

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

CS-HC- C0000455384 - 01152024034502 Fecha de Generación de Reporte: 04 / 07 / 2024 - 14 : 37 hs.

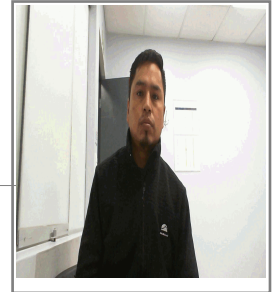
		CÓDIGO		C0000455384			
CERTIFICA que el Sr. (a):							
Nombre y Apellidos		ROY ANTONIO MEZA QUISPE					
Documento de Identidad		70218106	Edad	32	años	Género	M (X) F
Puesto al que postula (sólo pre ocupacional)			SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK TOOLS				
Ocupación actual o última Ocupación			---				
HISTORIA CLÍNICA 70218106			EMPRESA: SANDVIK DEL PERU S A				
CONCLUSIONES : APTO CON RESTRICCIONES							
APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)			Restricciones Uso estricto de lentes correctores durante jornada laboral.				
APTO CON RESTRICCIÓN (para el puesto en el que trabaja o postula)		X					
NO APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)							
RECOMENDACIONES <ul style="list-style-type: none">- Se recomienda uso de EPP auditivo estricto a ruido mayor de 80 dB.- Se recomienda control anual y uso de protector respiratorio.- Se recomienda dieta baja en grasas, harinas y ejercicio físico.- Se recomienda control oftalmológico- Se recomienda restauraciones de las piezas.							
<div> 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</div>							
Fecha: 04-07-2024			Nombre: RETAMOZO PADILLA, JUAN JOSE Sello y Firma de Médico que CERTIFICA				

COMPROBANTE MEDICO

(Anexo 16 D.S. 024-2016-EM)

FICHA MEDICA

COD : 70218106



EMPRESA : SANDVIK DEL PERU S A
TIPO DE EXAMEN : Examen de Ingreso
FECHA DEL EXAMEN : 04/07/2024
FECHA DE CADUCIDAD : 04/07/2025
UNIDAD : AMERICANA

APELLIDOS Y NOMBRES : MEZA QUISPE ROY ANTONIO
OCUPACION ACTUAL : SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK TOOLS
ZONA DE TRABAJO : SUBSUELO/SOCAVON

EVALUACION MEDICA : Apto para el puesto de trabajo habitual.
EVALUACION PSICOLOGICA : APTO
EVALUACION CURRICULAR : NO APLICA
EVALUACION SEGURIDAD : NO APLICA

EXAMEN FISICO : APARENTE BUEN ESTADO GENERAL

OFTALMOLOGIA

	<u>SIN CORREGIR</u>	<u>CORREGIDA</u>
OJO DERECHO	20/60	20/20
OJO IZQUIERDO	20/40	20/20


EXA. LABORATORIO

GRUPO	O	HEMOGLOBINA	17.40 g/dL	REACCIONES SEROLOGICAS	No Reactivo
FACTOR	POSITIVO	HEMATOCRITO	52.40 %	ORINA	NO PATOLOGICO
COLESTEROL	--	TRIGLICERIDOS	--	GLUCOSA	91.70 mg/dL

RECOMENDACIONES MEDICAS

DIAGNOSTICO

- Z01.1 Examen de oídos y de la audición : Normoacusia. Se recomienda uso de EPP auditivo estricto a ruido mayor de 80 dB.
- Z01.6 Examen radiológico, no clasificado en otra parte : Radiografía de tórax postero anterior normal. Se recomienda control anual y uso de protector respiratorio.
- E67 Otros tipos de hiperalimentación: Sobre peso Antropométrico : Sobre peso. Se recomienda dieta baja en grasas, harinas y ejercicio físico.
- H52 Trastornos de la acomodación y de la refracción : Ametropia bilateral corregida. RESTRICCION: Uso estricto de lentes correctores durante jornada laboral. Se recomienda control oftalmológico
- K02.0 Caries limitada al esmalte : Caries de esmalte. Piezas.1.6; 4.6 . Se recomienda restauraciones de las piezas.



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

VALORES NORMALES

EXAMEN DE LABORATORIO

GLUCOSA	BASAL (70 - 100 mg/dl)
COLESTEROL	BASAL (<200 mg/dl)
TRIGLICERIDOS	BASAL (<160 mg/dl)

EXAMEN DE ORINA

NORMAL	TODOS LOS ITEMS EN NEGATIVO
PH NORMAL	ENTRE 5 Y 7

	ALTURA LABOR	HEMOGLOBINA	HEMA TOCRITO
Mujer	Hasta 3000 msnm	12 - 16 gr/dl	38 - 44 %
	Mas de 3000 msnm	13 - 19 gr/dl	39 - 57 %
Varon	Hasta 3000 msnm	13 - 18 gr/dl	40 - 50 %
	Mas de 3000 msnm	14 - 20 gr/dl	44 - 60 %

OFTALMOLOGIA

	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
Vision Normal	20/20	20/20

CARTA DE COMPROMISO

Yo, **MEZA QUISPE ROY ANTONIO** identificado con DNI (**X**) / CE () / Pasaporte (), Nro: **70218106**, perteneciente a la empresa:

SANDVIK DEL PERU S A

Habiendo pasado la evaluación medica:

(**X**) Pre-ocupacional () Anual () De Retiro () Cambio de Puesto () Visita Anual () Temporal

He sido debidamente informado de los resultados obtenidos en el examen medico, siendo los diagnósticos encontrados:

CIEs:	Diagnósticos:
- Z01.1	Examen de oídos y de la audición
- Z01.6	Examen radiológico, no clasificado en otra parte
- E67	Otros tipos de hiperalimentación: Sobrepeso Antropométrico
- H52	Trastornos de la acomodación y de la refracción
- K02.0	Caries limitada al esmalte

Los mismos que acepto y por lo tanto que me comprometo a seguir las siguientes recomendaciones clínicas y de salud ocupacional que el médico evaluador considere de acuerdo a los estándares de seguridad.

Recomendaciones:

- Normoacusia. Se recomienda uso de EPP auditivo estricto a ruido mayor de 80 dB.
- Radiografía de tórax postero anterior normal. Se recomienda control anual y uso de protector respiratorio.
- Sobrepeso. Se recomienda dieta baja en grasas, harinas y ejercicio físico.
- Ametropia bilateral corregida. RESTRICCION: Uso estricto de lentes correctores durante jornada laboral. Se recomienda control oftalmológico
- Caries de esmalte. Piezas. 1.6; 4.6 . Se recomienda restauraciones de las piezas.

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 médico evaluador de la clínica mencionada indique.




Trabajador (Firma y Huella Digital)

Nombre : MEZA QUISPE ROY ANTONIO

DNI : 70218106

Empresa : SANDVIK DEL PERU S A

Puesto de Trabajo : SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK TOO



Roberto Ayala Sipiran
Evaluador de Salud Ocupacional
S.G. NATCLAR S.A.C.

Firma y Sello del Medico Evaluador

Nombres : AYALA SIPIRAN, ROBERTO RENATO

CMP : 97577




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: 04/07/2024

HORA: -

HISTORIA OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES: MEZA QUISPE, ROY ANTONIO

LUGAR DE NACIMIENTO: CHURCAMP/HUANCAVELICA/Perú

PROFESIÓN: SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK TOOLS

N° REGISTRO (DNI): 70218106

LUGAR DE PROCECENCIA:

FECHA DE NACIMIENTO: 20/08/1991

SEXO: Masculino

URB ALAMEDA DEL PINAR MZ O LT 15, 1 LIMA
COMAS, Perú

FECHA DE INICIO	EMPRESAS	ALTITUD m.s.n.m	ACTIVIDADES DE LA EMPRESA	AREA DE TRABAJO	OCUPACIÓN	TIEMPO DE TRABAJO SUBSUELO/SUPERFICIE/CONCENT			PELIGROS/AGENTES OCUPACIONALES	USO / TIPO EPP
01-10-2023	ROCK TOOLS PERU SAC	154	Otras actividades no especificadas	OTROS	SUPERVISOR DE MINA	0	10 meses	0	Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado)	NO APLICA (Nunca)
01-04-2023	INDEPENDIENTE	154	Otras actividades no especificadas	OTROS	ASISTENTE DE CONTABILIDAD	0	6 meses	0	Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado)	NO APLICA (Nunca)
01-01-2020	ROCK TOOLS PERU SAC	5000	Otras actividades no especificadas	OTROS	SUPERVISOR DE MINA	3 años 4 meses	0	0	Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado) Ruido Polvo Respirable	Botas de seguridad con puntera de acero (Sólo en caso de exposición), Calzado de seguridad. (Sólo en caso de exposición), Casco de seguridad (Sólo en caso de exposición), Guantes contra las agresiones mecánicas (Sólo en caso de exposición), Lentes de protección (Sólo en caso de exposición), Ropa de trabajo. (Sólo en caso de exposición) Orejas (Frecuentemente), Tapones auditivos (Frecuentemente) Máscara Autofiltrante para Partículas (Sólo en caso de exposición), Respirador (Sólo en caso de exposición)
01-06-2018	REMICA DRILLING S.A.	4750	Otros tipos de crédito	MINA	TECNICO DE MEDICION	1 año 7 meses	0	0	Polvo Inhalable Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado) Ruido	Respirador (Frecuentemente) NO APLICA (Nunca) Orejas (Frecuentemente), Tapones auditivos (Frecuentemente)
01-05-2010	OSINERMIN	2800	Otros tipos de crédito	OTROS	PROMOTOR (A)	0	7 años 8 meses	0	Posturas Forzadas Estrés	NO APLICA (Nunca) NO APLICA (Nunca)
01-01-2010	MUNICIPALIDAD P'ROVINCIAL DE LA MAR	4200	Otros tipos de crédito	OPERATIVO	ASISTENTE TOPOGRAFICO	0	4 meses	0	Polvo Inhalable Posturas Forzadas	Máscara Autofiltrante para Partículas (Frecuentemente) NO APLICA (Nunca)
Total						4 años 11 meses	9 años 4 meses	0 años 0 meses		




ROY ANTONIO MEZA QUISPE



Indice Derecho
Huella Digital

AYALA SIPIRAN, ROBERTO RENATO

Nombre del Medico Evaluador
CMP: 97577



Roberto Ayala Sipiran
Evaluador de Salud Ocupacional
S.G. NATCLAR S.A.C.


Firma y Sello:

FECHA: 04/07/2024

ANEXO No. 16
FICHA MÉDICA OCUPACIONAL

EMPRESA : SOBREANDES S.A.C.
EMPLEADOR : SANDVIK DEL PERU S A
UNIDAD : AMERICANA
APELLIDOS Y NOMBRES : MEZA QUISPE, ROY ANTONIO

EXAMEN MÉDICO
PREOCUPACIONAL ☒
ANUAL ☐
RETIRO ☐
CAMBIO PUESTO /
REUBICACIÓN ☐
VISITA ☐
REINCORPORACIÓN ☐
TEMPORAL ☐
Nº de Ficha 70218106

FECHA DE EXAMEN: 04-07-2024		FECHA DE CADUCIDAD: 04-07-2025		MINERALES EXPLOTADOS O PROCESADOS:	
LUGAR DE NAC. CHURCAMP / HUANCAVELICA / Perú		FECHA DE NAC. 20/08/1991		DOMICILIO HABITUAL URB ALAMEDA DEL PINAR MZ O LT 15 1 LIMA / LIMA / COMAS	
EDAD 32 Años		SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		DOCUMENTO DE IDENTIDAD 70218106 TELEFONO: 993814370	
AREA DE LABOR SUPERFICIE <input type="checkbox"/> CONCENTRADORA <input type="checkbox"/> SUBSUELO <input checked="" type="checkbox"/>		ALTITUD DE LA LABOR Debajo 2500 m <input type="checkbox"/> 3501 a 4000 m <input type="checkbox"/> Hasta 3000 m <input type="checkbox"/> 4001 a 4500 m <input checked="" type="checkbox"/> 3001 a 3500 m <input type="checkbox"/> Más de 4501 m <input type="checkbox"/>			
ESTADO CIVIL Soltero <input type="checkbox"/> Conviviente <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>		GRADO DE INSTRUCCIÓN Analfabeto <input type="checkbox"/> Sec. Incomp. <input type="checkbox"/> Primaria Incomp. <input type="checkbox"/> Sec. Comp. <input type="checkbox"/> Primaria Comp. <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universitario <input checked="" type="checkbox"/>			
Ruido <input checked="" type="checkbox"/> Cancigerígenos <input type="checkbox"/> Temperaturas <input type="checkbox"/> Cargas <input type="checkbox"/> Polvo <input checked="" type="checkbox"/> Mutagénicos <input type="checkbox"/> Biológicos <input type="checkbox"/> Mov. Repet. <input checked="" type="checkbox"/> Vib segmentar <input type="checkbox"/> Solventes <input type="checkbox"/> Posturas <input checked="" type="checkbox"/> PVD <input type="checkbox"/> Vib total <input type="checkbox"/> Metales pesados <input type="checkbox"/> Turnos <input type="checkbox"/> Otros <input checked="" type="checkbox"/> Describir según corresponda: Puesto al que postula : SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK TOOLS Puesto actual: --- Tiempo: -- Reubicación: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>					
ANTECEDENTES OCUPACIONALES (VER HISTORIA OCUPACIONAL)					
ANTECEDENTES PERSONALES y OCUPACIONALES (enfermedades y accidentes)					
SIN IMPORTANCIA PATOLOGICA ACTUAL <input type="checkbox"/>					
Descripción REPARACION DE HERNIA UMBILICAL: - 2014					
HTA <input type="checkbox"/> H.Tg <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> HBP <input type="checkbox"/> Sd.Met. <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> H.Col <input type="checkbox"/> Artropatia <input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> C.A. <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> Prob CV <input type="checkbox"/> Pt Columna <input type="checkbox"/> Qx <input checked="" type="checkbox"/> Pb.Ren. <input type="checkbox"/> EPILEPSIA <input type="checkbox"/> IMA/SICA <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Prob. Psiquiátricos <input type="checkbox"/> RAM <input type="checkbox"/> Medicación actual --- NIEGA TENER ANTECEDENTES MEDICOS DE IMPORTANCIA <input type="checkbox"/>					
Por la presente declaro que la información consignada de mis antecedentes medicos es correcta y que no he ocultado ninguna informacion de la que tuviese conocimiento respecto de mi salud o de las condiciones patologicos de los que fui indagado y que pudiese ser relevante en mi evaluacion medico ocupacional y que de esconder informacion medica asumo toda la responsabilidad de las consecuencias que por no informar al medico evaluador devengan. Firma y DNI del Paciente Evaluado 					
Refiere Discapacidad No		CIE 10 ---		Tipo ---	
ANTECEDENTES FAMILIARES NO REFIERE		INMUNIZACIONES Tétano: <input type="checkbox"/> Hepatitis B: <input type="checkbox"/> Fiebre Amarilla: <input type="checkbox"/> Covid: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1 dosis		SIN HIJOS <input type="checkbox"/> NÚMERO DE HIJOS VIVOS 2 MUERTOS 0	
HÁBITOS: Tabaco <input checked="" type="checkbox"/> Alcohol <input checked="" type="checkbox"/> Coca <input checked="" type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Habitual <input type="checkbox"/> Excesivo <input type="checkbox"/> Obs. <input type="checkbox"/>		TALLA 161 cmts. PESO 74.5 Kg IMC 28.7 kg/m2		FUNCIÓN RESPIRATORIA Abs % FVC 4.37 100 FEV1 3.71 103 FEV1 / FVC 0.85 102 % FEF 25-75% 4.54 116 % Conclusión:NORMAL	
TEMPERATURA 36.5 °C Cintura : 95 cm Cadera : 105 cm ICC : 0.90 cm					
ANAMNESIS NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> Paciente refiere no presentar ningún tipo de síntomas, niega alguna patología.					
ECTOSCOPIA NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input checked="" type="checkbox"/> Aparente buen estado general, aparente buen estado de hidratación, aparente regular estado nutricional.					
PIEL Y FANERAS NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> Tibia, seca, lisa, de turgencia, elasticidad, grosor, y movilidad normales, con buena higiene y sin lesiones.					

CABEZA	NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/>	ANORMAL	<input type="checkbox"/>					
Normocéfalo.									
CUELLO	NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/>	ANORMAL	<input type="checkbox"/>					
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	<input checked="" type="checkbox"/>	ANORMAL	<input type="checkbox"/>					
Fosas nasales permeables, tabique nasal sin desviaciones, cornetes no hipertróficos, no secreciones.									
BOCA, AMIGDALAS, FARINGE, LARINGE				NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/>	ANORMAL	<input type="checkbox"/>	Piezas en mal estado: 2	
Labios sin lesiones, mucosa oral húmeda.				Piezas que faltan: 1					
OJOS	Sin corregir		Corregida		ENFERMEDADES OCULARES				
	OD	OI	OD	OI	Trastornos de la acomodación y de la refracción				
	0,75	0,50	0,50	0,50	REFLEJOS PUPILARES				
	20/60	20/40	20/20	20/20	CONSERVADOS				
VISIÓN DE CERCA									
VISIÓN DE LEJOS									
VISIÓN DE COLORES		Adecuado24/24 Laminas Observadas: ninguna							
OIDOS									
Audición derecha 500 1000 2000 3000 4000 8000									
Audición izquierda 500 1000 2000 3000 4000 8000									
Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000									
dB (A) 5 10 10 15 15 10 20									
Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000									
dB (A) 5 10 5 10 15 10 5									
OTOSCOPIA									
OD : Normal OI : Normal									
EN REPOSO									
Pulso x min		Presión Arterial Sistémica			F. Respiratoria :		Sat. O2 :		
65 puls/min		Sistólica		100 mmHg		18 resp/min		99 %	
		Diastólica		70 mmHg					
TORAX									
Caja torácica sin alteraciones. En las mamas no se palpan nódulos. Axilas sin adenopatías.									
CORAZON									
Corazón; ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.									
PULMONES									
Clínicamente normales: Murmullo vesicular y vibraciones vocales pasan bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.									
MIEMBROS SUPERIORES									
Rangos articulares conservados, no se evidencian alteraciones articulares, no dolor a la movilización activa ni pasiva, no crepitos, no eritema, ni aumento de volumen									
MIEMBROS INFERIORES									
Rangos articulares conservados, no se evidencian alteraciones articulares, no dolor a la movilización activa ni pasiva, no crepitos, no eritema, ni aumento de volumen.									
REFLEJOS OSTEOTENDINOS									
Normoreflexia									
MARCHA					APARATO LOCOMOTOR				
Equilibrio y coordinación motora normales.					Rangos Articulares: 4 puntos				
					Aptitud de Espalda: 4 puntos				
COLUMNA VERTEBRAL									
Curvaturas fisiológicas adecuadas, movilidad y rangos articulares dentro de lo aceptable. (Test de Adams Negativo)									
ABDOMEN					TACTO RECTAL				
Blando, depresible, no doloroso, ruidos hidroaéreos presentes, no visceromegalia.					NO SE HIZO <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>				
					NORMAL <input type="checkbox"/> Describir en Observac. <input type="checkbox"/>				
ANILLOS INGUINALES									
No protrusión de masas a través de anillos inguinales.									

HERNIAS

No se evidencia al examen físico hernias inguinales, umbilicales.

VARICES

No se evidencia al examen físico.

GENITALES

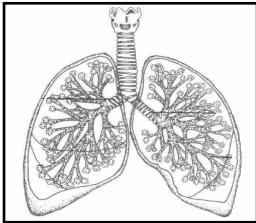
DIFERIDO

GANGLIOS

No se evidencia adenopatía.

LENGUAJE, ATENCIÓN, MEMORIA, ORIENTACIÓN, INTELIGENCIA, AFECTIVIDAD

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



Nº Rx 70218106
Fecha 4/07/2024 01
Calidad 2
Símbolos ---

Vértices: Sin alteraciones

Campos pulmonares: Parénquima Conservado

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: 17.4 g/dL

HEMATOCRITO: 52.4 %

ORINA	Color :	Amarillo Claro	Leu :	No se observan	Densidad :	1.03 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 :	5	Cue Ceto :	Negativo	Est Leu :	Negativo		

Exámenes Auxiliares Complementarios

NO APLICA.

Riesgo Coronario /
Score de Framingham:

NO APLICA

APTITUD:

MEDICAMENTO APTO

☐

MEDICAMENTO APTO

☒

CON RESTRICCIONES

MEDICAMENTO

☐

OBSERVADO

☐

MEDICAMENTO NO APTO

☐

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



Roberto Ayala Sipiran
Evaluador de Salud Ocupacional
S.G. NATCLAR S.A.C.

Medico Evaluador
AYALA SIPIRAN, ROBERTO RENATO

C.M.P 97577



Dra. Antonieta Liduvina Gonzalez Díaz
Evaluador de salud ocupacional
CMP: 090070 RNA: A12051
S.G. NATCLAR S.A.C.

Medico Auditor
GONZALEZ DIAZ, ANTONIETA LIDUVINA

C.M.P 90070

APTITUD EXAMENES COMPLEMENTARIOS

PARA GRANDES ALTITUDES GEOGRAFICAS (16A)

APTO

PARA MANEJO

APTO CON RESTRICC

PARA TRABAJOS EN ALTURA ESTRUCTURAL (>1.8m)

NO APLICA

PARA MANIPULADOR DE ALIMENTOS

NO APLICA

PARA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS

NO APLICA

PARA TRABAJOS EN CALIENTE

NO APLICA

EXAMENES COMPLEMENTARIOS :

EVALUACION PSICOLOGICA:

Apto para el puesto de trabajo habitual.

OBSERVACIONESMEZA QUISPE, ROY
ANTONIO

CIE	DESCRIPCION	RECOMENDACIONES /RESTRICCIONES
- Z01.1	Examen de oídos y de la audición	Normoacusia. Se recomienda uso de EPP auditivo estricto a ruido mayor de 80 dB.
- Z01.6	Examen radiológico, no clasificado en otra parte	Radiografía de tórax postero anterior normal. Se recomienda control anual y uso de protector respiratorio.
- E67	Otros tipos de hiperalimentación: Sobrepeso Antropométrico	Sobrepeso. Se recomienda dieta baja en grasas, harinas y ejercicio físico.
- H52	Trastornos de la acomodación y de la refracción	Ametropia bilateral corregida. RESTRICCION: Uso estricto de lentes correctores durante jornada laboral. Se recomienda control oftalmológico
- K02.0	Caries limitada al esmalte	Caries de esmalte. Piezas. 1.6; 4.6 . Se recomienda restauraciones de las piezas.

Firma del examinado

Huella digital índice derecho
Declaro que toda la información es
verdaderaMe han explicado y he entendido
sobre los resultados médicos y lo
relativo a mi salud.

MEZA QUISPE, ROY ANTONIO

70218106

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

DATOS PERSONALES			
APELLIDOS Y NOMBRES: MEZA QUISPE, ROY ANTONIO			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 70218106	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa): 20/08/1991 EDAD: 32 Años	SEXO: Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN: URB ALAMEDA DEL PINAR MZ O LT 15, 1 LIMA, COMAS			
EMPLEADOR: SANDVIK DEL PERU S A		ACTIVIDAD A REALIZAR: SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK TOOLS	

1. FUNCIONES VITALES

FC: 65 puls/min PA: 100/70 mmHg FR: 18 resp/min IMC: 28.70 kg/m2 SO2: 99.00 %
FUR: N/A

2. ANAMNESIS :

El / La paciente presenta o ha presentado en los últimos 6 meses lo siguiente:

- Cirugía mayor reciente	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	
- Desórdenes de la coagulación, trombosis, etc.	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	
- Diabetes Mellitus	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	
- Hipertensión Arterial	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	
- Embarazo	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO APLICA <input checked="" type="checkbox"/>
- Problemas neurológicos: epilepsia, vértigo, etc.	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	
- Infecciones recientes de moderadas a severas.	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	
- Obesidad Mórbida (IMC mayor a 35 m/kg2)	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	
- Problemas Cardíacos: marcapasos, coronapatía, etc.	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	
- Problemas Respiratorios: asma, EPOC, etc.	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	
- Problemas Oftalmológicos: retinopatía, glaucoma, etc.	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	
- Problemas Digestivos: Sangrado digestivo, cirrosis hepatica, hepatitis, etc	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	
- Apnea el Sueño	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	
- Otra condición médica importante	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	Especificar: NO REFIERE
- Alergias	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	Especificar: - . ()
- Uso de medicación actual	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	Especificar: - . ()
- ¿Ha viajado o laborado en altitud geográfica anteriormente?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	
- En caso de respuesta afirmativa, detalle si ha presentado algún efecto negativo en su salud	Niega sintomatología.				

3. EXAMEN FÍSICO

3.1 APARATO CARDIOVASCULAR:

Características del pulso 65 Latidos por minuto, palpable, ritmico y constante.
Observación: No se observa ingurgitación yugular.
Ruidos cardiacos: 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: 17.40 g/dL Valor Hematocrito: 52.40 % Glucosa en Sangre: 91.70 mg/dL Hemoglobina Glicosilada: NO APLICA
Interpretación EKG: NO APLICA.

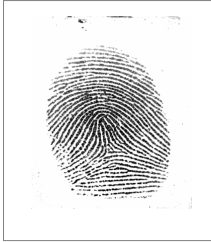
ANEXO 16 - A

EVALUACIÓN MÉDICA PARA ASCENSO A GRANDES ALTITUDES

(mayor de 2.500 m.s.n.m.)

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 Olgúin 906 Monterrico, Lima - Santiago de Surco, LIMA		
CMP: 40850	FECHA: 04/07/2024	FIRMA Y SELLO:

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

CS-HC- C0000455384 - 01152024034502 Fecha de Generación de Reporte: 04 / 07 / 2024 - 14 : 37 hs.

CONSTANCIA DE EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA

APELLIDOS Y NOMBRES : **MEZA QUISPE, ROY ANTONIO**
DNI : **70218106**
EMPRESA : **SANDVIK DEL PERU S A**
COMPAÑIA : **SOBREANDES S.A.C.**
CARGO O PUESTO : **SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK TOOLS**
FECHA : **4/07/2024**
EDAD : **32 AÑOS**

TRABAJADOR AL QUE SE LE HA EVALUADO LOS SIGUIENTES PARÁMETROS :

PESO	74.5 Kg
TALLA	1.610 mts.
I.M.C	28.7 Kg/m2

CINTURA	95 cm
CADERA	105 cm
I.C.C	0.90

PRESION ARTERIAL	100/70 mmHg
FRECUENCIA CARDIACA	65 lpm
FRECUENCIA RESPIRATORIA	18 rpm
SATURACIÓN O ₂	99 %



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

FICHA MÚSCULO ESQUELÉTICA

Identificación

APELLIDOS Y NOMBRES: MEZA QUISPE, ROY ANTONIO

FECHA: 04/07/2024

HORA: -

EMPRESA ESPECIALIZADA: SANDVIK DEL PERU S A

TIEMPO DE TRABAJO:

PUESTO DE TRABAJO: SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK TOOLS

SUBSUELO: 4 años 11
meses

SUPERFICIE: 9 años 4
meses

CONCENT: años 0 mes

- ¿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					1	
CADERA					1	
MUSLO					1	
ABDOMEN LATERAL					1	
Total					4	

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:

* En Ptos. colocar el grado que corresponde a la capacidad del paciente.

** Repetir cada movimiento contra resistencia leve a moderada y evaluar fortaleza v presencia del dolor

[Handwritten signature]



Firma y sello del Médico Evaluador:
AYALA SIPIRAN, ROBERTO RENATO

Roberto Ayala Sipiran
Evaluador de Salud Ocupacional
S.G. NATCLAR S.A.C.

FICHA DE APTITUD SENSOMETRICA

IDENTIFICACION					
APELLIDOS Y NOMBRES :	MEZA QUISPE ROY ANTONIO				
FECHA DE NACIMIENTO :	20/08/1991	EDAD :	32 años		
DNI :	70218106	FECHA Y HORA DE EXAMEN:	04/07/2024 -		
GRADO DE INSTRUCCION :	UNIVERSITARIO COMPLETO				
NOMBRE DE LA EMPRESA :	SANDVIK DEL PERU S A				

EVALUACION SENSOMETRICA					
AGUDEZA VISUAL	OJOS	SIN CORRECTOR		CON CORRECTOR	
		O.D.	O.I.	O.D.	O.I.
		VISION CERCANA	0,75	0,50	0,50
	VISION LEJOS	20/60	20/40	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 24/24 Laminas Observadas: 0				
TONOMETRIA :	Derecho: No Aplica		Izquierdo: No Aplica		
ESTEREOPSIS :	No Aplica				
FORIA :	No Aplica				
TEST DE SCHIRMER :	OD :	No aplica	OI :	No aplica	
REFLEJOS PUPILARES :	O.D : No Aplica		O.I : No Aplica		
NIGSTAMUS:	Nistagmus espontáneo: No Aplica		Nistagmus provocado: No Aplica		

CIEs: Diagnósticos:

- H52 Trastornos de la acomodación y de la refracción

Recomendaciones:

Ametropia bilateral corregida. RESTRICCION: Uso estricto de lentes correctores durante jornada laboral. Se recomienda control oftalmológico

Según Resolución directorial N° 13674-2007-MTC



Dr. Eduardo Edmundo Rojas Ortega
 Médico oftalmólogo
 CMP: 31685 RNE: 14501
 S.G. NATCLAR S.A.C.

Apellidos y Nombres MEZA QUISPE, ROY ANTONIO

Empresa SANDVIK DEL PERU S A

Puesto : SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK TOOLS

EVALUACIÓN AUDITIVA

DNI : 70218106

Edad: 32 Años Sexo: Masculino

Tipo de Examen : Examen de Ingreso

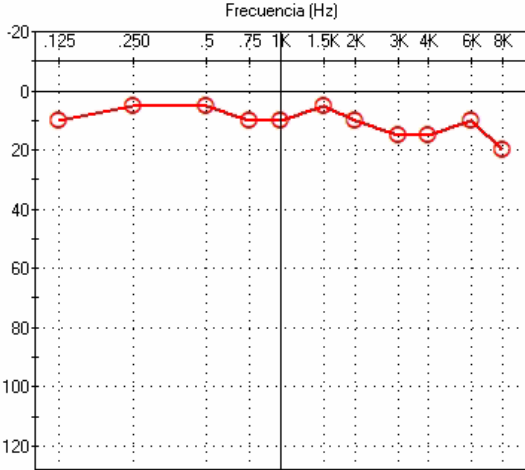
Fecha del Examen : 04/07/2024

Zona : SUBSUELO/SOCAVON

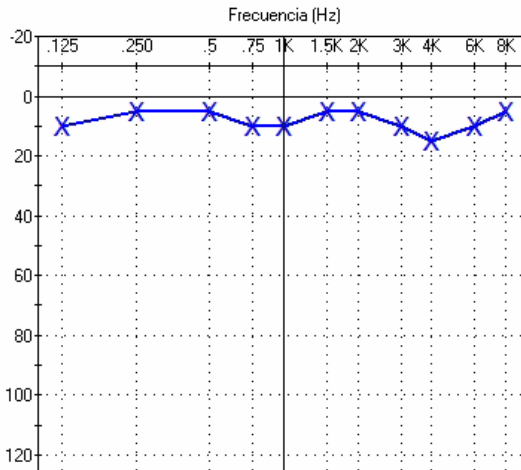
Hora : 11:18
Área : MANTENIMIENTO

GRAFICA DE AUDIOMETRIA TONAL

Oído derecho



Oído izquierdo



AUDIOMETRIA TONO PURO

Promedio (500-1000-2000 Hz)

	Derecha	Izquierda	
Cond. Aérea	8	7	dB
Cond. Ósea	-	-	dB

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

DIAPASONES (Acumetria)

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

Fecha de calibracion objetiva :

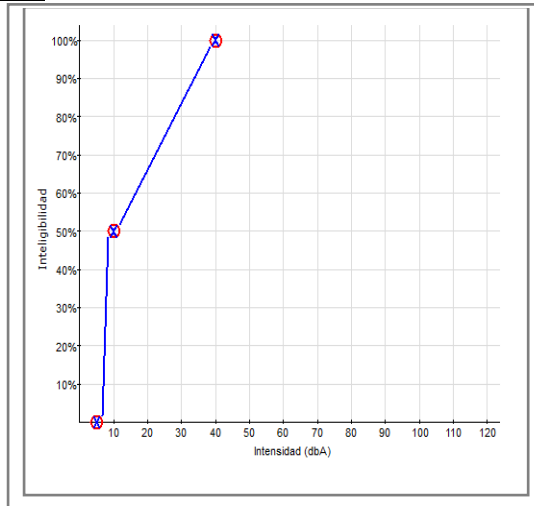
19/09/2023

Datos Ambiente

Evaluación realizada en cabina :

Si ☒ No ☐

GRAFICA LOGO AUDIOMETRICA



LOGO AUDIOMETRIA

	OD	OI
Umbral SDT (dB)	5	5
Umbral SRT (dB)	10	10
Umbral UMD (dB)	40	40
% Discriminación Monoaural	100	100

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

- Z01.1 - Normoacusia

OIDO IZQUIERDO

- Z01.1 - Normoacusia

Método para el cálculo de la severidad audiométrica:

--

INTERPRETACION OCUPACIONAL

OIDO DERECHO

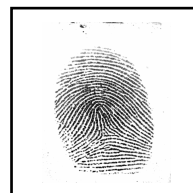
- Normal

OIDO IZQUIERDO

- Normal

NATCLAR
Judith Elena Arzapalo Laureano
Licenciada en enfermería
CEP: 40488 CAOMC: 475775
S.G. NATCLAR S.A.C

NATCLAR
Dra. Mirtha Benítez Chonta
Otorrinolaringólogo
CMP: 26644 RNE: 11097
S.G. NATCLAR S.A.C



Huella y Firma del Trabajador

EVALUACIÓN AUDITIVA

Apellidos y Nombres MEZA QUISPE, ROY ANTONIO
Empresa SANDVIK DEL PERU S A

DNI : 70218106 EDAD : 32 Años SEXO : Hombre
CIU :

Tipo de Examen : Examen de Ingreso

Fecha y Hora del Examen

04/07/2024 11:18

Tipo Audiometría : Base

Puesto : SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK
TOOLS

Zona : SUBSUELO/SOCA

Area : MANTENIMIENTO

1.1. Historia laboral - Exposición Actual

Antigüedad en el puesto actual : ---

Apreciación del Ruido en el Ambiente

-

Muy intenso

-

Moderado

-

No molesto

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

Laboral (Evaluación Cualitativa) :

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 ()

4 años

- ¿Ud. tuvo o tiene exposición a: Disolventes orgánicos : Tolueno ; Xileno ; Estireno ; Tricloroetileno / Metales :

Si () No (X)

Mercurio ; Manganeso ; Plomo ; Arsénico / Gases : Monóxido de carbono ; Cianuro de hidrógeno/ Sales : Cianuros

- ¿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
REMICSA DRILLING S.A.	TECNICO DE MEDICION	01/06/2018	01/01/2019	Ruido	8	Orejeras (Frecuentemente), Tapones auditivos (Frecuentemente)	8 m

EMPRESAS	Puesto de Trabajo	Desde	Hasta	Descripción Riesgo	Exposición (Hrs /Día)	Tipo de Protección Auditiva / Uso	Duración en Años
ROCK TOOLS PERU SAC	SUPERVISOR DE MINA	01/01/2020	01/04/2023	Ruido	12	Orejeras (Frecuentemente), Tapones auditivos (Frecuentemente)	3 a 4 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		X	Encefalitis		X	Otosclerosis		X	Hipoacusias (Incluido la Subita)		X
Sarampión		X	Sinusitis		X	Parálisis facial		X	Enf. Cerebro vasculares		X
TEC		X	Alt. Metabolismo		X	TBC		X	Otitis crónica		X
Rubeola		X	Meningitis		X	Rinitis		X	Traumatismo del Oído Interno		X
Comentarios	---										

1.7. ANTECEDENTES FAMILIARES

Algún familiar (padres, hermanos, tíos o abuelos) que sufran o hayan sufrido de sordera

SI	NO	COMENTARIO
	X	---

1.8. ANTECEDENTES TOXICOS

ALCOHOL Si () No (X) Cantidad gramos: gr./mes
FUMADOR Si () No (X) Nro cigarrillos:

1.9. ANTECEDENTES Medicamentosos (Con Efectos Ototoxicos)

Antibióticos aminoglucósidos; Terapia Antituberculosa ; Antibióticos macrólidos y afines; Antibióticos glucopeptídicos; Diuréticos; Salicilatos; Antimaláricos ; Citostáticos ; Bloqueadores Beta ; Otros Antibióticos, Otros

SI	NO	Descripción	Vigente (Continua TTO)
	X	---	---

2. Sintomatología Actual

2.1. SÍNTOMAS ACTUALES

Otalgia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Localizacion: ---	Frecuencia: ---	Duracion: ---
Otorrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Localizacion: ---	Característica: ---	
			Frecuencia: ---	Duracion: ---	Asociada a IVRS o mojar el oído: No
Fluctuación de la agudeza auditiva	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Localizacion: ---		
Plenitud ótica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Localizacion: ---		
Disminución de audición (No escucha)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Localizacion: ---	Frecuencia: ---	
Tinnitus	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Localizacion: ---	Clasificación: ---	
Disminución de audición (No entiende)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Localizacion: ---	Frecuencia: ---	
Vértigo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>			

Carácter Tranquilo ☒ Agresivo ☐ Colérico ☐ Inquieto ☐ Nervioso ☐

2.2. Condiciones de Evaluación: Óptimo

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

2.3. Examen ORL:

	Normal	Descripción	Anormal	Descripción
Nariz	<input checked="" type="checkbox"/>	Fosas nasales permeables, septum nasal sin desviaciones, cornetes no hipertroficados, no secreciones.	<input type="checkbox"/>	---
Faringoscopia:	<input checked="" type="checkbox"/>	Velo del paladar, Úvula, amígdalas de característica normal, faringe rosada, leve vascularización, no exudado,cavidad oral libre, no ulceras, no tumoración.	<input type="checkbox"/>	---

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: 21 °C Humedad Si Valor: 69 %
confortable:

CONCLUSIONES

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

RECOMENDACIONES

- Se recomienda uso de protección auditiva estricta cuando exista exposición a ruido mayor a 80 db (A).


Judith Elena Arzapalo Laureano
Licenciada en enfermería
CEP: 40488 CAOMC: 475775
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.



ESPIROMETRÍA

APELLIDOS Y NOMBRES :MEZA QUISPE, ROY ANTONIO

DNI :70218106

EDAD :32 años

SEXO :MASCULINO

EMPRESA :SANDVIK DEL PERU S A

TIPO EXAMEN :INGRESO

FECHA EXAMEN :4/07/2024

PUESTO :SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK TOOLS

ZONA :SUBSUELO/SOCAVON

ÁREA :MANTENIMIENTO

INFORMACION DEL PACIENTE

ALTURA :161 cmts.

PESO :74.5 Kg

ORIGEN ETNICO :HISPANO

FUMADOR :NO

INFORMACION DEL TEST

TIPO TEST :FVC (sólo esp)

FECHA TEST :04/07/2024 11:57:13

TIEMPO POSTERIOR :-

INTERPRETACION :GOLD(2008)/Hardie

PREDICHO :NHANES III

SELECCION DE VALOR :Mejor valor

BTPS(INSP/ESP) :1.12/1.02

RESULTADO DE TEST

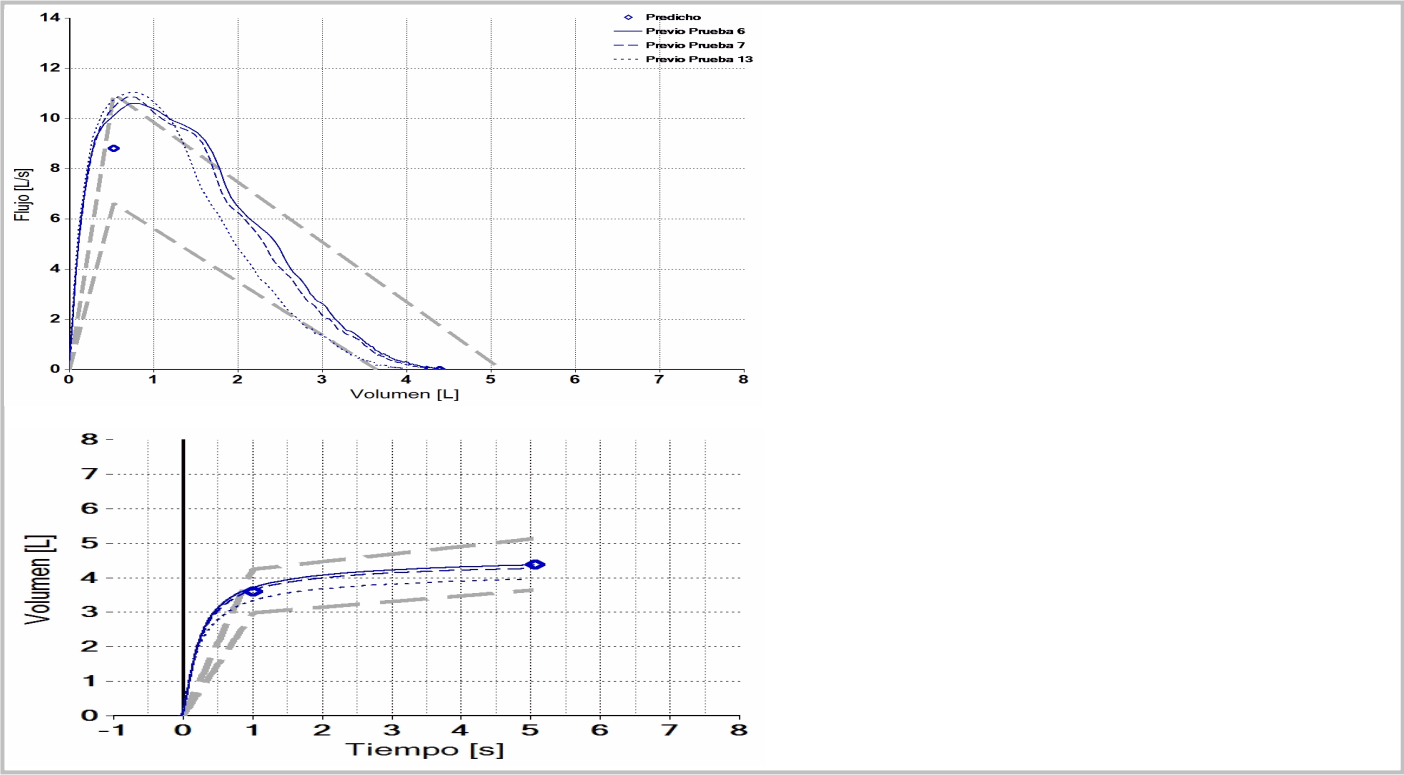
Su FEV1 / Predicho :103%

Su edad Pulmonar :-

Parametro	Pred	LLN	Mejor	Prueba 6	Prueba 7	Prueba 13	%Pred
FVC [L]	4.39	3.64	4.37	4.37	4.27	3.95	100
FEV1 [L]	3.61	2.98	3.71	3.71	3.64	3.33	103
FEV1/FVC	0.83	0.74	0.85	0.85	0.85	0.84	102
FEF25-75% [L/s]	3.90	2.48	4.54	4.54	4.35	3.75	116
PEF [L/s]	8.81	6.63	11.06	10.62	10.89	11.06	126
FET [s]	-	-	5.06	5.06	5.06	4.97	-
BEV [L]	-	-	0.08	0.08	0.08	0.08	-
EOTV [L]	-	-	0.02	0.02	0.02	0.02	-

Calidad de la SesiónPrevio A (FEV1 Var=0.07L (1.9%) FVC Var=0.10L (2.3%))

Interpretación del SistemaPrevio Espirometría Normal



Conclusion : NORMAL

Observaciones : -

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

Lisbeth Gabriela Siesquen Chaponan
Técnica en enfermería
NIOSH: 2024-160
S.G. NATCLAR S.A.C.

REALIZADOR

FORMATO DE EVALUACIÓN DE PLACAS RADIOGRÁFICAS

Código del trabajador

70218106

FECHA DE PLACA RADIOGRÁFICA

Mes Día Año

07

4

2024

TIPO DE LECTURA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A	B	P

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

1. CALIDAD DE LA RADIOGRAFÍA

1

2

3

I/C

I/C = inclasificable

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

☐ Sobreexpuesta (oscura)

☐ Subexpuesta (clara)

☐ Artefactos

☒ Posición incorrecta

☐ Contraste deficiente

☐ Procesamiento deficiente

☐ Subinsuflación

☐ Moteada

☐ Otro (especifique)

2A. ¿EXISTE ALGUNA 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
q	t
r	u

p	s
q	t
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

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

Anchura (solamente de perfil)

(3mm de anchura mínima requerida)

3 a 5 mm = a

5 a 10 mm = b

>10 mm = c

De perfil

O D I

O D I

De frente

O D I

O D I

Diaphragma

O D I

O D I

Otro(s) sitio(s)

O D I

O D I

O	D
1	2
3	

O	I
1	2
3	

O	D
a	b
c	

O	I
a	b
c	

3C. OBLITERACIÓN DEL ÁNGULO COSTOFRÉNICO

D	I
---	---

Pase a la sección 3D

No ☒

Pase a la seccion 4A

3D. ENGROSAMIENTO PLEURAL DIFUSO

Pared torácica

Localización

(marque localización, calcificación, extensión y anchura)

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
1	2
3	

O	I
1	2
3	

Anchura (solamente de perfil)

(3mm de anchura mínima requerida)

3 a 5 mm = a

5 a 10 mm = b

>10 mm = c

O	D
a	b
c	

O	I
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

07

4

2024

HORA: 08:30

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 a

- ☐ 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 cardiaco 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 símbolos supone un calificativo de introducción o una frase como "cambios indicativos de" o "opacidades que sugieren" o "sospechoso". Los símbolos 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 : **MEZA QUISPE, ROY ANTONIO**

Fecha Nac. : 20/08/1991 Sexo: M

Dni : 70218106

Empresa : SANDVIK DEL PERU S A

Ocupación : SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK
TOOLS

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02887675**

Centro : Clinica

Fecha Ingreso : 4/07/24

Fecha Informe : 4/07/24

14:36:48

Hematología

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

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:

Paciente : **MEZA QUISPE, ROY ANTONIO**

Fecha Nac. : 20/08/1991 Sexo: M

Dni : 70218106

Empresa : SANDVIK DEL PERU S A

Ocupación : SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK
TOOLS

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02887675**

Centro : Clínica

Fecha Ingreso : 4/07/24

Fecha Informe : 4/07/24

14:36:48

Hematología

Pruebas realizadas	Resultado	Unidad de Medida	Rango de referencia	Método
MUESTRA: Sangre				
Hematocrito	* 52.4	%	36.0 - 51.0	Impedancia volumétrica
Hemoglobina	* 17.4	g/dL	12.0 - 17.2	Impedancia volumétrica

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:

Paciente : **MEZA QUISPE, ROY ANTONIO**

Fecha Nac. : 20/08/1991 Sexo: M

Dni : 70218106

Empresa : SANDVIK DEL PERU S A

Ocupación : SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK
TOOLS

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02887675**

Centro : Clinica

Fecha Ingreso : 4/07/24

Fecha Informe : 4/07/24

14:36:48

Bioquímica

Pruebas realizadas	Resultado	Unidad de Medida	Rango de referencia	Método
GLUCOSA BASAL	91.7	mg/dL	70 - 110	GOD - PAP

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:

Paciente : **MEZA QUISPE, ROY ANTONIO**

Fecha Nac. : 20/08/1991 Sexo: M

Dni : 70218106

Empresa : SANDVIK DEL PERU S A

Ocupación : SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK
TOOLS

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02887675**

Centro : Clinica

Fecha Ingreso : 4/07/24

Fecha Informe : 4/07/24

14:36:48

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:

Paciente : **MEZA QUISPE, ROY ANTONIO**

Fecha Nac. : 20/08/1991 Sexo: M

Dni : 70218106

Empresa : SANDVIK DEL PERU S A

Ocupación : SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK
TOOLS

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02887675**

Centro : Clínica

Fecha Ingreso : 4/07/24

Fecha Informe : 4/07/24

14:36:48

Microbiología

EXAMEN COMPLETO DE ORINA

Pruebas Realizadas	Resultado	Rango de Referencia	Unidades
MACROSCOPICO:			
Color	Amarillo Claro		
Aspecto	Transparente		
EXAMEN QUÍMICO:			
PH	5.00	5.00 - 7.00	
Densidad	1.030		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:



Lic. Ronald Junior Cayotopa De la cruz
Analista de laboratorio II
CTMP: 12936
S.G. NATCLAR S.A.C.

REPORTE PSICOLOGICO

NOMBRE Y APELLIDOS : ROY ANTONIO MEZA QUISPE
OCUPACION : SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK TOOLS EDAD : 32 años
GRADO DE INSTRUCCIÓN : UNIVERSITARIO COMPLETO DNI : 70218106
EMPRESA : SANDVIK DEL PERU S A TIPO DE EXAMEN : Examen de Ingreso

COMPETENCIAS PSICOLOGICAS		BAJO	MEDIO	ALTO
INTELECTUALES	Razonamiento Espacial		X	X
	Razonamiento Lógico		X	
AFFECTIVAS	Patron de Personalidad	Patron del Evaluador		
HABILIDADES INTERPERSONALES	Comunicación			X
	Trabajo en equipo			X
	Liderazgo	Generativo Nutritivo (GN)		

En la esfera cognitiva, muestra capacidad para hacerse representaciones visuales y pensar con imágenes. Así mismo, evidencia flexibilidad para resolver cuestiones de tipo lógico y abstracto.

En la esfera afectiva, se describe a sí mismo como cariñoso, comprensivo, divertido y colaborador. Toma las ideas creativas y las utiliza para fines prácticos. Es competitivo y usa métodos directos para conseguir resultados. En lugar de ordenar o mandar, involucra a las personas en el trabajo usando métodos persuasivos, obteniendo la cooperación de quienes le rodean al explicar la lógica de las actividades propuestas. Así mismo, suele ser capaz de ayudar a los demás a visualizar los pasos necesarios para lograr resultados. Por lo general, habla de un plan de acción detallado que el mismo desarrollaría para asegurar una progresión ordenada hacia los resultados. Sin embargo, en su afán de ganar, se puede impacientar cuando no se mantiene a los niveles establecidos o cuando se requiere mucho seguimiento. Muestra un pensamiento bastante analítico y es hábil para expresar en palabras sus críticas. En ocasiones, sus palabras pueden ser bastante hirientes, sin embargo, controla mejor la situación si se relaja y disminuye su ritmo de trabajo.

En la esfera laboral el evaluado cuenta con 4 años y 6 meses de experiencia en el puesto, conoce adecuadamente sus funciones específicas, así mismo, conoce los peligros y riesgos a los que está expuesto, utiliza el equipo de protección personal cuando se requiere. Hace bien al grupo, lo nutre, da libertad y es generoso, se siente tranquilo mientras comprueba los procesos del grupo, convence a su grupo a que acepten su posición, protege, apoyay orienta tiene estilo sobre protector. Tiende a seguir con los procedimientos establecidos para realizar un trabajo seguro.

CONCLUSION:

El Sr. ROY ANTONIO MEZA QUISPE se encuentra APTO, ya que alcanza el nivel de competencias requeridas.

EVALUADOR : BARBOZA PARIONA, JORGE LUIS

COLEGIATURA : 48253



Lic. Jorge Luis Barboza Pariona
Analista de Psicología Ocupacional II
C.Ps.P: 48253
S.G. NATCLAR S.A.C.

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH (VERSIÓN PERUANA MODIFICADA)

Nombres y Apellidos : **MEZA QUISPE, ROY ANTONIO**

DNI : **70218106**

Fecha : **04-Jul.-2024**

PREGUNTA: ¿Qué tan probable es que usted cabecee o se quede dormido en las siguientes situaciones? Considere los últimos meses de sus actividades. No se refiere a sentirse cansado debido a actividad física. Aunque no haya realizado últimamente las situaciones descritas, considere como le habrían afectado. Use la siguiente escala y marque con una X la opción más apropiada para cada situación:

Nunca ha dormido
Escasa posibilidad de dormirse
Moderada posibilidad de dormirse
Elevada posibilidad de dormirse

N°	SITUACIÓN	PROBABILIDAD DE CABEECAR			
		NUNCA	POCA	MODERADA	ALTA
1	Sentado y Leyendo	X			
2	Viendo televisión	X			
3	Sentado, (por ejemplo en el teatro, en una reunión, en el cine, en una conferencia, escuchando la misa o el culto).	X			
4	Como pasajero en un automóvil, ómnibus, micro o combi durante una hora o menos de recorrido.	X			
5	Recostado en la tarde si las circunstancias lo permiten.		X		
6	Sentado conversando con alguien	X			
7	Sentado luego del almuerzo y sin haber bebido alcohol.	X			
8	Conduciendo el automóvil cuando se detiene algunos minutos por razones de tráfico.	X			

Puntaje Obtenido : **1** punto(s)

Interpretación : Ausencia de indicadores de somnolencia diurna.



Lic. Jorge Luis Barboza Pariona
Analista de Psicología Ocupacional II
C.Ps.P. 48253
S.G. NATCLAR S.A.C.

Firma

REGISTRO DE ENTREGA E INFORME DE RESULTADOS DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Yo **MEZA QUISPE, ROY ANTONIO** Identificada con DNI/CE N° **70218106** de constancia que he sido informado(a) acerca de los resultados del Examen Médico Ocupacional [*] que la empresa **SANDVIK DEL PERU S A** me realizó en conformidad con la Ley Nro. 29783 (Artículo 49, inciso d) a través del Servicio de Apoyo al Médico Ocupacional (SAMO) en la Clínica Ocupacional **S.G NATCLAR S.A.C** el día **04** del mes **07** del año **2024** los mismos que fueron entregados.

Asimismo, asumo el compromiso de cumplir con las recomendaciones e indicaciones propuestas por el médico ocupacional.



FIRMA



HUELLA


DNI/CE/PASAPORTE : **70218106**
FECHA : **4/07/2024**



Dra. Antonieta Liduvina Gonzalez Díaz
Evaluador de salud ocupacional
CMP: 090070 RNA: A12051
S.G. NATCLAR S.A.C.

V° B° Médico Ocupacional

[*] Acorde a ley N° 29783 (Artículo 71, inciso b)

 USO INTERNO	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZAR EL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL, USO DE FIRMA Y HUELLA	Código:	FO-REP-02
		Versión:	05
		Página:	1 de 2
		Unidad:	CLINICA / UNIDAD MINERA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZAR EL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Yo **MEZA QUISPE ROY ANTONIO**, identificado/a con documento de identidad N° 70218106 con ocupación laboral de **SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK TOOLS**, certifico que he sido informado/a acerca de la naturaleza y propósito del examen médico ocupacional, así como pruebas complementarias determinadas por la empresa **SOBREANDES S.A.C.**. 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.

Para la custodia y entrega de los resultados faculto y delego al proveedor de Salud Ocupacional S,G Natclar, quien tendrá a su cargo dichos documentos, siendo responsable de garantizar la confidencialidad. Se podrá entregar una copia de mi legajo medico ocupacional foliados, previa autorización de mi parte o cuando medie un mandato judicial, a solicitud de mis aseguradoras o área de salud de mi empresa para fines que crea conveniente.

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: 4/07/2024 08:41:39


 Firma


 Huella Digital



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL USO DE FIRMA Y HUELLA ELECTRÓNICA

Yo **MEZA QUISPE ROY ANTONIO**, identificado/a con documento de identidad N° 70218106, 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 4/07/2024

Fecha y hora: 4/07/2024 08:41:39


 Firma


 Huella Digital

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