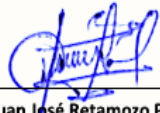


Certificado de Aptitud Médico Ocupacional
Examen de Ingreso

CS-HC- C0000324274 - 01152023007580 Fecha de Generación de Reporte: 09 / 02 / 2023 - 13 : 46 hs.

 Gestión de Salud Ocupacional		CÓDIGO		C0000324274					
CERTIFICA que el Sr. (a):									
Nombre y Apellidos		OSCAR PEREZ ASTO							
Documento de Identidad		10360498		Edad	46	años	Género	M (X)	F
Puesto al que postula (sólo pre ocupacional)			CONDUCTOR DE CAMIONETA						
Ocupación actual o última Ocupación			---						
HISTORIA CLÍNICA 10360498			EMPRESA: JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.						
CONCLUSIONES :									
APTO									
APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)		X		Restricciones					
APTO CON RESTRICCIÓN (para el puesto en el que trabaja o postula)									
NO APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)									
RECOMENDACIONES									
- 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

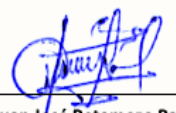


Se hace constar que el Señor(a):

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 **YUMPAG** 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
01152023007580

 
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, jueves, 9 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:

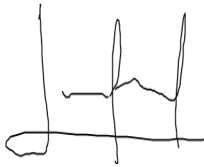
CIEs:	Diagnósticos:
- H52	Ametropia corregida. Se recomienda uso estricto de lentes correctores y control oftalmológico anual
- Z01.6	Radiografía de tórax postero anterior normal. Se recomienda control anual y uso de protector respiratorio.
- H90.4	Hipoacusia neurosensorial leve derecha. Se recomienda 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

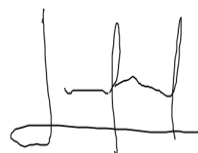
N° REGISTRO (DNI): 10360498
LUGAR DE PROCECENCIA:

FECHA DE NACIMIENTO: 24/07/1976
MZ F LT 11 SANTA FE DE TOTORITA, 1 LIMA
SAN JUAN DE LURIGANC, Perú

SEXO: Masculino

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: -

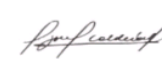


OSCAR PEREZ ASTO



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:

Fecha de Generación de Reporte: 09 / 02 / 2023 - 13 : 46 hs.
CS-HC- C0000324274 - 01152023007580

ANEXO No. 16
FICHA MÉDICA OCUPACIONAL

EXAMEN MÉDICO

EMPRESA : COMPAÑIA DE MINAS BUENAVENTURA S.A.A.
CONTRATISTA : JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.
APELLIDOS Y NOMBRES : PEREZ ASTO, OSCAR

PREOCUPACIONAL ☒
ANUAL ☐
RETIRO ☐
REUBICACIÓN ☐
VISITA ☐

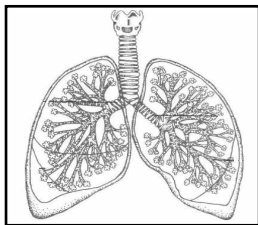
Nº de Ficha 10360498

FECHA DE EXAMEN: 26-01-2023		FECHA DE CADUCIDAD: 26-01-2024		MINERALES EXPLOTADOS O PROCESADOS:	
LUGAR DE NAC.		FECHA DE NAC.		DOMICILIO HABITUAL	
HUANCAYO / JUNIN		24/07/1976		MZ F LT 11 SANTA FE DE TOTORITA 1 LIMA / LIMA / SAN JUAN DE LURIGANC	
EDAD		SEXO		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
46 Años		M ☒ F ☐		10360498 TELEFONO: 986157473	
ESTADO CIVIL		GRADO DE INSTRUCCIÓN		ALTITUD DE LA LABOR	
Soltero ☐ Casado ☐		Analfabeto ☐ Primaria Incomp. ☐ Primaria Comp. ☐ Sec. Incomp. ☐ Sec. Comp. ☒ Técnico ☐ Universitario ☐		Debajo 2500 m ☐ Hasta 3000 m ☐ 3001 a 3500 m ☐ 3501 a 4000 m ☐ 4001 a 4500 m ☒ Más de 4501 m ☐	
Ruido ☒ Polvo ☒ Vib segmentar ☐ Vib total ☐		Cancigerígenos ☐ Mutagénicos ☐ Solventes ☐ Metales pesados ☐		Temperaturas ☐ Biológicos ☐ Posturas ☐ Turnos ☐	
Cargas ☐ Mov. Repet. ☒ PVD ☐ Otros ☒		DESCRIBIR SEGÚN CORRESPONDA: Puesto al que postula : CONDUCTOR DE CAMIONETA Puesto actual: --- Reubicación: Si ☐ No ☒			
ANTECEDENTES OCUPACIONALES (VER HISTORIA OCUPACIONAL)					
ANTECEDENTES PERSONALES (Enfermedad y accidentes en el trabajo y fuera del mismo)			ALERGIAS Y/O REACCIONES ADVERSAS DE MEDICAMENTOS		
- Paciente refiere haber sido intervenido quirúrgicamente por rotura de tendón de aquiles izquierdo 2017 y derecho 2018			---		
Refiere Discapacidad		No		CIE 10	

Tipo				---	
ANTECEDENTES FAMILIARES			INMUNIZACIONES		SIN HIJOS
NO REFIERE			Tétano: ☐ Hepatitis B: ☐ Fiebre Amarilla: ☐		☐
					NÚMERO DE HIJOS
					VIVOS
					MUERTOS
					2
					0
HÁBITOS:		Tabaco		Alcohol	
Nada		☒		☐	
Poco		☐		☒	
Habitual		☐		☐	
Excesivo		☐		☐	
Obs.					
TALLA		PESO		FUNCIÓN RESPIRATORIA	
154 cms.		69 Kg		Abs	
				%	
				36.5 °C	
				FVC	
				0.00	
				FEV1	
				0.00	
				FEV1 / FVC	
				0.00	
				FEF 25-75%	
				0.00	
				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	
		☒		☐	
Piezas en mal estado:				0	
Labios sin lesiones, mucosa oral húmeda.				Piezas que faltan:	
				2	

LENGUAJE, ATENCIÓN, MEMORIA, ORIENTACIÓN, INTELIGENCIA, AFECTIVIDAD

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


 N° Rx 10360498
 Fecha 26/01/2023
 Calidad 2
 Símbolos ---

Vértices: Sin alteraciones

Campos pulmonares: Parenquima

Hilios: Conservado

Senos: Libres, no efusión pleural.

Mediastinos: Normales

Conclusiones radiográficas: Placa Radiograficamente Normal.

Silueta cardiovascular: Dimensiones Normales.

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

GRUPO SANGUÍNEO
FACTOR RH

 O ☐ A ☒ B ☐ AB ☐ + ☒ - ☐

HEMOGLOBINA: 16 g/dL

HEMATOCRITO: 46.9 %

ORINA	Color :	Amarillo Claro	Leu :	No se observan	Densidad :	1.005 g/cm3	Bili Ori :	Negativo	Nitritos :	Negativo
	Aspecto :	Transparente	Herm :	No se observan	Prot Ori :	Negativo	Uro Ori :	0.2 mg/dl		
	Cel Epi :	Escasos	Cristales :	No se observan	Glu Ori :	Negativo	Hem Ori :	Negativo		
	Ger :	Escasos	PH :	7	Cue Ceto :	Negativo	Est Leu :	Negativo		

Exámenes Auxiliares Complementarios
Interpretación EKG: Sin alteraciones. Trazado normal

Riesgo Coronario 0.00 %

Score de Framingham NO APLICA

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

EXAMENES COMPLEMENTARIOS : EVALUACIÓN PSICOLÓGICA: 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 irrestricta contralateral	Hipoacusia neurosensorial leve derecha. Se recomienda uso de EPP auditivo, estricto a ruido mayor de 80 dB.
- E67	Otros tipos de hiperalimentación	Sobrepeso (IMC: 29 kg/m2). Se recomienda dieta baja en grasas, harinas y ejercicio físico.

Firma del examinado


 Huella digital índice derecho
 Declaro que toda la información es verdadera

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**

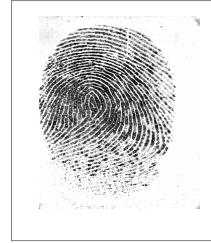
ANEXO 16 - A
EVALUACIÓN MÉDICA PARA ASCENSO A GRANDES ALTITUDES
(mayor de 2.500 m.s.n.m.)

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.

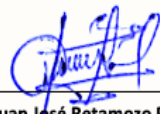
Firma del Paciente



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 Olguín 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

FICHA MÚSCULO ESQUELÉTICA

Identificación

APELLIDOS Y NOMBRES: PEREZ ASTO, OSCAR

FECHA: 26/01/2023

HORA: -

EMPRESA ESPECIALIZADA: JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A

TIEMPO TRABAJO: 0 Año(s) 1 Mes (17) 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 y evaluar fortaleza y 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

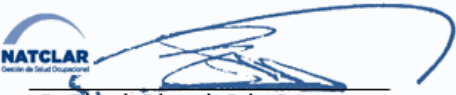
CIEs: Diagnósticos:

- 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

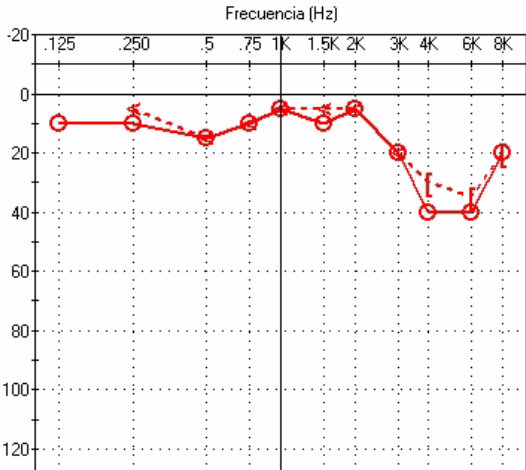
Apellidos y Nombres PEREZ ASTO, OSCAR
Empresa JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.
Puesto : CONDUCTOR DE CAMIONETA

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

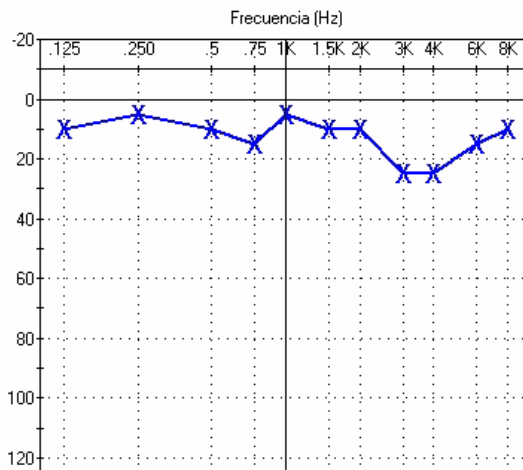
Edad: 46 Años **Sexo:** Masculino
Fecha del Examen : 26/01/2023
Hora : 08:30
Area : OPERACIONES

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

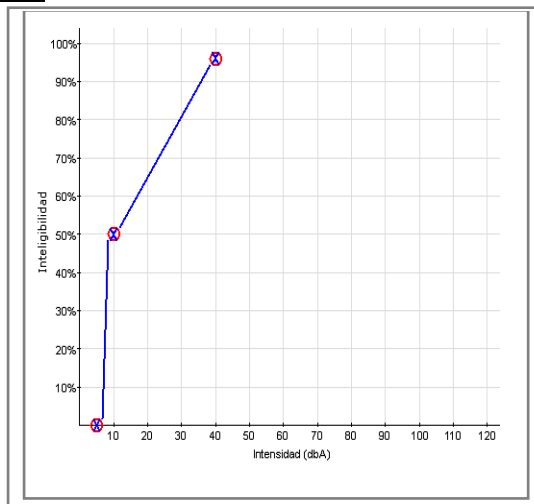
OD	Weber	OI
←	512	→
No aplica	1024	No aplica

Datos del Audiometro Marca : Interacoustics **Modelo :** AD229b

Datos Ambiente Evaluación realizada en cabina : Si ☒ No ☐

Fecha de calibración objetiva : 27/10/2022

GRAFICA LOGO AUDIOMETRICA



LOGO AUDIOMETRIA

	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.



Dr. Fernando Jesús Uribe Chambilla
Médico otorrinolaringólogo
CMP: 051247 RNE: 030440
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 08:30

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 Laboral (Evaluación Cualitativa) :

☐ Muy intenso

☐ Moderado

☐ No molesto

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

Equipos de Protección Auditiva :

SI : ☐

NO : ☐

Tipo de Protección Auditiva : ---

Uso de Equipo de Protección Auditiva : ---

Duración : ---

1.2. Historia laboral - Antecedentes

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

SI (X) NO () 2 años 7 meses

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

SI () NO (X)

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

SI () NO (X)

EMPRESAS	Puesto de Trabajo	Desde	Hasta	Descripción Riesgo	Exposición (Hrs /Día)	Tipo de Protección Auditiva / Uso	Duración en Años
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
	X	---	---	---	---
	X	---	---	---	---

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

Carácter Tranquilo ☒ Agresivo ☐ Colérico ☐ Inquieto ☐ Nervioso ☐

2.2. Condiciones de Evaluación: Óptimo

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

2.3. Examen ORL:

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

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

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

CONCLUSIONES

- Logaudiometría - Adecuada discriminación de la palabra bilateral a intensidad de voz normal.
- Umbral Auditivo - Umbral auditivo unilateralmente disminuido 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.


Dr. Fernando Jesús Uribe Chambilla
Médico otorrinolaringólogo
CMP: 051247 RNE: 030440
S.G. NATCLAR S.A.C.

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

FORMATO DE EVALUACIÓN DE PLACAS RADIOGRÁFICAS

Código del trabajador

10360498

TIPO DE LECTURA

☐	☐	☐
A	B	P

FECHA DE PLACA RADIOGRÁFICA

Mes Día Año

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

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

1. CALIDAD DE LA RADIOGRAFÍA

1	☒	3	I/C
---	-------------------------------------	---	-----

I/C = inclasificable

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

☐ Sobreexpuesta (oscura)

☐ Subexpuesta (clara)

☐ Artefactos

☒ Posición incorrecta

☐ Contraste deficiente

☐ Procesamiento deficiente

☐ Subinsuflación

☐ Moteada

☐ Otro (especifique)

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

Si ☐ Llene la secciones 2B y 2C No ☒ Pase a la seccion 3A

2B. OPACIDADES PEQUEÑAS

a. Forma/Tamaño

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

b. Zonas

Derecha	Izquierda
Superior	
Intermedia	
Inferior	

c. Abundancia

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

2C. OPACIDADES GRANDES

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

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

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

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

Pared torácica	Localización	Calcificación
De perfil	O D I	O D I
De frente	O D I	O D I
Diafragma	O D I	O D I
Otro(s) sitio(s)	O D I	O D I

Extensión (pared torácica combinada para perfil y frente)

Hasta 1/4 de la pared torácica lateral =1

de 1/4 a 1/2 de la pared torácica lateral =2

>1/2 de la pared torácica lateral =3

O	D		O	I	
1	2	3	1	2	3

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

3 a 5 mm = a

5 a 10 mm = b

>10 mm = c

O	D		O	I	
a	b	c	a	b	c

3C. OBLITERACIÓN DEL ÁNGULO COSTOFRÉNICO

☐ D ☐ I Pase a la sección 3D No ☒ Pase a la seccion 4A

3D. ENGROSAMIENTO PLEURAL DIFUSO

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

Extensión (pared torácica combinada para perfil y frente)

Hasta 1/4 de la pared torácica lateral =1

de 1/4 a 1/2 de la pared torácica lateral =2

>1/2 de la pared torácica lateral =3

O	D		O	I	
1	2	3	1	2	3

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

3 a 5 mm = a

5 a 10 mm = b

>10 mm = c

O	D		O	I	
a	b	c	a	b	c

4A. ¿EXISTEN OTRAS ANOMALÍAS?

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

4B. OTROS SIMBOLOS (OBLIGATORIOS)

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

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

4E. Se sugiere interconsulta a neumología para ampliación de diagnóstico y/o tratamiento Si ☐ No ☒

FECHA DE LA LECTURA

Mes Día Año

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

HORA: 07:00

PECHO SILVA, SAMUEL

APELLIDOS Y NOMBRES

40890

CMP

19622

RNE

28621_83

REG. LECTOR OIT



Dr. Samuel Pecho Silva

Neumólogo clínico y ocupacional
CMP: 40890 RNE: 19622 OIT: 28621-83
S.G. NATCLAR S.A.C.

FORMATO DE EVALUACIÓN DE PLACAS RADIOGRÁFICAS

4C. MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN: (Esta lista tiene como objetivo reducir los comentarios escritos a mano y es opcional)

Anom alías del diafragma

- ☐ Eventración
☐ Hernia hiatal

Transtornos de las vías respiratorias

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

Anom alías óseas

- ☐ Anom alía de la caja toráctica ósea
☐ Fractura, sanada (no relacionada con las costillas)
☐ Fractura, sin sanar (no relacionada con las costillas)
☐ Escoliosis
☐ Anom alía 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, anom alía de
☐ Anom alía 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 parenquim atosas
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 : **02546975**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 26/01/23

Fecha Informe : 9/02/23

13:45:42

Hematología

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

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:



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

Paciente : **PEREZ ASTO, OSCAR**

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

Dni : 10360498

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

Ocupación : CONDUCTOR DE CAMIONETA

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02546975**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 26/01/23

Fecha Informe : 9/02/23

13:45:42

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 : **02546975**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 26/01/23

Fecha Informe : 9/02/23

13:45:42

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 : **02546975**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 26/01/23

Fecha Informe : 9/02/23

13:45:42

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 : **02546975**

Centro : Clínica Natclar

Fecha Ingreso : 26/01/23

Fecha Informe : 9/02/23

13:45:42

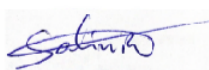
Microbiología

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.
---	---

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.

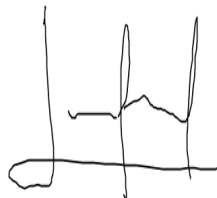
PSICÓLOGO EVALUADOR: GRADOS CULQUI, GERALDINE PIERINA - C.Ps.P. 27520

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

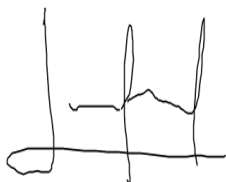
Consentimiento de la Administración de la Información de Salud

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)

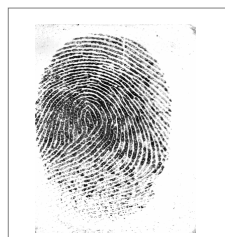
Asimismo, en forma libre y voluntaria, de acuerdo a la Ley General de Salud (2), autorizo al Dr.(a) , **RETAMOZO PADILLA, JUAN JOSE** identificad(o) a con DNI **10760848** , CMP: **40850** y a la Clínica S.G. Natclar S.A.C. a proporcionar información con respecto a mi estado de salud, resultados de exámenes auxiliares, resultados de evaluaciones médicas ocupacionales contenidas en mi Historia Clínica y a enviar dichos resultados al Servicio de Salud Ocupacional de la empresa **COMPAÑIA DE MINAS BUENAVENTURA 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 responsabilidad de mantener actualizada mi dirección electrónica.

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

* Aplica únicamente cuando la empresa no ha establecido un Servicio de Salud Ocupacional y/o no dispone de un médico

CONSTANCIA DE EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA

APELLIDOS Y NOMBRES : **PEREZ ASTO, OSCAR**
DNI : **10360498**
EMPRESA : **JRC TRANSPORTES & SERVICIOS S.A.C.**
COMPAÑIA : **COMPAÑIA DE MINAS BUENAVENTURA 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:	COMPAÑIA DE MINAS BUENAVENTURA 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
Hemáties	No se observan
Cristales	No se observan

Hemograma

Hemoglobina	16 g/dL
Hematocrito	46.9 %
Hemáties	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	

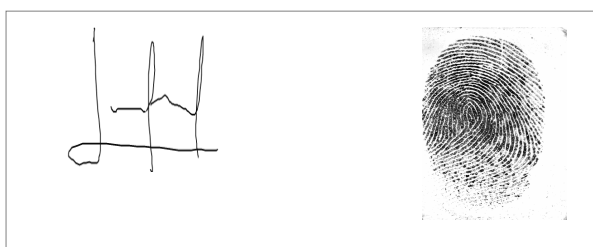
4. CONCLUSION DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL:

CIE10 Diagnóstico

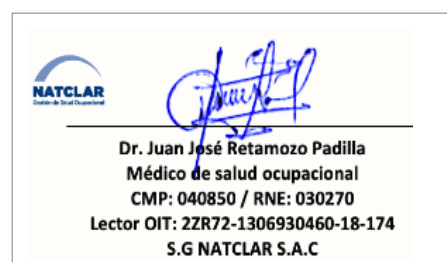
- H52 Trastornos de la acomodación y de la refracción
- Z01.6 Examen radiológico, no clasificado en otra parte
- H90.4 Hipoacusia neurosensorial, unilateral con audición irrestricta contralateral
- E67 Otros tipos de hiperalimentación

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

Nota: 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.

 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 **COMPAÑIA DE MINAS BUENAVENTURA 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 07:56:42


Firma



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICA

Yo **PEREZ ASTO OSCAR**, identificado/a con documento de identidad N° 10360498, certifico que he sido informado acerca de la naturaleza y propósito del uso de mi firma y huella electrónica en los documentos requeridos para mi examen Médico ocupacional, en ese sentido en forma consiente y voluntaria doy mi consentimiento para su uso.

Por lo que ☒ SI ☐ NO autorizo el uso de mi firma y huella electrónica exclusivamente para los documentos requeridos de mi Examen médico ocupacional realizado el día 26/01/2023

Fecha y hora: 26/01/2023 07:56:42


Firma



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

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

COMPAÑÍA DE MINAS BUENAVENTURA 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. 9013), de titularidad de LA EMPRESA, con RUC No. 20100079501 y domicilio en Calle Las Begonias Nro. 415- Píso 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, José Pérez Asto, declaro haber sido informado de manera previa a la realización de los exámenes médicos ocupacionales y comprendido este documento en su totalidad.

Firma:

JPA

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

 NATCLAR Gestión de Salud Ocupacional USO INTERNO	CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA PRUEBA (VDRL/RPR)	Código:	FO-ELB-44
		Versión:	01
		Unidad:	Clínicas

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE:

Yo, Oscar Perez Asto

Identificado con: DNI: 10360498 de EDAD: 46 de la EMPRESA: JRC ingenieria y Const.
del AREA: Logística

He sido explicado de la razón de la prueba y sus fines, en tal sentido por medio de la presente autorizo y doy consentimiento para que se me practique dicho examen. Para mejor constancia firmo la presente.

☒ **Sí.** Doy mi consentimiento a la prueba VDRL/RPR.
Todas las evaluaciones serán mantenidas confidencialmente.

☐ **No.** No doy mi consentimiento a la prueba VDRL/RPR.

Porque:

Fecha: 26 de enero, del 20 23.


[Firma]
 Firma del paciente y huella

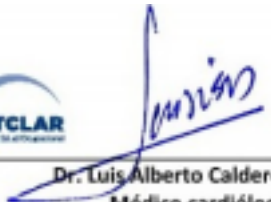
HORA:.....

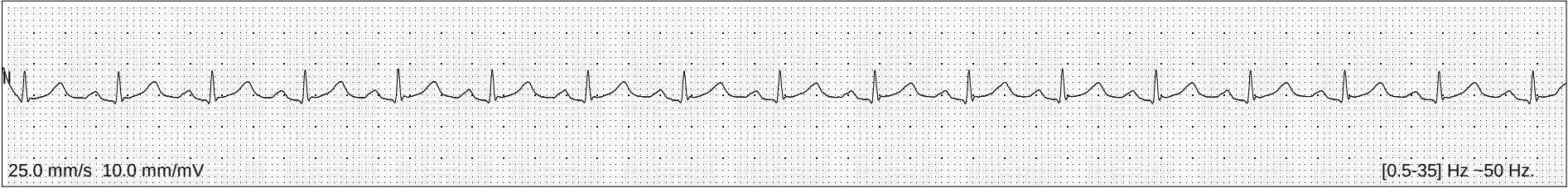
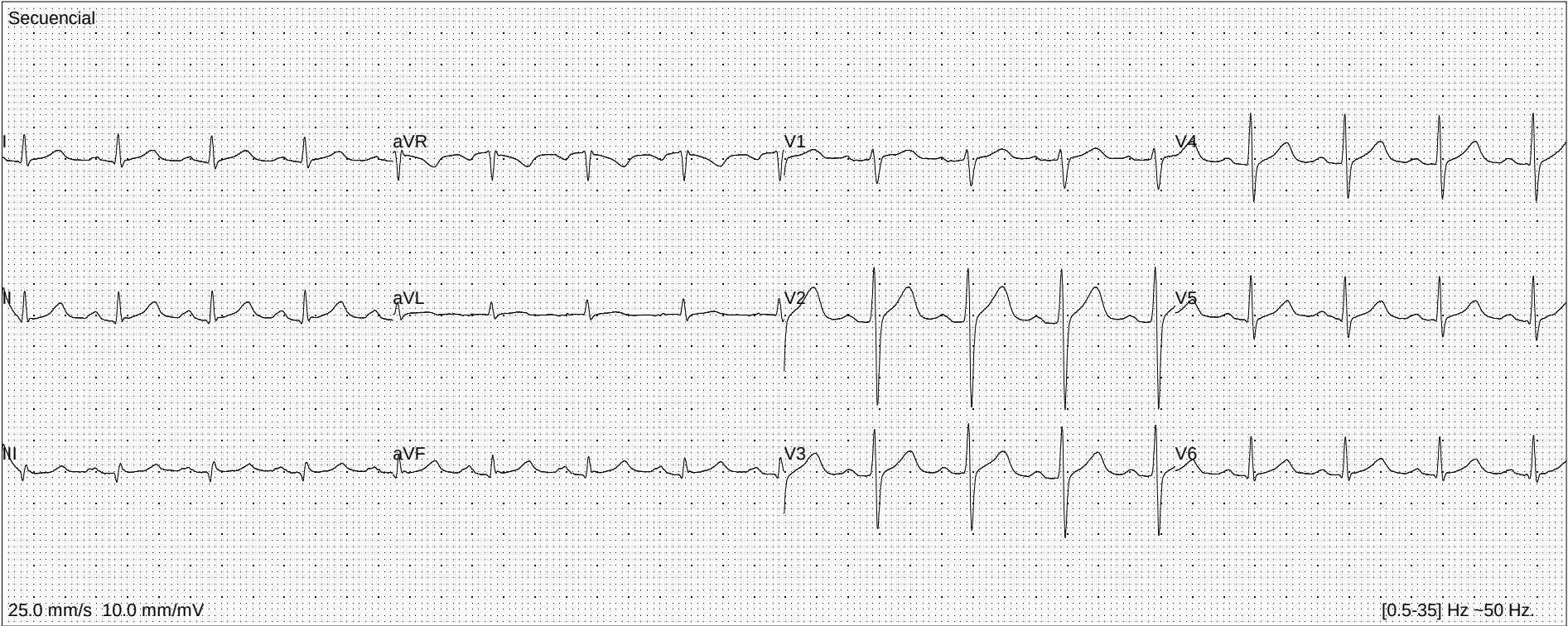
Nombre: OSCAR PEREZ ASTO
Número: 10360498
Genero: Hombre
Fecha nacimiento: 24/07/1976 46 años

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.





**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