara.

Marque con un aspa (X) la alternativa que más se adecue a su persona.

0 -> No intentaría evitarla.

1 -> Intentara evitarla.

2 -> No la soportaría bajo ninguna circunstancia.

ITEMS	No intentaría evitarla	Intentaría evitarla	No la soportaría bajo ninguna circunstancia
	0	1	2
1. Saltando desde el trampolín más bajo de una piscina.		X	
2. Saltando sobre las piedras para pasar por encima de una corriente de agua.		X	
3. Mirando hacia abajo en una escalera de caracol desde una altura de varios pisos.		X	
4. De pie en el peldaño de una escalera que está apoyada sobre la fachada de una casa, en el segundo piso.		X	
5. Sentado en la platea de un segundo piso de un teatro.	X		
6. Sentado en la silla de una rueda en los juegos mecánicos.		X	
7. Subiendo una colina inclinada de excursión por el campo.	X		
8. Un viaje en avión (al otro extremo del mismo país).	X		
9. De pie cerca de una ventana abierta en el tercer piso.	X		
10. Pasando por un puente peatonal por encima de una autopista.	X		
11. Conduciendo sobre un puente muy amplio.	X		
12. Alejado de la ventana en una oficina del piso 15 de un edificio.	X		
13. Ver a personas sobre una plataforma limpiando ventanas en el piso 10 de un edificio.	X		
14. Caminando por el borde del escenario de un teatro.	X		
15. De pie en el borde del andén del metro.	X		
16. Subiendo por la escalera de incendios exterior en el tercer piso.	X		
17. En la azotea de un edificio de 10 pisos.	X		
18. Subiendo en un ascensor hasta el piso 50.	X		
19. De pie sobre una silla intentando coger algo de una estantería.	X		
20. Subiendo por la pasarela de una embarcación.	X		

PUNTAJE TOTAL:
INTERPRETACION:

55/21

Firma del trabajador: H/V
DNI: 10360491

 NATCLAR Gestión de Salud Ocupacional USO INTERNO	TEST DE AUDIT	Código:	FO-EPS-24
		Versión:	03
		Página:	1 de 1
		Unidad:	Corporativo

APELLIDOS Y NOMBRES: Perez Asto Oscar

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT diciendo «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». Explique qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de consumiciones («bebidas estándar»). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10) (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana	6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
1	0
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (3) 10 o más	7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
0	0
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0	8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
0	0
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año
0	0
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año.
0	0

Registre la puntuación total aquí

1

Si la puntuación total es mayor que el punto de corte recomendado, consulte el Manual de Usuario

FIRMA: [Firma]

DNI: 10360498

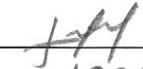
FORMULARIO
TEST DE ESCALA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas". No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD		SI	NO
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	☒	☐	
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?	☒	☐	
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?	☒	☐	
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	☒	☐	
<i>Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando</i>			
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	☒	☐	
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	☒	☐	
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea ? (síntomas vegetativos)	☒	☐	
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?	☒	☐	
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	☒	☐	
SUBESCALA DE DEPRESION			
1.- ¿Se ha sentido con poca energía?	☒	☐	
2.- ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	☒	☐	
3.- ¿Ha perdido la confianza en si mismo?	☒	☐	
4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	☒	☐	
<i>(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)</i>			
5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	☒	☐	
6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	☒	☐	
7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	☒	☐	
8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?	☒	☐	
9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	☒	☐	

ANSIEDAD: 1

DEPRESIÓN: 0

Firma del trabajador: 
DNI: 10360478

Lfd.

CUESTIONARIO DE PITTSBURGH CALIDAD DE SUEÑO

Código:	FO-EPS-51
Versión:	02
Página:	Página 1 de 2
Unidad:	Corporativo

Instrucciones: Las siguientes cuestiones solo tienen que ver con sus hábitos de sueño durante el último mes. En sus respuestas debe reflejar cual ha sido su comportamiento durante la mayoría de tiempo en dos situaciones: Por favor, conteste a TODAS las preguntas EN LA CARTILLA DE RESPUESTAS proporcionada por el instructor.

A.- Durante el último mes, ¿cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse? *de 10 a 11 PM (Noche)*

B.- ¿Cuánto tiempo ha demorado en quedarse dormido, normalmente, durante el último mes?

1) Menos de 15 min 2) Entre 16-30 min 3) Entre 31-60 min 4) Más de 60 min

C.- Durante el último mes ,

C-1 ¿A qué hora se ha levantado normalmente? *5 AM*

C-2. ¿A qué hora empieza sus actividades? *6 AM*

D.- ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido en promedio por noche durante el último mes? *6 a 7 horas Noche*

E.- Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir debido a que :

E-1) No pudo quedarse dormido en la primera media hora:

- ☒ Ninguna vez en el último mes
- 2. Menos de una vez a la semana
- 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana

E-2) Se despertó durante la noche o de madrugada:

- 1. Ninguna vez en el último mes
- ☒ Menos de una vez a la semana
- 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana

E-3) Se tuvo que levantar para ir al baño:

- ☒ Ninguna vez en el último mes
- 2. Menos de una vez a la semana
- 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana

E-4) No podía respirar bien:

- ☒ Ninguna vez en el último mes
- 2. Menos de una vez a la semana
- 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana

E-5) Tosía o roncaba fuertemente:

- ☒ Ninguna vez en el último mes
- 2. Menos de una vez a la semana
- 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana

E-6) Sentía frío:

- ☒ Ninguna vez en el último mes
- 2. Menos de una vez a la semana
- 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana

E-7) Sentía demasiado calor:

- ☒ Ninguna vez en el último mes
- 2. Menos de una vez a la semana
- 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana

E-8) Tenía pesadillas o malos sueños:

- ☒ Ninguna vez en el último mes
- 2. Menos de una vez a la semana
- 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana

JH.

 NATCLAR Gestión de Salud Ocupacional USO INTERNO	CUESTIONARIO DE PITTSBURGH CALIDAD DE SUEÑO	Código:	FO-EPS-51
		Versión:	02
		Página:	Página 2 de 2
		Unidad:	Corporativo

E-9) Tenía dolores:

- ☒ 1. Ninguna vez en el último mes
- 2. Menos de una vez a la semana
- 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana

E-10) Otras razones.

Por favor descríbalas: _____

- ☒ 1. Ninguna vez en el último mes
- 2. Menos de una vez a la semana
- 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana

F) Durante el último mes, ¿cuál cree que es la calidad de su sueño en general?

- ☒ 1. Muy buena
- 2. Buena
- 3. Mala
- 4. Muy mala

G) Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

- ☒ 1. Ninguna vez en el último mes
- 2. Menos de una vez a la semana
- 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana

H) Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia/sueño mientras conducía, comía o hacía alguna otra actividad social?

- ☒ 1. Ninguna vez en el último mes
- 2. Menos de una vez a la semana
- 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana

I) Durante el último mes, ¿su estado de ánimo le ha dificultado hacer alguna actividad?

- ☒ 1. No
- 2. Sí, algo
- 3. Sí, regular
- 4. Sí, mucho

J) ¿Usted duerme solo o comparte cuarto con otra persona?

- ☒ 1. Solo
- 2. Solo, pero hay alguien en la habitación de al lado
- 3. Con otra persona en el mismo cuarto
- 4. Con 2 o más personas en el mismo cuarto

TEST DE WARTEGG

Nombre Osca Perez Fecha _____

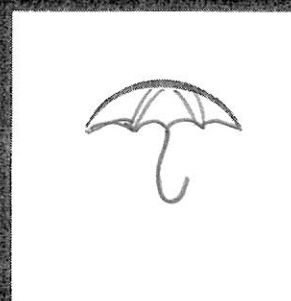
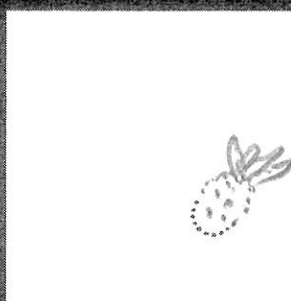
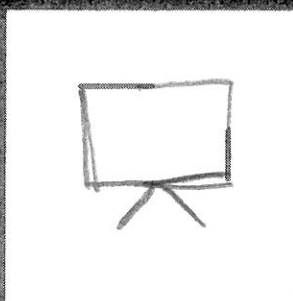
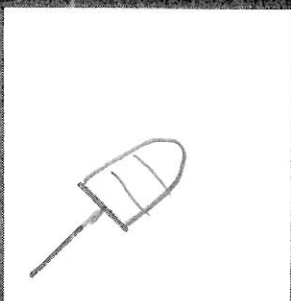
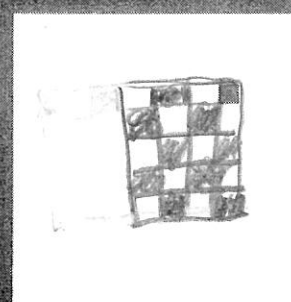
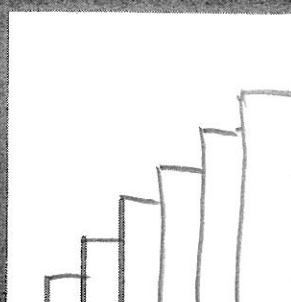
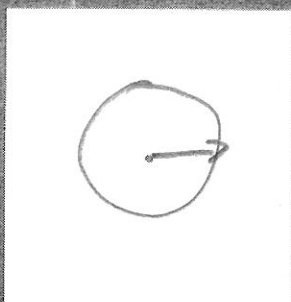
Edad 46 Sexo Masculino

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐



5 ☐

6 ☐

7 ☐

8 ☐

Títulos

1 centro de una circunferencia y radio

2 aves en la playa

3 Escalera

4 tablero

5 Melado

6 Televisor

7 Piña

8 Paraguas o Sombrella

Dibujo que le gustó más Melado

Dibujo que le gustó menos Tablero

Dibujo que le resultó más fácil Televisor

Dibujo que le resultó más difícil tablero

 NATCLAR Gestión de Salud Ocupacional USO INTERNO	CUESTIONARIO DE COMPORTAMIENTO Y ACTITUD SEGURA EN EL TRABAJO	Código:	FO-EPS-88
		Versión:	02
		Página:	Página 1 de 1
		Unidad:	Corporativo

Apellidos y Nombres:.....Edad:.....

Cargo/Ocupación:.....Empresa:.....

Nº	PREGUNTAS	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1	¿Utiliza adecuadamente los equipos de protección personal? (EPPs)	2X	1	0
2	¿Trabaja con rapidez por falta de tiempo para realizar su labor ?	0	1	2
3	¿Trabaja con el apoyo de sus compañeros ?	2X	1	0
4	¿En el trabajo se comunica adecuadamente con sus compañeros?	2✓	1	0
5	¿Existe buena comunicación con sus superiores en el trabajo ?	2X	1	0
6	¿Desempeña labores que no le corresponden ?	0	1	2X
7	¿Cuenta con las herramientas adecuadas para realizar su labor con eficiencia ?	2✓	1	0
8	¿Manipula herramientas o equipos en condiciones defectuosas ?	0	1	2X
9	¿Ingresa a trabajar a su área con presencia significativa de elementos nocivos ? (gases tóxicos)	0	1	2X
10	¿Trabaja en condiciones de constante riesgo para su seguridad?	0	1	2X
11	¿Cree usted que esta libre de riesgos y peligros de accidentes en el trabajo?	0	1	2X
12	¿Cree usted que la experiencia en el trabajo es un factor determinante no accidentarse ?	0	1	2X
13	¿Si usted presenta problemas de salud (físico o emocional) acude con normalidad a su trabajo ?	0	1	2X
14	¿Te sientes comprometido con la seguridad de tus compañeros?	2X	1	0
15	¿Al ingresar a tu área de labor tomas en cuenta las condiciones ambientales ?	2✓	1	0
16	¿Prefieres cumplir con tu labor sin importar los medios para lograrlo?	0	1	2X
17	¿Si observas alguna conducta insegura de tus compañeros; intervienes ?	2✓	1	0
18	¿Con que frecuencia asiste a las capacitaciones programadas por su empresa ?	2X	1	0
19	¿Antes de empezar su labor realiza los procedimientos que indica el sistema de seguridad ?	2✓	1	0
20	¿Al ingresar a su área de labor realiza la identificación de peligros y evaluación de riesgos (IPER-C)?	2X	1	0

H4.



HOJA DE RESPUESTA STAI (TEST DE ANSIEDAD)

STAI AUTOEVALUACIÓN A (E/R)



INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE USTED AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

		Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado	3	2	1	0
2	Me siento seguro	3	2	1	0
3	Estoy tenso	0	1	2	3
4	Estoy contrariado	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)	3	2	1	0
6	Me siento alterado	0	1	2	3
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8	Me siento descansado	3	2	1	0
9	Me siento angustiado	0	1	2	3
10	Me siento confortable	3	2	1	0
11	Tengo confianza en mí mismo	3	2	1	0
12	Me siento nervioso	0	1	2	3
13	Estoy desasosegado	0	1	2	3
14	Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15	Estoy relajado	3	2	1	0
16	Me siento satisfecho	3	2	1	0
17	Estoy preocupado	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19	Me siento alegre	3	2	1	0
20	En este momento me siento bien	3	2	1	0

10/

JH.

	HOJA DE RESPUESTA STAI (TEST DE ANSIEDAD)	Código:	FO-EPS-28
		Versión:	02
		Página:	Página 2 de 2
		Unidad:	Corporativo

INSTRUCCIONES:

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE USTED EN GENERAL*, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

		Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21	Me siento bien	3	2	1	~~0~~
22	Me canso rápidamente	~~0~~	1	2	3
23	Siento ganas de llorar	~~0~~	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como otros	~~0~~	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	~~0~~	1	2	3
26	Me siento descansado	3	2	1	~~0~~
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	3	2	1	~~0~~
28	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	~~0~~	1	2	3
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	~~0~~	1	2	3
30	Soy feliz	3	2	1	~~0~~
31	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	~~0~~	1	2	3
32	Me falta confianza en mí mismo	~~0~~	1	2	3
33	Me siento seguro	3	~~2~~	1	0
34	No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	~~2~~	3
35	Me siento triste (melancólico)	0	~~1~~	2	3
36	Estoy satisfecho	3	~~2~~	1	0
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	~~1~~	2	3
38	Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	~~2~~	3
39	Soy una persona estable	3	2	1	~~0~~
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	~~0~~	1	2	3

10

HOJA DE RESPUESTA ESCALA DE FOBIAS

Código:	FO-EPS-23
Versión:	02
Página:	Página 1 de 1
Unidad:	Clínicas

Apellidos y Nombres.....

Empresa.....Edad.....

Puesto/Ocupación.....

Imagínese estar en las situaciones que se presentan a continuación y responda las preguntas. **Recuerde que estas situaciones no representan algún tipo de daño para usted.**

0	Nada ansioso
1	Poco ansioso
2	Ansioso
3	Muy ansioso
4	Extremadamente ansioso

1	Estar encerrado en una habitación pequeña sin ventanas durante 15 minutos	0	1	2	3	4
2	Estar encerrado en una habitación pequeña y bien iluminada.	0	1	2	3	4
3	Estar esposado durante 15 minutos	0	1	2	3	4
4	Estar atado con las manos detrás de la espalda durante 15 minutos.	0	1	2	3	4
5	Sentirse atrapado en ropa estrecha y no poder quitársela.	0	1	2	3	4
6	Llevar una camisa de fuerza durante 15 minutos.	0	1	2	3	4
7	Estar dentro de un saco de dormir estrecho, con los brazos y piernas dentro, abrochado hasta el cuello, sin poder salir durante 15 minutos.	0	1	2	3	4
8	Entrar de cabeza en un saco de dormir con la cremallera subida, con la posibilidad de salir cuando se quiera.	0	1	2	3	4
9	Estar dentro de la maletera de un auto en el que pasa el aire libremente durante 15 minutos.	0	1	2	3	4
10	Tener las piernas atadas a una silla que no se puede mover.	0	1	2	3	4
11	Estar en un baño público y se atasca la cerradura.	0	1	2	3	4
12	Estar en una combi lleno de gente.	0	1	2	3	4
13	Nadar llevando una pinza en la nariz.	0	1	2	3	4
14	Trabajar debajo del fregadero durante 15 minutos.	0	1	2	3	4
15	Estar en un ascensor en el piso mas bajo con la puerta cerrada.	0	1	2	3	4
16	Intentar aguantar la respiración mientras se hace un ejercicio físico intenso.	0	1	2	3	4
17	Tener un resfriado y tener dificultad para respirar por la nariz	0	1	2	3	4
18	Bucear en un tanque de agua seguro durante 15 minutos.	0	1	2	3	4
19	Ponerse una mascara de oxigeno	0	1	2	3	4
20	Estar tumbado en la cama de debajo de una tarima	0	1	2	3	4
21	Estar en la 3ra fila de un concierto repleto de gente y darse cuenta que no podrá salir hasta el final.	0	1	2	3	4
22	Estar en el centro de una fila llena de gente en un cine.	0	1	2	3	4
23	Trabajar debajo de un coche durante 15 minutos.	0	1	2	3	4
24	Estar on el punto más alejado de la salida de una mina subterránea.	0	1	2	3	4
25	Estar echado en un sauna durante 15 minutos.	0	1	2	3	4
26	Esperar durante 15 minutos en un avión estando en tierra y con la puerta cerrada.	0	1	2	3	4

H-y.

21/ Med. o

 NATCLAR Gestión de Salud Ocupacional INTERNO	ESCALA DE SOMNOLENCIA EPWORTH		Código:	FO-EPS-39
			Versión:	02
			Página:	Página 1 de 1
			Unidad:	Corporativo

N° atención:

Hora:

Escala de Somnolencia de EPWORTH

Apellidos y Nombres: Perez Asto Oscar
DNI: 10360498 Edad: 46 Fecha de Evaluación: 26-01-23
Puesto: CONDUCTOR Empresa: JRC Ingeniería y Const.
Unidad a la que asistirá: _____

PREGUNTA:

¿Con qué frecuencia se queda Ud. dormido en las siguientes situaciones? Incluso si no ha realizado recientemente alguna de las actividades mencionadas a continuación, trate de imaginar en qué medida le afectarían.

Utilice la siguiente escala y elija la cifra adecuada para cada situación.

- 0 = nunca se ha dormido
- 1 = a veces se duerme
- 2 = casi siempre se duerme
- 3 = siempre se duerme

<u>Situación</u>	<u>Puntuación</u>
Sentado leyendo	0
Viendo Televisión	1
Sentado inactivo en un lugar público (cine, teatro una reunión)	0
Como pasajero en un carro por más de una hora ininterrumpida:	1
Se acuesta al mediodía cuando las circunstancias lo permiten:	1
Sentado y hablando con alguien:	0
Sentado después de comer sin haber tomado bebidas alcohólicas:	0
En un carro, mientras se para en un semáforo por unos segundos o minutos.	0
TOTAL	

Lfd.

I. ORIENTACIÓN (Hacer las siguientes preguntas: correcto = 1)

(Puntuación Máxima = 10)

¿En qué año estamos?.....	Año.....	1
¿En qué estación del año estamos?.....	Estación.....	1
¿Cuál es la fecha de hoy?.....	Fecha.....	1
¿Qué día de la semana es hoy?.....	Día.....	1
¿En qué mes estamos?.....	Mes.....	1
¿Me puedes decir en qué país estamos?.....	País.....	1
¿En qué pueblo, ciudad, municipio está?.....	Pueblo.....	1
¿En qué sección, barrio, urbanización está?.....	Sección.....	1
¿En que piso (del edificio) estamos?.....	Piso.....	1
¿Cuál es la dirección de este lugar? Si es una institución: ¿Cuál es el nombre de este lugar?	Nombre.....	1

II. REGISTRO (Correcto = .)

(Puntuación Máxima = 3)

Le voy a nombrar tres cosas. Después que yo las diga quiero que usted las repita. Trate de recordarlas porque

Dentro de unos minutos le voy a pedir que las nombre otra vez:

“Piña”, “Mesa”, “Peso”.

Piña.....	1
Mesa.....	1
Peso.....	1

III. ATENCIÓN Y CALCULO (Indique cada respuesta; correcto = .)

(Puntuación Máxima = 3)

Comenzando con 20, réstele 3. Luego siga restando 3 del resultado que obtenga hasta que le diga pare.

(Si es negativo sustituya este ejercicio por lo próximo)

17.....	1
14.....	1
11.....	1
08.....	1
05.....	1

Ahora voy a deletrear una palabra y quiero que usted

Me la deletree al revés. La palabra es MUNDO

O.....	1
D.....	1
N.....	1
U.....	1
M.....	1

IV. RECUERDO (Correcto = .)

(Puntuación Máxima = 3)

Ahora, ¿Cuáles fueron las tres cosas que le pedí que recordará?

Piña.....	1
Mesa.....	1
Peso.....	1

V. LENGUAJE (correcto = .)

(Puntuación Máxima = 3)

¿Cómo se llama esto? RELOJ

¿Cómo se llama esto? LAPIZ

Reloj.....	1
Lápiz.....	1

Quisiera que repitiera esta expresión después de que yo la diga:

“TRES TRISTES TIGRES COMEN TRIGO”

Repetición.....	1
-----------------	---

Lea las palabras en esta página y luego haga lo que dice:

“CIERRE LOS OJOS”

Cierre los ojos.....	1
----------------------	---

Handwritten signature

**EXAMEN MENTAL MMSE)
(MINI-MENTAL STATE EXAMINATION –
FOLSTEIN) (1975)**

Código:	FO-EPS-35
Versión:	02
Página:	Página 2 de 2
Unidad:	Corporativo

VI. MEMORIA

Le voy a dar un papel cuando se lo dé, tome el papel con la mano derecha, doble el papel una vez por la mitad con las dos manos y luego ponga el papel en su falda.

Tome papel en la mano. 1
Doble papel en la mitad..... 1
Ponga papel en la falda..... 1

Escriba cualquier oración completa en este papel. La oración debe tener sujeto y verbo. También debe tener sentido. Los errores de ortografía o gramática no cuentan.

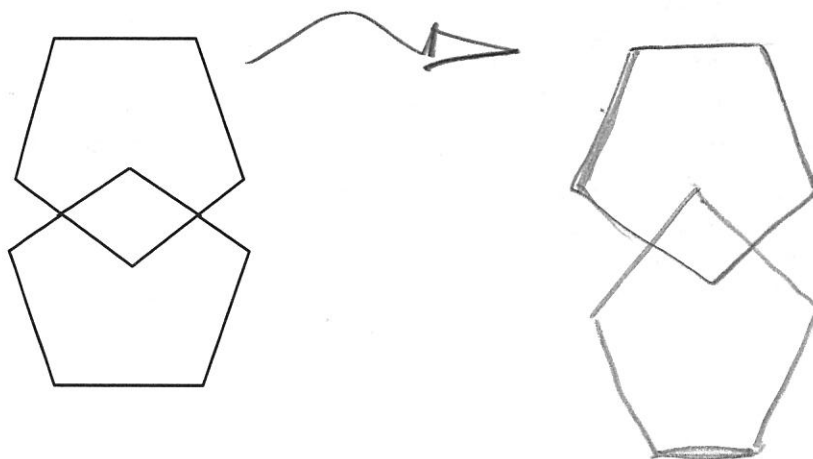
Escribe oración..... 1

→ Mi hijo y yo jugaremos en el parque

VII. COORDINACIÓN VISOMOTORA

Aquí está un dibujo. Haga el favor de copiar el dibujo en el mismo papel que utilizó antes (Polígono complejo de Bender-Gestalt)

Copia de polígono. 1



DETERMINACIÓN DE LA PUNTUACIÓN TOTAL:

Suma el número de respuestas correctas. La puntuación máxima es de 30.

Puntuación total obtenida.....

GUIA PARA LA INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

NORMAL : Paciente mayor de 60 años (30 a 21 puntos)

DEMENCIA : 20 puntos a menos

DEMENCIA SEVERA : 15 puntos o menos

COMENTARIOS
