



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

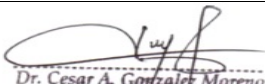
Centro Médico Ocupacional Cristo Redentor E.I.R.L	CODIGO:	26798 - 45831270
---	----------------	------------------

CERTIFICA que el Sr.(a):

Apellidos y Nombres: ALMENGOR RIVAS, SINDY PATRICIA		
DNI: 45831270	Edad: 33	Género: F
Empresa: REPUESTOS MIGUELITOS S.A.C.		
Puesto al que postula u ocupación: CAJERA - MOSTRADOR		
Examen Ocupacional: PRE OCUPACIONAL		
HISTORIA CLINICA: 45831270		

Conclusiones:

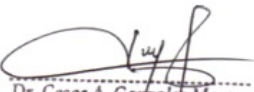
- El trabajador se realizó los siguientes exámenes: Psicología (Entrevista Psicológica, Test Psicológico), Oftalmología, Audiometría, Radiología, Antecedentes Personales, Triage, Medicina General, Musculoesqueletico, Historia Ocupacional, Laboratorio (Glucosa, Grupo Sanguíneo y Factor RH, Hemograma Completo, Examen Completo de Orina)
- 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. 2. SE SUGIERE EVITAR EXPOSICIÓN AL POLVO U OTROS ALERGENOS Y EVALUACIÓN POR MEDICO ALERGOLOGO 3. USO DE PROTECTORES AUDITIVOS TENIENDO EN CUENTA EL NIVEL DE PRESIÓN SONORA (NPS) Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN A RUIDO, INCLUIR EN EL PROGRAMA DE CONSERVACIÓN AUDITIVA Y CONTROL DE AUDIOMETRÍA SEGÚN NIVEL DE EXPOSICIÓN. 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- 25576 RNE 22776
Fecha: 25 DE JUNIO DEL 2022		Sello y Firma de Médico que CERTIFICA

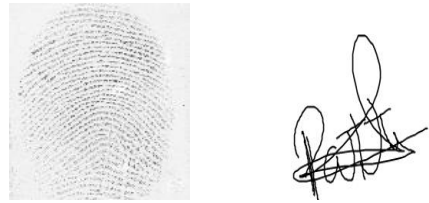
 CRISTO REDENTOR® CENTRO DE SALUD OCUPACIONAL										Código: 26798 - 45831270	
										Revisión: 0	
										Fecha: 01-08-2014	
										Página: 02	
Historia Clínica N°		45831270		Fecha	Día	25	Mes	06	Año	2022	Nro. Ficha: 92296-000053
Tipo de evaluación		Pre Ocupacional		X	Periódico			Retiro			Otros
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)						CAJERA - MOSTRADOR					
II.- FILIACIÓN DEL TRABAJADOR (Llenar con letra clara o marque con un X lo solicitado)											
Apellidos y Nombres		ALMENGOR RIVAS SINDY PATRICIA									
Fecha de nacimiento		Día	13		Mes	02		Año	1989		
Edad	33	años									
Documento de identidad (Carnet de extranjería, DNI, pasaporte)								45831270			
Domicilio fiscal											
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje		MZ. 52 LT. 28 WICHANZAO SECTOR II									
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		932146462			
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		X		Diabetes		-		TBC		-	
Asma		-		HTA		-		ITS		-	
Bronquitis		-		Neoplasia		-		Convulsiones		-	
Quemaduras		-									
Cirugías		X				Intoxicaciones		-			
11/07/2020 - CLÍNICA PRO SALUD - TRUJILLO - CESÁREA - D. Hosp: 02 DÍAS - Complicaciones: NIEGA COMPLICACIONES											
Descripción		ALERGIAS: POLVO; Otros: RINITIS ALÉRGICA, NO ESPECIFICADA; SX DE OVARIO POLIQUISTICO 2009; CIRUGIAS: CESÁREA 11/07/2020									
Ginecológicos:											
Fecha de última regla	15-05-2022	RC	IRREGULAR		G	01		P	01		MAC MÉTODO DEL RITMO
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	HTA	Madre	HTA
Esposo(a)	Niega	Hijos fallecidos	NO N° 00
Absentismo: enfermedades y accidentes (asociado a trabajo o no)			
Enfermedad, Accidentes		Asociado al trabajo	
		SI	NO
- TRAUMATISMO DE TOBILLO DERECHO (NIEGA SECUELAS)			X
-			
-			
-			
VI. EVALUACIÓN MEDICA (Llenar con letra clara o marque con un X)			
Anamnesis			
NO REFIERE MOLESTIAS			
Examen clínico	Talla (cm)	161	Peso (Kg)
	Fr. Resp.	14	F. Card.
	Otros	Sat O2: 97	
Ectoscopia	X	ABEG, ABEH, ABEN	
Estado mental	X	LOTEP	
EXAMEN FÍSICO			
Órgano o Sistema	Sin Hallazgos	Hallazgos	
Piel		TIBIA, HIDRATADA, ELASTICA, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS; NO LESIONES.	
Cabeza	X		
Ojos y anexos		Agudeza Visual	Lejos OD 20/20 OI 20/20
		Cerca OD J1 OI J1	Con correctores OD - OI -
		Visión de colores	
		NORMAL	
Otras alteraciones		-	
Oídos	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		
Miembros 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				
OÍDO DERECHO: NORMAL				
OÍDO IZQUIERDO: HIPOACUSIA CONDUCTIVA LEVE				
XI. Conclusión de Espirometría				
NO APLICA				
XII. Otros				
XIII. Diagnóstico Médico Ocupacional				CIE-10
OTROS DIAGNÓSTICOS				
1	OBESIDAD I (IMC: 34.72)	P	D	R
2	RINITIS ALÉRGICA, NO ESPECIFICADA	P	D	R
3	OÍDO IZQUIERDO: HIPOACUSIA CONDUCTIVA LEVE	P	D	R
Apto	X	Apto con restricciones	No Apto	Observado
XIV. Recomendaciones Médicas				
Recomendaciones Ocupacionales				
SE RECOMIENDA DIETA HIPOCALÓRICA Y EVALUACIÓN NUTRICIONAL.				
SE SUGIERE EVITAR EXPOSICIÓN AL POLVO U OTROS ALERGENOS Y EVALUACIÓN POR MEDICO ALERGOLOGO				
USO DE PROTECTORES AUDITIVOS TENIENDO EN CUENTA EL NIVEL DE PRESIÓN SONORA (NPS) Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN A RUIDO,				
INCLUIR EN EL PROGRAMA DE CONSERVACIÓN AUDITIVA Y CONTROL DE AUDIOMETRÍA SEGÚN NIVEL DE EXPOSICIÓN.				
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- 25976 RNE/ 22776

 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)



FICHA DE EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA

APELLIDOS Y NOMBRES:	ALMENGOR RIVAS SINDY PATRICIA
EDAD:	33 años
SEXO:	FEMENINO
EMPRESA:	REPUESTOS MIGUELITOS S.A.C.
PUESTO AL QUE POSTULA:	CAJERA - MOSTRADOR
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	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:  Jerson J. Díaz Méndez CIRUJANO OFTALMOLOGO CMP: 60936 - RNE: 32373
---	--

 CRISTO REDENTOR® CENTRO DE SALUD OCUPACIONAL	FICHA MÉDICA AUDIOLÓGICA	
--	---------------------------------	--

Código:	26798 - 45831270	Ficha Audiológica		Audiometría	Marca: SIBELMED
Fecha:	25-06-2022	EXAMEN	Pre-ocupacional X	Periodica	Modelo: SIBEL SOUND 400
			Retiro	Otro	Calibración: SN:207-A051 y 10-04-2021

Apellidos y Nombres:	ALMENGOR RIVAS SINDY PATRICIA				
-----------------------------	-------------------------------	--	--	--	--

Edad:	33	Sexo:	F ☒ M ☐	Empresa:	REPUESTOS MIGUELITOS S.A.C.
--------------	----	--------------	--	-----------------	-----------------------------

Ocupación	CAJERA - MOSTRADOR	Años de Trabajo		Tiempo total de exposición total ponderado 8h/d	
------------------	--------------------	------------------------	--	--	--

Uso de Protectores Auditivos		Tapones		Orejeras		Apreciación del ruido		Ruido muy intenso		Ruido moderado	X	Ruido no molesto	
-------------------------------------	--	----------------	--	-----------------	--	------------------------------	--	--------------------------	--	-----------------------	----------	-------------------------	--

PESO	90 Kg.	TALLA	161 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		2020
--------------------------------	----------	--	------

4.- OTOSCOPIA:	
-----------------------	--

OIDO DERECHO: NORMAL	
----------------------	--

OIDO IZQUIERDO: NORMAL	
------------------------	--

AUDIOGRAMA															
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OD	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
-----------	-----	-----	------	------	------	------	------	------

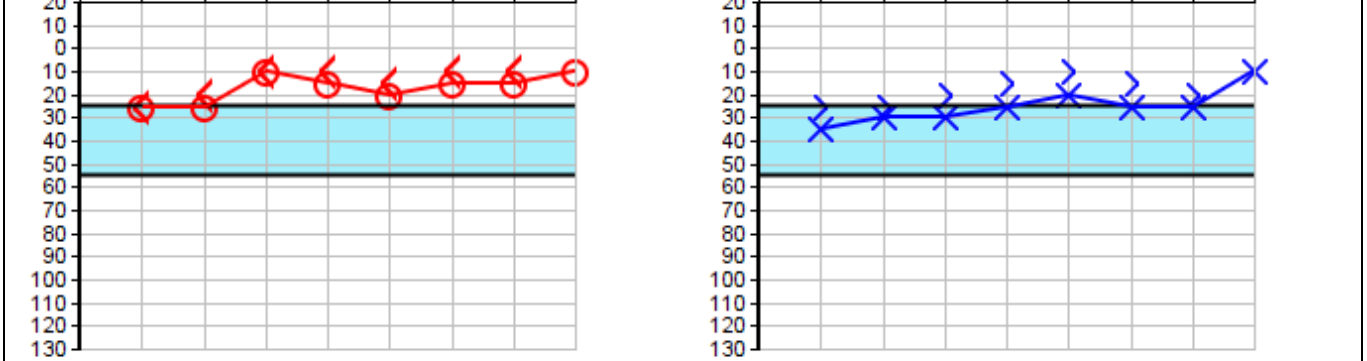
Via Aerea	25	25	10	15	20	15	15	10
------------------	----	----	----	----	----	----	----	----

Via Ósea	25	20	10	10	15	10	10	
-----------------	----	----	----	----	----	----	----	--

OI	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
-----------	-----	-----	------	------	------	------	------	------

Via Aerea	35	30	30	25	20	25	25	10
------------------	----	----	----	----	----	----	----	----

Via Ósea	25	25	20	15	10	15	20	
-----------------	----	----	----	----	----	----	----	--



CONCLUSIONES:	
----------------------	--

OIDO DERECHO: Z01.1 NORMOACUSIA	
---------------------------------	--

OIDO IZQUIERDO: H90.1 HIPOACUSIA CONDUCTIVA LEVE / USO DE PROTECTORES AUDITIVOS TENIENDO EN CUENTA EL NIVEL DE PRESIÓN SONORA (NPS) Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN A RUIDO, INCLUIR EN EL PROGRAMA DE CONSERVACIÓN AUDITIVA Y CONTROL DE AUDIOMETRÍA SEGÚN NIVEL DE EXPOSICIÓN.	
--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

Nombre del profesional que realiza la audiometría		Nombre del Médico
---	--	-------------------



Anexo 1
Historia Clínica Psicológica Ocupacional

HISTORIA PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

N° HC	45831270	Fecha de evaluación:	25 DÍA	06 MES	22 AÑO
--------------	----------	-----------------------------	-----------	-----------	-----------

I.- DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres : ALMENGOR RIVAS SINDY PATRICIA

Edad : 33 años

Fecha de Nacimiento : 13-02-1989

Lugar de Nacimiento : LA LIBERTAD - CHEPEN - CHEPEN

Estado Civil : CONVIVIENTE

Grado de Instrucción : TECNICO COMPLETO

Lugar de Residencia : MZ. 52 LT. 28 WICHANZAO SECTOR II

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 VENTAS PRESENCIALES Superficie (X) Subsuelo () Tiempo total laborando -

Puesto CAJERA - MOSTRADOR

Principales Riesgos

Accidentes en zonas de trabajo

Medidas de Seguridad

Reglamento, charlas y equipos de seguridad

3.2- ANTERIORES EMPRESA (experiencia laboral)

Fecha	Nombre de la empresa	Act. de la empresa	Puesto	Tiempo		Causa de retiro
				SUP	SUB	
Nov 2017	OPECOVI SAC		CAJERA	X		TERMINO DE CONTRATO
Set 2014	HERMES		COORDINADORA DE CAJA	X		TERMINO DE CONTRATO
Nov 2012	INTERNATIONAL PARTHNS		DIGITADORA	X		TERMINO DE CONTRATO

IV. HISTORIA FAMILIAR

CONVIVIENTE
1 HIJA

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

CAIDA EN PISATA SALIENDO DE CASETA
HACE AÑO Y MEDIO - SIN LESIONES



HISTORIA PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

VI.- HÁBITOS (pasatiempos, consumo de tabaco, alcohol y/o drogas)			
BEBE EN OCASIONES NO FUMA HOBBIES: LEER, ESCUCHAR MUSICA Y CAMINAR			
VII.- OTRAS OBSERVACIONES			
CUALIDADES: COLABORADORA Y RESPETUOSA			
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			
Agorafobia			
Claustrofobia			
Acrofobia			
Fatiga			
Ansiedad	Alto		
Depresión	Bajo		
Somnolencia			
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			



INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

Nro. Inf: 92296-000053

N° HC: 45831270

I.- Datos Generales

Apellidos y Nombres: ALMENGOR RIVAS SINDY PATRICIA
Edad: 33 años **Lugar de Nacimiento:** LA LIBERTAD - CHEPEN - CHEPEN **Fecha de Nacimiento:** 13 02 1989
Grado de Instrucción: TECNICO COMPLETO **Lugar de Residencia:** MZ. 52 LT. 28 WICHANZAO SECTOR II
Puesto de trabajo: CAJERA - MOSTRADOR
Empresa donde labora: REPUESTOS MIGUELITOS S.A.C. **Fecha de evaluación:** 25 06 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 Bajo
- Coordinación Visomotriz : Discriminación visual y coordinación visomotora adecuadas.
- Nivel de Memoria : Largo Plazo
- Personalidad : LA EVALUADA SUELE COLABORAR CON EL GRUPO, RESPETÁNDO LAS IDEAS DE SUS PARES. POSEE UN CARÁCTER SOCIABLE Y SERENO, POR LO QUE SE HA ADAPTADO AL AMBIENTE Y EVITA LOS PROBLEMAS. ES ASÍ QUE NO HA RECIBIDO SANCIONES Y CUMPLE CON LAS NORMAS. MANIFIESTA CIERTA ANSIEDAD POR TEMA FAMILIAR, PERO LO HA MANEJADO MEDIANTE EL APOYO DE SU ENTORNO. NO REFIERE TENER INCONVENIENTES A NIVEL LABORAL. ASPIRACIONES: SEGUIR APRENDIENDO Y ASCENDER
- Afectividad : TENDENCIA A LA ANSIEDAD

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 TALLERES SOBRE AFRONTAMIENTO EMOCIONAL Y DESARROLLO DE MECANISMOS DEFENSIVOS
SE RECOMIENDA ASISTIR A TALLERES SOBRE TÉCNICAS DE RELAJACION MUSCULAR Y MEDITACIÓN

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

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



PLACA N°				HCL	45831270			Lector	Dr. Denis Vargas López														
Nombre	ALMENGOR RIVAS SINDY PATRICIA								Edad	33 años													
Fecha de lectura	25 Día	06 Mes	2022 Año					Fecha de radiografía															
								25 Día	06 Mes	2022 Año													
I. Calidad Radiográfica		1 Buena	☒		Causas		1 Sobreexposición			5 Escapulas													
		2 Aceptable					2 Subexposición			6 Artefacto													
		3 Baja Calidad					3 Posición centrado	☒		7 Otros													
		4 Inaceptable					4 Inspiración Insuficiente																
Comentario sobre defectos Técnicos																							
II. ANORMALIDADES PARENQUIMATOSAS (si NO hay anomalías 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 símbolos; 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 anomalías 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)		Extensión (pared Torácica; combinada para placas de perfil y de frente)						Ancho (opcional) (ancho mínimo exigido : 3 mm)													
				1 < 1/4 de la pared lateral del tórax						a De 3 a 5 mm													
				2 Entre 1/4 y 1/2 de la pared lateral del tórax						b De 5 a 10 mm													
				3 > 1/2 de la pared lateral del tórax						c Mayor a 10 mm													
Perfil		0	D	I	0	D	I	0	D	I	0	D	I	0	D	I							
De frente		0	D	I	0	D	I	0	D	I	0	D	I	0	D	I							
Diafragma		0	D	I	0	D	I	0	D	I	0	D	I	0	D	I							
Otro(s) sitio(s)		0	D	I	0	D	I	0	D	I	0	D	I	0	D	I							
Obliteración del Angulo Costofrenico								0	D	I													
3.2 Engrosamiento Difuso de la Pleura (0=Ninguna, D=Hemitórax derecho; I=Hemitórax izquierdo)																							
Pared Torácica			Calcificación			Extensión						Ancho											
De perfil			0	D	I	0	D	I	0	D	I	0	D	I	0	D	I						
De frente			0	D	I	0	D	I	0	D	I	0	D	I	0	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	od									
fr	hi	ho	id	ih	kl	me	pa	pb	pi	px	ra	rp	tb										
COMENTARIOS												EVALUACIÓN RADIOLÓGICA DENTRO DE LÍMITES NORMALES.											
Firma y sello del médico		 Denis Alexie Vargas López MÉDICO RADIÓLOGO CMP 39176 RNE 17520																					



INFORME RADIOGRÁFICO DE TÓRAX

Paciente : ALMENGOR RIVAS SINDY PATRICIA

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.

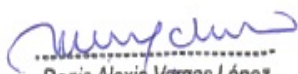
Estructuras óseas y espacios articulares representados radiológicamente conservados.

Silueta cardiaca de dimensiones conservadas.

Tráquea en posición central.

CONCLUSIONES

Campos Pulmonares de Transparencia conservada.


Denis Alexie Vargas López
MÉDICO RADIOLOGO
CMP 39176 RNE 17520

MEDICO RADIOLOGO



Apellidos y Nombres: ALMENGOR RIVAS SINDY PATRICIA		Edad: 33 años
Empresa: REPUESTOS MIGUELITOS S.A.C.		DNI: 45831270
Fecha de nacimiento: 13/02/1989	Fecha de atención: 25/06/2022	Género: FEMENINO

HEMATOLOGIA:

RESULTADO		VALORES NORMALES
HEMOGRAMA AUTOMATIZADO		
HEMATIES	4290000	3'500 ,000- 5'800 ,000 mm3
HEMATOCRITO	38.4	HOMBRES 40 - 50 % MUJERES 37 - 42 %
HEMOGLOBINA	12.4	HOMBRES 14 - 17 g/dl MUJERES 12 - 16 g/dl
LEUCOCITOS	7620	5000 - 10.000 mm3
PLAQUETAS	261000	150,000 – 450,000 mm3
FORMULA LEUCOCITARIA		
ABASTONADOS	0	0 - 4 %
SEGMENTADOS	61	50 - 70 %
EOSINOFILOS	01	00 - 04 %
BASOFILOS	0	00 - 02 %
MONOCITOS	05	00 - 10 %
LINFOCITOS	33	20.0 - 50.0 %
CONSTANTES CORPUSCULARES		
MCHC	32.29	32.0 - 36.0 g/dl
MCH	28.90	26.5 - 33.5 pg
MCV	89.51	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	1025	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	1-2	0 – 5 X CAMPO
HEMATIES	0-1	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	92	70-110 mg/dL



FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE





DECLARACIÓN JURADA

Yo, ALMENGOR RIVAS SINDY PATRICIA , identificado con DNI/CE 45831270; trabajador de la empresa REPUESTOS MIGUELITOS S.A.C. con domicilio en MZ. 52 LT. 28 WICHANZAO SECTOR II distrito de La Esperanza Provincia Trujillo y departamento de La Libertad, Teléfono 932146462; 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.

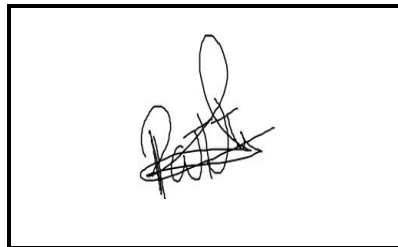
Autorizo a el Centro Médico CRISTO REDENTOR a proporcionar información concerniente a mí estado de salud, resultados de mis exámenes auxiliares, evaluaciones médico ocupacional, contenido en mi ficha médica, al responsable del servicio Médico Ocupacional de la empresa REPUESTOS MIGUELITOS S.A.C..

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 08:04:57



**Huella digital
trabajador**



Firma trabajador



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

Yo, **ALMENGOR RIVAS SINDY PATRICIA**, identificado con DNI N° **45831270**, domiciliado en **MZ. 52 LT. 28 WICHANZAO SECTOR II** 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 Reglamento 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

Artículo 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.



FORMULARIO

DECLARACIÓN JURADA DE ACEPTACIÓN DE
TOMA DE PLACA RADIOGRÁFICA

Quien suscribe la presente, **ALMENGOR RIVAS SINDY PATRICIA** identificado(a) con DNI Nro. **45831270** expongo:

Que doy consentimiento para realizar el examen de rayos X indicado, ya que no me encuentro con diagnostico de embarazo, motivo por el cual acepto dicho procedimiento.

FIRMA

DNI: 45831270
FECHA: 1656129600

**Huella Digital**



FORMULARIO

DECLARACIÓN JURADA DE ACEPTACIÓN DE
TOMA DE PLACA RADIOGRÁFICA

Quien suscribe la presente, **ALMENGOR RIVAS SINDY PATRICIA** identificado(a) con DNI Nro. **45831270** expongo:

Que por motivos que líneas abajo menciono **no doy consentimiento** para realizar el examen 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: 45831270

FECHA: 1656129600

**Huella Digital**