CRISTO REDENTOR®
CENTRO DE SALUD OCUPACIONAL

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

Centro Médico Ocupacional Cristo Redentor E.I.R.L	**CODIGO:**	24734 - 77089980

CERTIFICA que el Sr.(a):

Apellidos y Nombres: IBAÑEZ ZAVALETA, MICHAEL JHORDAN		
DNI: 77089980	**Edad: 24**	**Género: M**
Empresa: REPUESTOS MIGUELITOS S.A.C.		
Puesto al que postula u ocupación: COMPRADOR		
Examen Ocupacional: PRE OCUPACIONAL		
HISTORIA CLINICA: 77089980		

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. 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: 09 DE FEBRERO DEL 2022		**Sello y Firma de Médico que CERTIFICA**

CRISTO REDENTOR
CENTRO DE SALUD OCUPACIONAL

FICHA MÉDICO OCUPACIONAL

Código:	24734 - 77089980
Revisión:	0
Fecha:	01-08-2014
Página:	02

Historia Clínica N°	77089980	**Fecha**	**Día**	09	**Mes**	02	**Año**	2022	Nro. Ficha:	92296-000051	
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)	COMPRADOR					

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

Apellidos y Nombres	IBAÑEZ ZAVALETA MICHAEL JHORDAN										
Fecha de nacimiento	**Día**	23	**Mes**	01	**Año**	1998					
Edad	24	**años**									
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)	77089980										
Domicilio fiscal											
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje	ASENT. H. LOS DIAMANTES MZ. 3 LT. 22										
Número/Departamento/Interior		**Urbanización**									
Distrito	La Esperanza	**Provincia**	Trujillo	**Departamento**	La Libertad						
Residencia en lugar Trabajo	**SI**		**NO**	X	**Tiempo de residencia en Lugar de trabajo**		**años**				
Correo electrónico		**Teléfono**	917310765								
Estado Civil	CONVIVIENTE	**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**	-
Quemaduras	X						
Cirugías	-			**Intoxicaciones**	-		
Descripción	QUEMADURA						

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**	HTA	**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		
-ACCIDENTE DE TRÁNSITO(GOLPES LEVES-NIEGA SECUELAS).		X	2014	
--ACCIDENTE DE TRÁNSITO(GOLPES LEVES-NIEGA SECUELAS).		X	2018	
-				
-				

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

Anamnesis

NO REFIERE MOLESTIAS.

Examen clínico	**Talla (cm)**	168	**Peso (Kg)**	60	**IMC**	21.26	**Perímetro abdominal**	74
	Fr. Resp.	18	**F. Card.**	92	**PA**	100 / 70	**Temperatura**	36.7
	Otros	Sat O2: 99						
Ectoscopia	X	ABEG, ABEH, ABEN						
Estado mental	X	LOTEP						

EXAMEN FÍSICO

Órgano o Sistoma	Sin Hallazgos	Hallazgos
Piel		TIBIA, HIDRATADA, ELÁSTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS; NO LESIONES. PRESENTA 01 TATUAJE EN TÓRAX.
Cabeza	X	
Ojos y anexos		**Agudeza Visual** **Lejos** **OD** 20/20 **OI** 20/20 **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

GLOBULOS ROJOS : 5090000, GLOBULOS BLANCOS : 7260, PLAQUETAS : 298000, LIPIDOS TOTALES: , LEUCOCITOS: 0-1, HEMATIES: 0

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

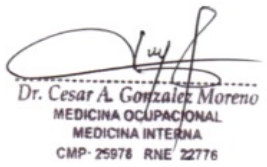
1	ASINTOMÁTICO	P	D	R	Z10.0

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

XIV. Recomendaciones Medicas

Recomendaciones Ocupacionales

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:	IBAÑEZ ZAVALETA MICHAEL JHORDAN
EDAD:	24 años
SEXO:	MASCULINO
EMPRESA:	REPUESTOS MIGUELITOS S.A.C.
PUESTO AL QUE POSTULA:	COMPRADOR
FECHA:	09-02-2022

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	20/20	-	-	-	-
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:	24734 - 77089980	**Ficha Audiológica**					**Audiometría**	Marca: SIBELMED
Fecha:	09-02-2022	**EXAMEN**	Pre-ocupacional	**X**	Periodica			Modelo: SIBELSOUND 400
			Retiro		Otro			Calibración: SN:207-A051 y 10-04-2021

Apellidos y Nombres:	IBAÑEZ ZAVALETA MICHAEL JHORDAN				
Edad:	24	**Sexo:**	F ☐ M ☒	**Empresa:**	REPUESTOS MIGUELITOS S.A.C.
Ocupación	COMPRADOR	**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	60 Kg.	TALLA	168 cm.	PRESION ARTERIAL	100 / 70

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:

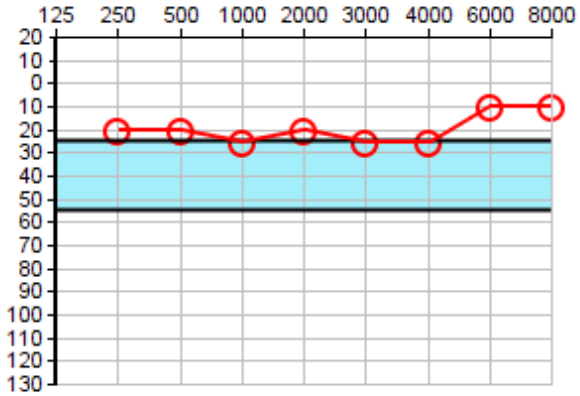
	SI	**NO**	**DETALLE**
OCUPACIONES ANTERIORES CON EXPOSICIÓN A RUIDO	X		
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL PREVIA		X	

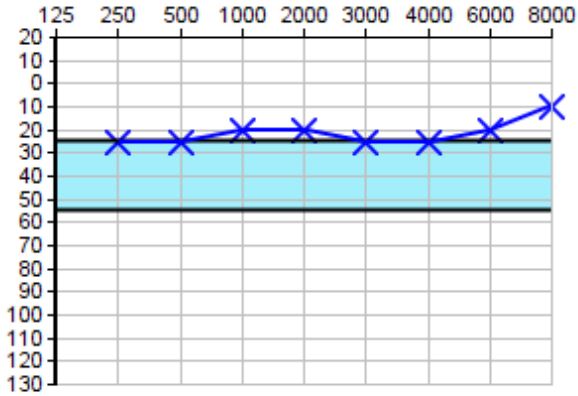
4.- OTOSCOPIA:
OIDO DERECHO: NORMAL
OIDO IZQUIERDO: NORMAL

AUDIOGRAMA

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

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

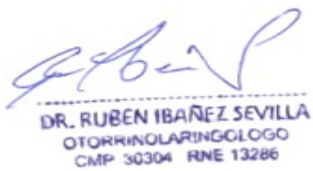




CONCLUSIONES:
AUDIOMETRIA BILATERAL: Z01.1 NORMOACUSIA



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 77089980 **Fecha de evaluación:**

09	02	22
DIA	MES	AÑO

I.- DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres : IBAÑEZ ZAVALETA MICHAEL JHORDAN
Edad : 24 años
Fecha de Nacimiento : 23-01-1998
Lugar de Nacimiento : LA LIBERTAD - TRUJILLO - LA ESPERANZA
Estado Civil :
Grado de Instrucción : TECNICO COMPLETO
Lugar de Residencia : ASENT. H. LOS DIAMANTES MZ. 3 LT. 22
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: 2 SEMANAS
Puesto: COMPRADOR

Principales Riesgos

Accidentes en zonas de trabajo

Medidas de Seguridad

Reglamento, charlas y equipos de seguridad

INDUCCION PARA INGRESAR

3.2- ANTERIORES EMPRESA (experiencia laboral)

Fecha	Nombre de la empresa	Act. de la empresa	Puesto	Tiempo		Causa de retiro
				SUP	SUB	
Ago 2019	PLAY LANK PARK		MAQUINISTA	X		TERMINO DE CONTRATO

IV. HISTORIA FAMILIAR

CONVIVIENTE
1 HIJO

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

DIVERSOS INCIDENTES LEVES

CRISTO REDENTOR
CENTRO DE SALUD OCUPACIONAL

HISTORIA PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

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

NO BEBE
NO FUMA
HOBBIES: FAMILIA

VII.- OTRAS OBSERVACIONES

CUALIDADES: SOCIABLE, ELOCUENTE Y AMIGABLE

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 (X) N Promedio bajo ( ) 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
	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
02	Inventario de la ansiedad ZUNG
03	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: 92296-000051 **N° HC:** 77089980

I.- Datos Generales

Apellidos y Nombres: IBAÑEZ ZAVALETA MICHAEL JHORDAN

Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año
	23	01	1998

Edad: 24 años **Lugar de Nacimiento:** LA LIBERTAD - TRUJILLO - LA ESPERANZA

Grado de Instrucción: TECNICO COMPLETO **Lugar de Residencia** ASENT. H. LOS DIAMANTES MZ. 3 LT. 22

Puesto de trabajo: COMPRADOR

Empresa donde labora: REPUESTOS MIGUELITOS S.A.C.

Fecha de evaluación:	Día	Mes	Año
	09	02	22

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
• Coordinación Visomotríz	:	Discriminación visual y coordinación visomotora adecuadas.
• Nivel de Memoria	:	Largo Plazo
• Personalidad	:	AFIRMA SER SOCIABLE, ELOCUENTE Y AMIGABLE SE INTEGRA CON FACILIDAD AL AMBIENTE TRABAJA NEQUIPO Y CUMPLE CON LAS NORMAS COMPRENDE LAS INDICACIONES Y ANTE ALGUN ERROR, MEJORA SU DESEMPEÑO GESTIONA SUS NIVELES DE ANSIEDAD ASPIRACIONES: ESPECIALIZARSE
• 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 CRECIMIENTO Y DESARROLLO PERSONAL



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

CRISTO REDENTOR
CENTRO DE SALUD OCUPACIONAL

EVALUACIÓN OSTEOMUSCULAR

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJOR: IBAÑEZ ZAVALETA MICHAEL JHORDAN
FECHA: 09-02-2022

APTITUD DE ESPALDA

	Excelente: 1	Promedio: 2	Regular: 3	Pobre: 4	Ptos *	Observaciones
Flexibilidad Fuerza ABDOMEN	X				1	NO
CADERA	X				1	NO
MUSLO	X				1	NO
ABDOMEN LATERAL	X				1	NO
				TOTAL	4	

*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 de dolor.

RANGOS ARTICULARES	ÓPTIMO: 1	LIMITADO: 2	MUY LIMITADO: 3	Ptos *	Dolor contra resistencia **
Abducación de hombro (Normal 0º - 180º)	X			1	NO
Abducación de hombro (Normal 0º - 60º)	X			1	NO
Rotación externa (Normal 0º-90º)	X			1	NO
Rotación interna de hombro	X			1	NO
			TOTAL	4	

*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 de dolor.

Observaciones:
SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR

CRISTO REDENTOR®
CENTRO DE SALUD OCUPACIONAL

COLUMNA VERTEBRAL

EVALUACIÓN ESTÁTICA	DESVIACIONES DEL EJE LATERAL			DESVIACIONES DEL EJE ANTERO-POSTERIOR			PALPACIÓN	
	Normal	Concavidad derecha	Concavidad izquierda	Normal	Aumentada	Disminuida	Apófisis espinosas dolorosas	Contractura muscular
Columna Cervical	SI	-	-	SI	-	-	NO	NO
Columna Dorsal	SI	-	-	SI	-	-	NO	NO
Columna Lumbar	SI	-	-	SI	-	-	NO	NO

EVALUACIÓN DINAMICA	MOVILIDAD - DOLOR							
	Flexión	Extensión	Lateralización izquierda	Lateralización derecha	Rotación izquierda	Rotación derecha	Irradiación	Alt. Masa Muscular
Columna Cervical	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Columna Dorsal	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Columna Lumbar	0	0	0	0	0	0	NO	NO

EVALUACIÓN. DINÁMICA DE ARTICULACIONES	MOVILIDAD - DOLOR							
	Abducción	Aducción	Flexión	Extensión	Rotación Externa	Rotación Interna	Irradiación	Alt. Masa Muscular
Hombro derecho	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Hombro izquierdo	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Codo derecho	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Codo izquierdo	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Muñeca derecha	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Muñeca izquierda	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Manos y dedos derechos	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Manos y dedos izquierdos	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Cadera derecha	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Cadera izquierda	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Rodilla derecha	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Rodilla izquierda	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Tobillo derecho	0	0	0	0	0	0	NO	NO
Tobillo izquierdo	0	0	0	0	0	0	NO	NO

PUNTUCIÓN DE REFERENCIA (SIGNOS Y SÍNTOMAS)		DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS
Grado 0 **X**	Ausencia de signos y sintomas.	
Grado 1	Contractura y/o dolor a la movilización.	
Grado 2	Grado 1 más dolor a la palpación y/o percusión	
Grado 3	Grado 2 más limitación funcional evidente clínicamente	
Grado 4	Dolor en reposo	

DIAGNÓSTICO

SIN ALTERACIONES

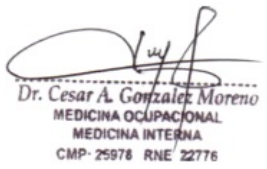
VALORACIÓN	APTO	X	NO APTO		EN OBSERVACION	

RECOMENDACIONES





Firma y huella del paciente
DNI



Firma y sello del médico C.M.P.

CRISTO REDENTOR®
CENTRO DE SALUD OCUPACIONAL

PLACA N°		HCL	77089980	Lector	Dr. Denis Vargas López
Nombre	IBAÑEZ ZAVALETA MICHAEL JHORDAN			Edad	24 años
Fecha de lectura	09 (Dia) 02 (Mes) 2022 (Año)		Fecha de radiografía		09 (Dia) 02 (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

Ancho (opcional) (ancho minimo exigido : 3 mm)	
a	De 3 a 5 mm
b	De 5 a 10 mm
c	Mayor a 10 mm

0	D		0	I	
1	2	3	1	2	3

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						
0	D		0	I		
1	2	3	1	2	3	

Ancho					
D			I		
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	**:** IBAÑEZ ZAVALETA MICHAEL JHORDAN		
Edad	**:** 24 años	**Fecha:**	09/02/2022
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: IBAÑEZ ZAVALETA MICHAEL JHORDAN		**Edad:** 24 años
Empresa: REPUESTOS MIGUELITOS S.A.C.		**DNI:** 77089980
Fecha de nacimiento: 23/01/1998	**Fecha de atención:** 09/02/2022	**Género:** MASCULINO

HEMATOLOGIA:

	RESULTADO	VALORES NORMALES
HEMOGRAMA AUTOMATIZADO		
HEMATIES	5090000	3'500 ,000- 5'800 ,000 mm3
HEMATOCRITO	45.4	HOMBRES 40 - 50 % MUJERES 37 - 42 %
HEMOGLOBINA	14.6	HOMBRES 14 - 17 g/dl MUJERES 12 - 16 g/dl
LEUCOCITOS	7260	5000 - 10.000 mm3
PLAQUETAS	298000	150,000 – 450,000 mm3
FORMULA LEUCOCITARIA		
ABASTONADOS	0	0 - 4 %
SEGMENTADOS	63	50 - 70 %
EOSINOFILOS	01	00 - 04 %
BASOFILOS	0	00 - 02 %
MONOCITOS	05	00 - 10 %
LINFOCITOS	31	20.0 - 50.0 %
CONSTANTES CORPUSCULARES		
MCHC	32.16	32.0 - 36.0 g/dl
MCH	28.68	26.5 - 33.5 pg
MCV	89.19	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	0-1	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	78	70-110 mg/dL



FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE

Mtrlgo. Celia Ramos Calvanapon
LABORATORISTA CLINICO

CRISTO REDENTOR®
CENTRO DE SALUD OCUPACIONAL

DECLARACIÓN JURADA

Yo, IBAÑEZ ZAVALETA MICHAEL JHORDAN , identificado con DNI/CE 77089980; trabajador de la empresa REPUESTOS MIGUELITOS S.A.C. con domicilio en ASENT. H. LOS DIAMANTES MZ. 3 LT. 22 distrito de La Esperanza Provincia Trujillo y departamento de La Libertad, Teléfono 917310765; 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..

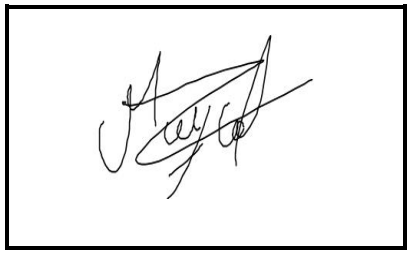
La presente autorización se ampara en lo dispuesto en los Art. 5° (2° párrafo), Art. 13°, 25°, 27°, 29° (3° párrafo) de la Ley General de Salud N° 26842.

La Libertad, 09/02/2022 08:07:03



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, **IBAÑEZ ZAVALETA MICHAEL JHORDAN** , identificado con DNI N° **77089980** , domiciliado en **ASENT. H. LOS DIAMANTES MZ. 3 LT. 22** distrito de **La Esperanza** 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, 09 de **Febrero** 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, **IBAÑEZ ZAVALETA MICHAEL JHORDAN** identificado(a) con DNI Nro. **77089980** 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: 77089980
FECHA: 1644382800



Huella Digital