CRISTO REDENTOR®
CENTRO DE SALUD OCUPACIONAL

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

Centro Médico Ocupacional Cristo Redentor E.I.R.L	**CODIGO:**	26799 - 45453405

CERTIFICA que el Sr.(a):

Apellidos y Nombres: CRUZ GUEVARA, NIXON		
DNI: 45453405	**Edad: 33**	**Género: M**
Empresa: REPUESTOS MIGUELITOS S.A.C.		
Puesto al que postula u ocupación: ALMACENERO		
Examen Ocupacional: PRE OCUPACIONAL		
HISTORIA CLINICA: 45453405		

Conclusiones:

1. El trabajador se realizó los siguientes exámenes: Psicología (Entrevista Psicológica, Test Psicológico), Oftalmología, Audiometría, Radiología, Antecedentes Personales, Triaje, Medicina General, Musculoesqueletico, Historia Ocupacional, Laboratorio (Glucosa, Grupo Sanguíneo y Factor RH, Hemograma Completo, Examen Completo de Orina)
2. Grupo y Factor: O +

APTO (Para el puesto en el que trabaja o postula)	X	**Restricciones:**
APTO CON RESTRICCIÓN (Para el puesto en el trabaja o postula)		
NO APTO (Para el puesto en el trabaja o postula)		
Recomendaciones: 1. SE RECOMIENDA DIETA HIPOCALÓRICA Y EVALUACIÓN NUTRICIONAL. NOTA: SE SUGIERE EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN PARA COVID 19 SEGÚN NORMATIVA VIGENTE		Dr. Cesar A. Gonzalez Moreno MEDICINA OCUPACIONAL MEDICINA INTERNA CMP- 25978 RNE 22776
Fecha: 25 DE JUNIO DEL 2022		**Sello y Firma de Médico que CERTIFICA**

CRISTO REDENTOR®
CENTRO DE SALUD OCUPACIONAL

FICHA MÉDICO OCUPACIONAL

Código:	26799 - 45453405
Revisión:	0
Fecha:	01-08-2014
Página:	02

Historia Clínica N°	45453405	**Fecha**	**Día**	25	**Mes**	06	**Año**	2022	Nro. Ficha:	92296-000054	
Tipo de evaluación	**Pre Ocupacional**	X	**Periódico**		**Retiro**		**Otros**				
Lugar del examen	**Departamento**	La Libertad	**Provincia**	Trujillo	**Distrito**	Trujillo					

I. DATOS DE LA EMPRESA (Llenar con letra clara)

Razón Social	REPUESTOS MIGUELITOS S.A.C.					
Actividad Económica	VENTA DE REPUESTOS					
Lugar del Trabajo	AV. CESAR VALLEJO 833 - ARANJUEZ					
Ubicación	**Departamento**	La Libertad	**Provincia**	Trujillo	**Distrito**	Trujillo
Puesto al que postula (solo pre ocupacional)	ALMACENERO					

II.- FILIACIÓN DEL TRABAJADOR (Llenar con letra clara o marque con un X lo solicitado)

Apellidos y Nombres	CRUZ GUEVARA NIXON										
Fecha de nacimiento	**Día**	30	**Mes**	11	**Año**	1988					
Edad	33	**años**									
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)	45453405										
Domicilio fiscal											
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje	RESIDENCIAL SOL DE LAS DELICIAS 2										
Número/Departamento/Interior		**Urbanización**									
Distrito	Trujillo	**Provincia**	Trujillo	**Departamento**	La Libertad						
Residencia en lugar Trabajo	**SI**		**NO**	X	**Tiempo de residencia en Lugar de trabajo**		**años**				
Correo electrónico		**Teléfono**	986293076								
Estado Civil	CASADO	**Grado de instrucción**	TECNICO COMPLETO								

III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES (VER ADJUNTO: HISTORIA OCUPACIONAL)

IV. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES (Llenar con letra clara o marque con un X)

Alergias	-	**Diabetes**	-	**TBC**	-	**Hepatitis B**	-
Asma	-	**HTA**	-	**ITS**	-	**Tifoidea**	-
Bronquitis	-	**Neoplasia**	-	**Convulsiones**	-	**Otros**	X
Quemaduras	-						
Cirugías	-			**Intoxicaciones**	-		

Descripción	Otros: COVID-19 JUNIO 2021 (CASO LEVE)

Ginecológicos:

Fecha de última regla	N.A	**RC**	N.A	**G**	N.A	**P**	N.A	**MAC**	N.A

Inmunizaciones:

Tétanos	NIEGA	**Hepatitis B**	NIEGA	**Influenza**	NIEGA	**Fiebre Amarilla**	NIEGA

Hábitos nocivos	Tipo	Cantidad	Frecuencia
Alcohol	NO		
Tabaco	NO		
Drogas	NO		
Medicamentos	NO		
Actividad Física	NO		

V. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES (Llenar con letra clara)

Padre	Niega	**Madre**	Niega	**Hermanos**	Niega			
Esposo(a)	Niega		**Hijos fallecidos**	NO	N°	0		

Absentismo: enfermedades y accidentes (asociado a trabajo o no)

Enfermedad, Accidentes	Asociado al trabajo		Año	Dias de descanso
	SI	NO		
-				
-				
-				
-				

VI. EVALUACIÓN MEDICA (Llenar con letra clara o marque con un X)

Anamnesis

NO REFIERE MOLESTIAS

Examen clínico	**Talla (cm)**	165	**Peso (Kg)**	72	**IMC**	26.45	**Perímetro abdominal**	90
	Fr. Resp.	18	**F. Card.**	64	**PA**	110 / 80	**Temperatura**	36.4
	Otros	Sat O2: 99						
Ectoscopia	X	ABEG, ABEH, ABEN						
Estado mental	X	LOTEP						

EXAMEN FÍSICO

Órgano o Sistoma	Sin Hallazgos	Hallazgos
Piel		TIBIA, HIDRATADA, ELASTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS; NO LESIONES.
Cabeza	X	
Ojos y anexos		**Agudeza Visual** **Lejos** **OD** 20/20-1 **OI** 20/20-2 **Con correctores** **OD** - **OI** - **Cerca** **OD** J1 **OI** J1 **OD** - **OI** - **Visión de colores** NORMAL **Otras alteraciones** -
Oidos	X	
Nariz	X	
Boca	X	
Faringe	X	
Cuello	X	
Aparato Respiratorio	X	
Aparato Cardiovascular	X	
Aparato Genitourinario	X	
Aparato Locomotor	X	SIN HALLAZGO. TINEL (-), PHALEN(-), FINKELSTEIN(-)
Marcha	X	
Columna	X	
Mlembros superiores	X	
Miembros inferiores	X	
Sistema linfático	X	
Sistema nervioso	X	

VII. Conclusiones de Evaluación Psicológica

NO PRESENTA PSICOPATOLOGÍA A LA FECHA.

VIII. Conclusiones radiográficas

CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA CONSERVADA.

EVALUACIÓN RADIOLÓGICA DENTRO DE LÍMITES NORMALES.

IX. Hallazgos patológicos de Laboratorio

X. Conclusión de Audiometría

OIDO DERECHO: NORMAL
OIDO IZQUIERDO: NORMAL

XI. Conclusión de Espirometría

NO APLICA

XII. Otros

XIII. Diagnóstico Médico Ocupacional								**CIE-10**
OTROS DIAGNÓSTICOS								
1	SOBREPESO (IMC: 26.45)				P	D	R	E66.8

Apto	X	**Apto con restricciones**		**No Apto**		**Observado**	

XIV. Recomendaciones Medicas

Recomendaciones Ocupacionales

SE RECOMIENDA DIETA HIPOCALÓRICA Y EVALUACIÓN NUTRICIONAL.
NOTA: SE SUGIERE EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN PARA COVID 19 SEGÊN NORMATIVA VIGENTE



Firma y Sello del Médico Evaluador
CESAR AUGUSTO GONZALEZ MORENO



Huella Digital y Firma del Paciente
(Con la cual declara que la información declarada es veraz)

CRISTO REDENTOR®
CENTRO DE SALUD OCUPACIONAL

FICHA DE EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA

APELLIDOS Y NOMBRES:	CRUZ GUEVARA NIXON
EDAD:	33 años
SEXO:	MASCULINO
EMPRESA:	REPUESTOS MIGUELITOS S.A.C.
PUESTO AL QUE POSTULA:	ALMACENERO
FECHA:	25-06-2022

ANTECEDENTES

Diabetes Mellitus	-	Hipertensión	-	Accidentes	-	Glaucoma	-
Cirugías oculares	-	Retinopatías	-	Estrabismo	-	Catarata	-
Otros		-					

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

Examen Oftalmológico Externo	**NORMAL**	**X**
	ANORMAL	

Uso de lentes: **NO** Fecha última actualización:

AGUDEZA VISUAL

	SIN CORRECTORES		CON CORRECTORES		AGUJERO ESTENOPEICO	
	O.D.	**O.I.**	**O.D.**	**O.I.**	**O.D.**	**O.I.**
DE LEJOS	20/20-1	20/20-2	-	-	-	-
DE CERCA	J1	J1	-	-		

REFRACCION	**sph**	**cyl**	**A.V**
O.D.	-	-	-
O.I.	-	-	-

	CAMPIMETRIA	**MOV. OCULARES**
O.D.	-	-
O.I.	-	-

TEST	**DIAGNÓSTICO**
VISIÓN DE COLORES (TEST DE ISHIHARA)	NORMAL

CONCLUSIONES:

(Z01.0) EMETROPE

RECOMENDACIONES:



FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE

SELLO Y FIRMA:



CRISTO REDENTOR
CENTRO DE SALUD OCUPACIONAL

FICHA MÉDICA AUDIOLÓGICA

Código:	26799 - 45453405	**Ficha Audiológica**					**Audiometría**	Marca: SIBELMED
Fecha:	25-06-2022	**EXAMEN**	Pre-ocupacional	**X**	Periodica			Modelo: SIBELSOUND 400
			Retiro		Otro			Calibración: SN:207-A051 y 10-04-2021
Apellidos y Nombres:	CRUZ GUEVARA NIXON							
Edad:	33	**Sexo:**	F ☐ M ☒	**Empresa:**	REPUESTOS MIGUELITOS S.A.C.			
Ocupación	ALMACENERO			**Años de Trabajo**		**Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d**		

Uso de Protectores Auditivos		**Tapones**		**Orejeras**		**Apreciación del ruido**	**Ruido muyintenso**		**Ruido moderado**	**X**	**Ruido no molesto**

PESO	72 Kg.	TALLA	165 cm.	PRESION ARTERIAL	110 / 80

1.- ANTECEDENTES OTOLÓGICOS:	**SI**	**NO**		**SI**	**NO**
Otitis		X	Sociacusia	X	
TEC		X	Rinitis		X
Paperas, Sarampión		X	Sinusitis		X
Uso de Ototóxicos		X	Meningitis		X
Exposición laboral a químicos		X	Hipoacusia		X
Servicio militar		X			
2.- SINTOMAS ACTUALES	**SI**	**NO**		**SI**	**NO**
Disminución de la audición		X	Mareos		X
Dolor de oídos		X	Otros (especificar)		X
Zumbido		X			

3.- ANTECEDENTES AUDIOLÓGICOS LABORALES:

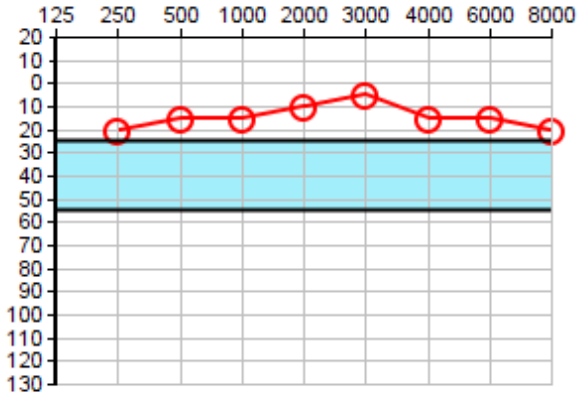
	SI	**NO**	**DETALLE**
OCUPACIONES ANTERIORES CON EXPOSICIÓN A RUIDO	X		
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL PREVIA	X		2016

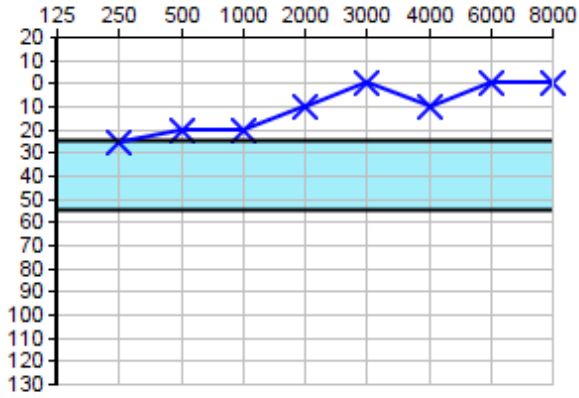
4.- OTOSCOPIA:
OIDO DERECHO: NORMAL
OIDO IZQUIERDO: NORMAL

AUDIOGRAMA

OD	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Via Aerea	20	15	15	10	5	15	15	20
Via Ósea								

OI	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Via Aerea	25	20	20	10	0	10	0	0
Via Ósea								





CONCLUSIONES:
AUDIOMETRIA BILATERAL: Z01.1 NORMOACUSIA



FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE

Nombre del profesional que realiza la audiometría

Nombre del Médico

CRISTO REDENTOR
CENTRO DE SALUD OCUPACIONAL

Anexo 1
Historia Clínica Psicológica Ocupacional

HISTORIA PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

N° HC 45453405 **Fecha de evaluación:** 25 (DIA) 06 (MES) 22 (AÑO)

I.- DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres : CRUZ GUEVARA NIXON
Edad : 33 años
Fecha de Nacimiento : 30-11-1988
Lugar de Nacimiento : AMAZONAS - UTCUBAMBA - BAGUA GRANDE
Estado Civil : CASADO
Grado de Instrucción : TECNICO COMPLETO
Lugar de Residencia : RESIDENCIAL SOL DE LAS DELICIAS 2
Evaluación : Pre-Ocupacional ☒ Ocupacional ☐ Post - Ocupacional ☐

II.- MOTIVO DE LA EVALUACIÓN

Evaluación Psicológica Pre-Ocupacional

III. DATOS OCUPACIONALES

3.1- EMPRESA ACTUAL (postula, trabaja o trabajó)

Nombre de la Empresa: REPUESTOS MIGUELITOS S.A.C.
Actividad de la Empresa: VENTA DE REPUESTOS
Área de trabajo: LOGISTICA Superficie (X) Subsuelo ( ) Tiempo total laborando: 25 DIAS
Puesto: ALMACENERO

Principales Riesgos

Accidentes en zonas de trabajo

Medidas de Seguridad

Reglamento, charlas y equipos de seguridad

CAPACITACION E INDUCCION

3.2- ANTERIORES EMPRESA (experiencia laboral)

Fecha	Nombre de la empresa	Act. de la empresa	Puesto	Tiempo		Causa de retiro
				SUP	SUB	
Ene 2018	G4S		AGENTE DE SEGURIDAD	X		TERMINO DE CONTRATO
2014	SECURITAS		AGENTE DE SEGURIDAD	X		TERMINO DE CONTRATO

IV. HISTORIA FAMILIAR

CASADO
2 HIJOS

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

Ninguno

CRISTO REDENTOR
CENTRO DE SALUD OCUPACIONAL

HISTORIA PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

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

BEBE EN OCASIONES
NO FUMA
HOBBIES: PASEAR CON LAS FAMILIA

VII.- OTRAS OBSERVACIONES

CUALIDADES: COOPERADOR

VIII.- EXAMEN MENTAL

8.1- OBSERVACION DE CONDUCTAS:

-Presentación: Adecuado (X) Inadecuado ( )
-Postura: Erguida (X) Encorvada ( )
-Discurso: Ritmo Lento ( ) Rápido ( ) Fluido (X)
Tono: Bajo ( ) Moderado (X) Alto ( )
Articulación Con dificultad ( ) Sin dificultad (X)
-Orientación: **Tiempo:** Orientado (X) Desorientado ( )
Espacio: Orientado (X) Desorientado ( )
Persona: Orientado (X) Desorientado ( )

8.2- PROCEDIMIENTOS COGNITIVOS

- **Lúcido, atento:** Mantiene la atención permanente para realizar una tarea.
- **Pensamiento:** Proceso cognitivos sin dificultad. Discriminación visual y coordinación visomotora adecuadas.
- **Percepción:** Percepción adecuada de la realidad.
- **Memoria:** Corto Plazo ( ) Mediano Plazo ( ) Largo Plazo (X)
- **Inteligencia:** N.Promedio Superior ( ) Superior ( ) Muy Superior ( )
  N. Promedio ( ) N Promedio bajo (X) Fronterizo ( ) RM Leve ( )
  RM Moderado ( ) RM Severo ( ) RM Profundo ( )
- **Apetito:** No indica dificultades.
- **Sueño:** No indica dificultades.
- **Personalidad:** Manejo de defensas adecuadas.
- **Afectividad:** Dependencia emocional adecuada.
- **Conducta Sexual:** No indica dificultades.

Burnout	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional			
Despersonalización			
Realización Personal			
I.V.A.P.T			
A.U.D.I.T			
Estrés			
Agarofobia			
Claustrofobia			
Acrofobia			
Fatiga			
Ansiedad	Bajo		
Depresión	Bajo		
Somnolencia			

Ptje	Nombre
	Inventario Millón de estilos de Personalidad - MIPS
30	TEST DE BARSIT
	TEST DE WONDERLIC
	ESCALA SINTOMÁTICA DE ESTRÉS (ESE)
	Inventario de Burnout de Maslach
	Clima Laboral
	BATERIA DE CONDUCTORES BC2
	BATERIA DE CONDUCTORES BC3
	WAIS
	Test BENTON
	Test de Bender
01	Inventario de la ansiedad ZUNG
02	Inventario de la depresión ZUNG
	TEST DE FATIGA
	AGAROFOBIA
	TEST DE A.U.D.I.T (ALCOHOLISMO)
	INVENTARIO DE VIOLENCIA Y ACOSO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO (I.V.A.P.T)
	Claustofobia
	Acrofobia
	Ice de Baron
	Test de Epworth
	Test de Raven
	Rosemberg
	Examen Minimo Mental

IX. DIAGNÓSTICO FINAL:

Área Cognitiva: Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y sin alteraciones. Se descarta la presencia de un trastorno de tipo orgánico.

Área Emocional: No presenta trastornos emocionales críticos.

Ana Paula Iglesias Sánchez
PSICÓLOGA
C.Ps.P. 38387

Lic. IGLESIAS SANCHEZ ANA PAULA
C.Ps.P 38387
PSICOLOGA / O

CRISTO REDENTOR®
CENTRO DE SALUD OCUPACIONAL

INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

Nro. Inf: 92296-000054 **N° HC:** 45453405

I.- Datos Generales

Apellidos y Nombres:	CRUZ GUEVARA NIXON		30	11	1988
Edad: 33 años **Lugar de Nacimiento:**	AMAZONAS - UTCUBAMBA - BAGUA GRANDE	Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año
Grado de Instrucción:	TECNICO COMPLETO **Lugar de Residencia**	RESIDENCIAL SOL DE LAS DELICIAS 2			
Puesto de trabajo:	ALMACENERO				
Empresa donde labora:	REPUESTOS MIGUELITOS S.A.C.		25	06	22
		Fecha de evaluación:	Día	Mes	Año

II.- MOTIVO DE EVALUACIÓN

Evaluación Psicológica Pre-Ocupacional

III.- Observación de Conductas

Presentación	Adecuado	(**X**)	Inadecuado	( )		
Postura	Erguida	(**X**)	Encorvada	( )		
Discurso	**Ritmo:**	Lento ( )	Rápido	( )	Fluido	(**X**)
	Tono:	Bajo ( )	Moderado	(**X**)	Alto	( )
	Articulación:	con dificultad ( )	sin dificultad	(**X**)		
Orientación	**Tiempo:**	Orientado (**X**)	Desorientado	( )		
	Espacio:	Orientado (**X**)	Desorientado	( )		
	Personal:	Orientado (**X**)	Desorientado	( )		

IV.- RESULTADOS DE EVALUACIÓN

• Nivel Intelectual	:	Normal Promedio Bajo
• Coordinación Visomotríz	:	Discriminación visual y coordinación visomotora adecuadas.
• Nivel de Memoria	:	Largo Plazo
• Personalidad	:	EL EVALUADO SE MUESTRA AMIGABLE Y RESPONSABLE ES CAPAZ DE TRABAJAR EN EQUIPO LOGRÁNDO ADAPTARSE A LOS DIFERENTES AMBIENTES CUMPLE CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS MANIFIESTA SENTIRSE TRANQUILO A NIVEL AFECTIVO ASPIRACIONES: ASCENDER
• Afectividad	:	ESTABLE EMOCIONALMENTE

V.- CONCLUSIONES

Area Cognitiva: Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y sin alteraciones. Se descarta la presencia de un trastorno de tipo orgánico.

Area Emocional: No presenta trastornos emocionales críticos.

APTO ☒ NO APTO ☐ OBSERVADO ☐ APTO CON OBSERVACIÓN ☐ EVALUADO ☐

VI. RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA ASISTIR A CHARLAS SOBRE SALUD MENTAL Y EMOCIONES POSITIVAS



Lic. IGLESIAS SANCHEZ ANA PAULA
CPs P 38387
PSICOLOGA / O

CRISTO REDENTOR®
CENTRO DE SALUD OCUPACIONAL

PLACA N°		HCL	45453405	Lector	Dr. Denis Vargas López
Nombre	CRUZ GUEVARA NIXON			Edad	33 años
Fecha de lectura	25 Dia / 06 Mes / 2022 Año		Fecha de radiografía		25 Dia / 06 Mes / 2022 Año

I. Calidad Radiográfica				Causas							
	1	Buena	X		1	Sobreexposición		5	Escapulas		
	2	Aceptable			2	Subexposición		6	Artefacto		
	3	Baja Calidad			3	Posición centrado	X	7	Otros		
	4	Inaceptable			4	Inspiración Insuficiente					

Comentario sobre defectos Técnicos

II.ANORMALIDADES PARENQUIMATOSAS (si NO hay anormalidades pase a III A.Pleurales)

2.1. Zonas Afectadas (marque TODAS las zonas afectadas)			2.2. Porfusión (opacidad pequeñas) (escala de 12 puntos) (Consulte las radiografías estándar; marque la subcategoría)			2.3. Forma y Tamaño (Consulte las radiografías estándar; se requieren dos simbolos; marque un primario y secundario)				2.4. Opacidades Grandes (Marque 0 si no hay ninguna o marque A, B o C)	
	Der.	Izq.	0/-	0/0	0/1	Primaria		Secundaria			0
Superior			1/0	1/1	1/2	p	s	p	s		A
Medio			2/1	2/2	2/3	q	t	q	t		B
Inferior			3/2	3/3	3/+	r	u	r	u		C

III.ANORMALIDADES PLEURALES (si NO hay anormalidades pase a símbolos) — SI [ ] NO [X]

3.1 Placas Pleurales (0=Ninguna, D=Hemitórax derecho; I=Hemitórax izquierdo)

Sitio (Marque) las casillas adecuadas				Calcificación (marque)		
	0	D	I	0	D	I
Perfil						
De frente						
Diafragma						
Otro(s) sitio(s)						

Extensión (pared Torácica; combinada para placas de perfil y de frente)

1	< 1/4 de la pared lateral del tórax
2	Entre 1/4 y 1/2 de la pared lateral del tórax
3	> 1/2 de la pared lateral del tórax

0	D		0	I	
1	2	3	1	2	3

Ancho (opcional) (ancho minimo exigido : 3 mm)

a	De 3 a 5 mm
b	De 5 a 10 mm
c	Mayor a 10 mm

D			I		
a	b	c	a	b	c

Obliteración del Anguno Costofrenico: 0 [ ] D [ ] I [ ]

3.2 Engrosamiento Difuso de la Pleura(0=Ninguna, D=Hemitórax derecho; I=Hemitórax izquierdo)

Pared Toraxica				Calcificación		
	0	D	I	0	D	I
De perfil						
De frente						

Extensión						Ancho					
0	D		0	I		D			I		
1	2	3	1	2	3	a	b	c	a	b	c

IV. SIMBOLOS * — SI [ ] NO [X]

(Rodee con un círculo la respuesta adecuada; si rodea **od**, escriba a continuación un **COMENTARIO**)

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

COMENTARIOS EVALUACIÓN RADIOLÓGICA DENTRO DE LÍMITES NORMALES.

Firma y sello del médico

Denis Alexie Vargas López
MÉDICO RADIÓLOGO
CMP 39176 RNE 17520

CRISTO REDENTOR®
CENTRO DE SALUD OCUPACIONAL

INFORME RADIOGRÁFICO DE TÓRAX

Paciente	: CRUZ GUEVARA NIXON		
Edad	: 33 años	**Fecha:**	25/06/2022
Empresa	: REPUESTOS MIGUELITOS S.A.C.	**N° Rx:**	
Calidad Radiográfica:	1 2 3 4		

RESULTADOS

El estudio radiográfico del tórax tomado en incidencia frontal (PA) muestra:

Radiotransparencia conservada de ambos campos pulmonares.

Senos costo diafragmáticos y cardiofrénicos libres de colecciones.

Jaula torácica de morfología conservada sin calcificaciones de las articulaciones condrocostales bilaterales.

Estructuras óseas y espacios articulares representados radiológicamente conservados.

Silueta cardiaca de dimensiones conservadas.

Tráquea en posición central.

CONCLUSIONES

Campos Pulmonares de Transparencia conservada.

Denis Alexie Vargas López
MÉDICO RADIÓLOGO
CMP 39176 RNE 17520

MEDICO RADIOLOGO

CRISTO REDENTOR®
CENTRO DE SALUD OCUPACIONAL

Apellidos y Nombres: CRUZ GUEVARA NIXON		**Edad:** 33 años
Empresa: REPUESTOS MIGUELITOS S.A.C.		**DNI:** 45453405
Fecha de nacimiento: 30/11/1988	**Fecha de atención:** 25/06/2022	**Género:** MASCULINO

HEMATOLOGIA:

	RESULTADO	VALORES NORMALES
HEMOGRAMA AUTOMATIZADO		
HEMATIES	4880000	3'500 ,000- 5'800 ,000 mm3
HEMATOCRITO	43.5	HOMBRES 40 - 50 % MUJERES 37 - 42 %
HEMOGLOBINA	14.0	HOMBRES 14 - 17 g/dl MUJERES 12 - 16 g/dl
LEUCOCITOS	7120	5000 - 10.000 mm3
PLAQUETAS	296000	150,000 – 450,000 mm3
FORMULA LEUCOCITARIA		
ABASTONADOS	0	0 - 4 %
SEGMENTADOS	68	50 - 70 %
EOSINOFILOS	01	00 - 04 %
BASOFILOS	0	00 - 02 %
MONOCITOS	06	00 - 10 %
LINFOCITOS	25	20.0 - 50.0 %
CONSTANTES CORPUSCULARES		
MCHC	32.18	32.0 - 36.0 g/dl
MCH	28.69	26.5 - 33.5 pg
MCV	89.14	80.0 - 99.0 fl
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION		1.00 - 20.00 mm/hora

GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH:

GRUPO SANGUINEO	O
FACTOR RH	POSITIVO

UROANALISIS:

	RESULTADO	VALORES NORMALES
EXAMEN MACROSCOPICO		
COLOR	AMARILLO	AMARILLO
ASPECTO	LIGERAMENTE TURBIO	TRANSPARENTE
EXAMEN BIOQUIMICO		
DENSIDAD	1020	1.001 – 1.035
PH	6	5 – 8
GLUCOSA	NEGATIVO	NEGATIVO
CUERPOS CET.	NEGATIVO	NEGATIVO
UROBILINOGENO	NEGATIVO	NEGATIVO
NITRITOS	NEGATIVO	NEGATIVO
HEMOGLOBINA	NEGATIVO	NEGATIVO
EXAMEN MICROSCOPICO		
LEUCOCITOS	0-1	0 – 5 X CAMPO
HEMATIES	0	0 – 2 X CAMPO
CEL. EPITELIALES	2-3	0 - 8
LEVADURAS	NO SE OBSERVAN	NO SE OBSERVAN
CRISTALES		
C. AC. URICO	NO SE OBSERVAN	NO SE OBSERVAN
C. FOSF. AMORFOS	NO SE OBSERVAN	NO SE OBSERVAN
C. URAT. AMORFOS	NO SE OBSERVAN	NO SE OBSERVAN
C. OX CALCIO	NO SE OBSERVAN	NO SE OBSERVAN
C. FOSF. TRIPLES	NO SE OBSERVAN	NO SE OBSERVAN
CILINDROS		
HIALINOS	NO SE OBSERVAN	NO SE OBSERVAN
GRANULOSOS	NO SE OBSERVAN	NO SE OBSERVAN
FILAMENTOS MUCOIDES	NO SE OBSERVAN	NO SE OBSERVAN
GERMENES	NO SE OBSERVAN	NO SE OBSERVAN

BIOQUIMICA:

	RESULTADO	VALORES REFERENCIALES
GLUCOSA	97	70-110 mg/dL



FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE

Biólga. Celia Ramos Calvanapon
LABORATORISTA CLINICO

CRISTO REDENTOR®
CENTRO DE SALUD OCUPACIONAL

DECLARACIÓN JURADA

Yo, CRUZ GUEVARA NIXON , identificado con DNI/CE 45453405; trabajador de la empresa REPUESTOS MIGUELITOS S.A.C. con domicilio en RESIDENCIAL SOL DE LAS DELICIAS 2 distrito de Trujillo Provincia Trujillo y departamento de La Libertad, Teléfono 986293076; por la presenta acepto que me realicen examen médico PREOCUPACIONAL en el Centro Médico CRISTO REDENTOR.

Expreso que mis respuestas dadas durante el examen son auténticas y estoy consciente que el ocultar o falsear información me puede causar daño por lo que asumo la responsabilidad de ello.

Autorizo a el Centro Médico CRISTO REDENTOR a proporcionar información concerniente a mí estado de salud, resultados de mis exámenes auxiliares, evaluaciones médico ocupacional, contenido en mi ficha médica, al responsable del servicio Médico Ocupacional de la empresa REPUESTOS MIGUELITOS S.A.C..

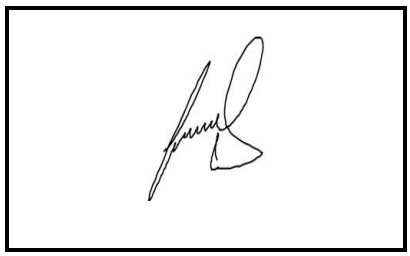
La presente autorización se ampara en lo dispuesto en los Art. 5° (2° párrafo), Art. 13°, 25°, 27°, 29° (3° párrafo) de la Ley General de Salud N° 26842.

La Libertad, 25/06/2022 08:11:58



Huella digital

trabajador



Firma trabajador

CRISTO REDENTOR®
CENTRO DE SALUD OCUPACIONAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXAMEN MÉDICO Y AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE RESULTADOS Y FIRMA Y HUELLA DIGITAL

Yo, **CRUZ GUEVARA NIXON** , identificado con DNI N° **45453405** , domiciliado en **RESIDENCIAL SOL DE LAS DELICIAS 2** distrito de **Trujillo** Provincia y departamento de **La Libertad** certifico con este documento, que he sido informado acerca de la naturaleza y propósito de los Exámenes Ocupacionales y pruebas complementarias conforme a lo establecido en el artículo 79° literal e) de la Ley N° 29783, ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, y el artículo 107 de Regimiento de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, que la empresa **REPUESTOS MIGUELITOS S.A.C.** solicita, de acuerdo a los riesgos de mi puesto de trabajo y que todas mi dudas y preguntas han sido absueltas. Por tanto de forma voluntaria otorgo mi consentimiento para que procedan a realizar los exámenes que correspondan y así mismo autorizo que los resultados sean entregados al área de salud ocupacional de la empresa y el uso de mi firma y huella digital, con la finalidad de realizar la vigilancia médica ocupacional ordenada por la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo 29783 y su modificatoria Ley 30222.

La Libertad, 25 de **Junio** de 2022



Firma Digital



Huella Digital

Articulo 79 Obligaciones del trabajador

En materia de prevención de riesgos laborales, los trabajadores tienen las siguientes obligaciones.

Artículo 107 .- En el caso del inciso e) del artículo 79 de la Ley, se precisa que los exámenes médicos son aquellos que expresamente catalogados como obligatorios, según las normas expedidas por el Ministerio de Salud. La negativa por parte del trabajador a someterse a exámenes no obligatorios no podrá considerarse como falta sujeta a sanción por parte del empleador, con excepción de aquellos exámenes exigidos por normas internas de la organización en el caso de tratarse de actividades de alto riesgo.

En este caso las normas internas deben estar debidamente fundamentadas y previamente a su aprobación ser puestas en conocimiento del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajador o Supervisor.

CRISTO REDENTOR®
CENTRO DE SALUD OCUPACIONAL

FORMULARIO

DECLARACIÓN JURADA DE ACEPTACIÓN DE TOMA DE PLACA RADIOGRÁFICA

Quien suscribe la presente, **CRUZ GUEVARA NIXON** identificado(a) con DNI Nro. **45453405** expongo:

Que por motivos que líneas abajo menciono **no doy consentimiento** para realizar el exámen de rayos X indicado.

Por indicación médica debido a demasiada exposición a los rayos X	☐
Por encontrarme con diagnóstico de embarazo	☐
Por temor a los efectos secundarios a la radiación	☐
Por otros motivos	☐



FIRMA
DNI: 45453405
FECHA: 1656129600



Huella Digital