

Certificado de Aptitud Médico Ocupacional
Examen de Ingreso

 NATCLAR <small>Gestión de Salud Ocupacional</small>		CÓDIGO	C0000455384		
CERTIFICA que el Sr. (a):					
Nombre y Apellidos	ROY ANTONIO MEZA QUISPE				
Documento de Identidad	70218106	Edad	32	años	Género
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. 					
 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 Médico Ocupacional					
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
OCCUPACION 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. RESTRICCIÓN: 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.

CS-HC- C 0000455384
01152024034502



Dr. Juan José Retamoza 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	HEMATOCRITO
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 médica:

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

He sido debidamente informado de los resultados obtenidos en el examen médico, 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: Sobre peso 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.
- Sobre peso. Se recomienda dieta baja en grasas, harinas y ejercicio físico.
- Ametropia bilateral corregida. RESTRICCIÓN: 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 Médico 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 Médico 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/HUANCABELICA/Perú

PROFESIÓN: SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK TOOLS

N° REGISTRO (DNI): 70218106

FECHA DE NACIMIENTO: 20/08/1991

SEXO: Masculino

 LUGAR DE PROCEDENCIA: 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	OCCUPACIÓN	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) Orejeras (Frecuentemente), Tapones auditivos (Frecuentemente) Máscara Autofiltrante para Partículas (Sólo en caso de exposición), Respirador (Sólo en caso de exposición)
01-06-2018	REMICSA 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) Orejeras (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

ANEXO No. 16

FICHA MÉDICA OCUPACIONAL

EXAMEN MÉDICO

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

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.		FECHA DE NAC.	DOMICILIO HABITUAL	AREA DE LABOR	ALTITUD DE LA LABOR
CHURCAMPA / HUANCAYA / Perú		20/08/1991	URB ALAMEDA DEL PINAR MZ O LT 15 1 LIMA / LIMA / COMAS	SUPERFICIE CONCENTRADORA SUBSUELO	Debajo 2500 m <input type="checkbox"/> 3500 a 4000 m <input type="checkbox"/> Hasta 3000 m <input type="checkbox"/> 4000 a 4500 m <input checked="" type="checkbox"/> 3000 a 3500 m <input type="checkbox"/> Más de 4500 m <input type="checkbox"/>
EDAD	SEXO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCIÓN
32 Años	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	70218106 TELEFONO: 993814370		Soltero <input type="checkbox"/> Conviviente <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>	Analfabeto <input type="checkbox"/> Primaria Incomp. <input type="checkbox"/> Primaria Comp. <input type="checkbox"/> Sec. Incomp. <input type="checkbox"/> Sec. Comp. <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universitario <input checked="" type="checkbox"/>
<p>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"/></p> <p>Describir según corresponda: Puesto al que postula : SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK TOOLS Puesto actual: --- Tiempo: -- Reubicación: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>					

ANTECEDENTES OCUPACIONALES (VER HISTORIA OCUPACIONAL)

ANTECEDENTES PERSONALES y OCUPACIONALES (enfermedades y accidentes)

SIN IMPORTANCIA PATOLOGICA ACTUAL

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 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 ---				

Descripción
REPARACION DE HERNIA UMBILICAL: - 2014

NIEGA TENER ANTECEDENTES MEDICOS DE IMPORTANCIA

Por la presente declaro que la información consignada de mis antecedentes medicos es correcta y que no he ocultado ninguna información de la que tuviese conocimiento respecto de mi salud o de las condiciones patológicas de los que fui indagado y que pudiese ser relevante en mi evaluación medico ocupacional y que de esconder información 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			INMUNIZACIONES	SIN HIJOS	NÚMERO DE HIJOS
NO REFIERE			Tétano: <input type="checkbox"/> Hepatitis B: <input type="checkbox"/> Fiebre Amarilla: <input type="checkbox"/> Covid: <input checked="" type="checkbox"/> Nº 1 dosis	<input type="checkbox"/>	VIVOS 2 0 MUERTOS 0
HÁBITOS:	Tabaco <input checked="" type="checkbox"/>	Alcohol <input checked="" type="checkbox"/>	Coca <input checked="" type="checkbox"/>	TALLA 161 cmts. PESO 74.5 Kg IMC 28.7 kg/m ² 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
	Nada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Poco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Habitual <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Excesivo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Obs.					

ANAMNESIS NORMAL ANORMAL

Paciente refiere no presentar ningún tipo de síntomas, niega alguna patología.

ECTOSCOPIA NORMAL ANORMAL

Aparente buen estado general, aparente buen estado de hidratación, aparente regular estado nutricional.

PIEL Y FANERAS NORMAL ANORMAL

Tibia, seca, lisa, de turgencia, elasticidad, grosor, y movilidad normales, con buena higiene y sin lesiones.

CABEZA **NORMAL** **ANORMAL**

Normocéfalo.

CUELLO **NORMAL** **ANORMAL**

Cilíndrico, móvil, no doloroso a la palpación ni a la movilización pasiva ni activa, no adenopatías, tiroides en rangos normales, no ingurgitación yugular.

NARIZ **NORMAL** **ANORMAL**

Fosas nasales permeables, tabique nasal sin desviaciones, cornetes no hipertróficos, no secreciones.

BOCA, AMIGDALAS, FARINGE, LARINGE **NORMAL** **ANORMAL** Piezas en mal estado: **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			
VISIÓN DE CERCA	0,75	0,50	0,50	0,50	REFLEJOS PUPILARES			
VISIÓN DE LEJOS	20/60	20/40	20/20	20/20	CONSERVADOS			
VISIÓN DE COLORES	Adecuado 24/24 Láminas Observadas: ninguna							

OÍDOS	Audición derecha 500 1000 2000 3000 4000 8000							Audición izquierda 500 1000 2000 3000 4000 8000							
	Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
dB (A)	5	10	10	15	15	10	20	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 %

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

Equilibrio y coordinación motora normales.

APARATO LOCOMOTOR

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

Blando, depresible, no doloroso, ruidos hidroaéreos presentes, no visceromegalia.

TACTO RECTAL

NO SE HIZO

ANORMAL

NORMAL

Describir en Observac.

ANILLOS INGUINALES

No protrusión de masas a través de anillos inguinales.

HERNIAS

No se evidencia al exámen físico hernias inguinales, umbilicales.

VARICES

No se evidencia al examen físico.

GENITALES

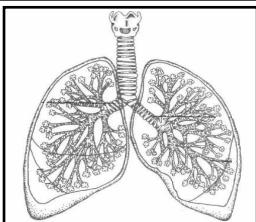
DIFERIDO

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
Hilos: Conservado
Senos: Libres, no efusión pleural. Mediastinos: Normales

Conclusiones radiográficas: Placa Radiográficamente 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							<u>Otros Exámenes:</u>
Sin Neumoconiosis NORMAL	Imagen radiográfica 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 Framinghan: NO APLICA

APTITUD:

MEDICAMENTE 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.

CON RESTRICCIONES



MEDICAMENTE
OBSERVADO



MEDICAMENTE NO APTO



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

Medico Ocupacional
RETAMOZO PADILLA, JUAN JOSE

C.M.P 40850

C.M.P 97577



Dra. Antonieta Liduvina González 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.

OBSERVACIONES

MEZA 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. RESTRICCIÓN: 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 indice derecho
Declaro que toda la información es
verdadera

Me 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 SI
- Desórdenes de la coagulación, trombosis, etc. NO SI
- Diabetes Mellitus NO SI
- Hipertensión Arterial NO SI
- Embarazo NO SI
- Problemas neurológicos: epilepsia, vértigo, etc. NO SI
- Infecciones recientes de moderadas a severas. NO SI
- Obesidad Mórbida (IMC mayor a 35 m/kg²) NO SI
- Problemas Cardíacos: marcapasos, coronariopatía, etc. NO SI
- Problemas Respiratorios: asma, EPOC, etc. NO SI
- Problemas Oftalmológicos: retinopatía, glaucoma, etc. NO SI
- Problemas Digestivos: Sangrado digestivo, cirrosis hepática, hepatitis, etc NO SI
- Apnea del Sueño NO SI
- Otra condición médica importante NO SI Especificar: NO REFIERE
- Alergias NO SI Especificar: - . ()
- Uso de medicación actual NO SI Especificar: - . ()
- ¿Ha viajado o laborado en altitud geográfica anteriormente? NO SI
- 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 cardíacos: Rítmicos normofonéticos, no se ausculta ruidos agregados ni soplos.

3.2 APARATO RESPIRATORIO:

Observación y palpación: Tórax con buena amplexación, no se observa alteraciones de estructura.

Percusión: Tórax timpánico en ambos campos pulmonares.

Auscultación: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no se evidencia ruidos agregados.

4. EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Valor Hemoglobina: 17.40 g/dL Valor Hematocrito: 52.40 % Glucosa en Sangre: 91.70 mg/dL Hemoglobina Glicosilada: NO APLICA

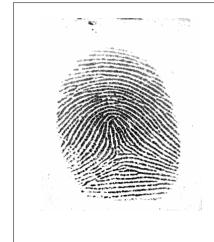
Interpretación EKG: NO APLICA.

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 Olguín 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

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 O₂	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

SUPERFICIE: 9 años 4

CONCENT: años 0 mes

meses

- ¿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	

Fecha de Generación de Reporte: 04 / 07 / 2024 - 14 : 37 hs.

CS-HC-C0000455384 - 01152024034502

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 y presencia del dolor



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				
GRADO DE INSTRUCCION :	UNIVERSITARIO COMPLETO	FECHA Y HORA DE EXAMEN: 04/07/2024 -			
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	0,50
VISION LEJOS	20/60	20/40	20/20	20/20	
CAMPO VISUAL :	Derecho: 85		Izquierdo: 85		
VISION DE PROFUNDIDAD :	No aplica				
DISCRIMINACION DE COLORES :	Adecuado				
DESVIACION DE EJE VISUAL VERTICAL :	No Aplica				
DESVIACION DE EJE VISUAL HORIZONTAL :	No Aplica				
VISION NOCTURNA :	No Aplica				
ENCANDILAMIENTO :	No Aplica				
REACCION DE ENCANDILAMIENTO :	No Aplica				
TEST DE ISHIHARA :	Adecuado 24/24 Laminas Observadas: 0				
TONOMETRIA :	Derecho: No Aplica		Izquierdo: No Aplica		
ESTEREOOPSIS :	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. **RESTRICCIÓN:** Uso estricto de lentes correctores durante jornada laboral. Se recomienda control oftalmológico

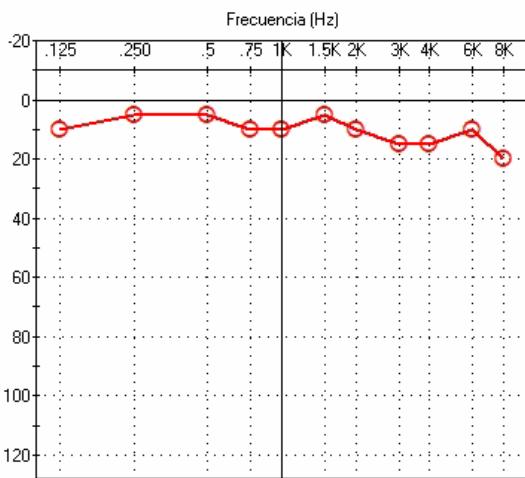
Según Resolución directorial N° 13674-2007-MTC



Apellidos y Nombres MEZA QUISPE, ROY ANTONIO

Empresa SANDVIK DEL PERU S A

Puesto SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK TOOLS

GRAFICA DE AUDIOMETRIA TONAL
Oído derecho


	dB	.125	.250	.500	.750	1K	1.5K	2K	3K	4K	6K	8K
AC	10	5	5	10	10	5	10	15	15	10	20	
BC												
FF												

EVALUACIÓN AUDITIVA
DNI : 70218106

Edad: 32 Años **Sexo**: Masculino

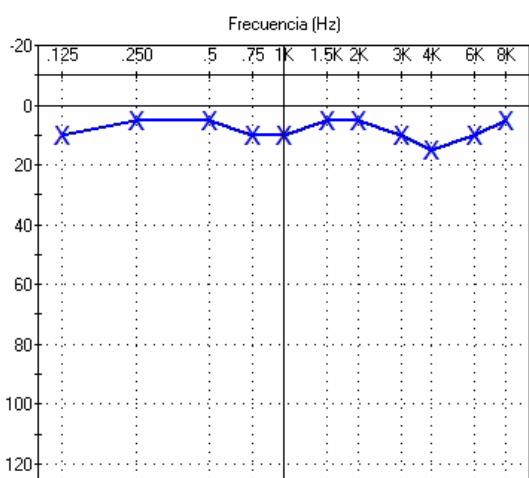
Tipo de Examen : Examen de Ingreso

Fecha del Examen : 04/07/2024

Zona : SUBSUELO/SOCAVON

Hora : 11:18

Area : MANTENIMIENTO

Oído izquierdo


	dB	.125	.250	.500	.750	1K	1.5K	2K	3K	4K	6K	8K
AC	10	5	5	10	10	5	10	5	10	15	10	5
BC												
FF												

AUDIOMETRIA TONO PURO
Promedio (500-1000-2000 Hz)

Derecha	Izquierda
8	7
-	-

Der. **Izq.**
Cond. Aérea **Cond. Ósea**
Enmascarada **Cond. Ósea**
Enmascarada **Cond. Ósea**
DIAPASONES (Acumetria)

OD	RINNE	OI
(+)	512	(+)
No aplica	1024	No aplica

OD	Weber	OI
	512	
No aplica	1024	No aplica

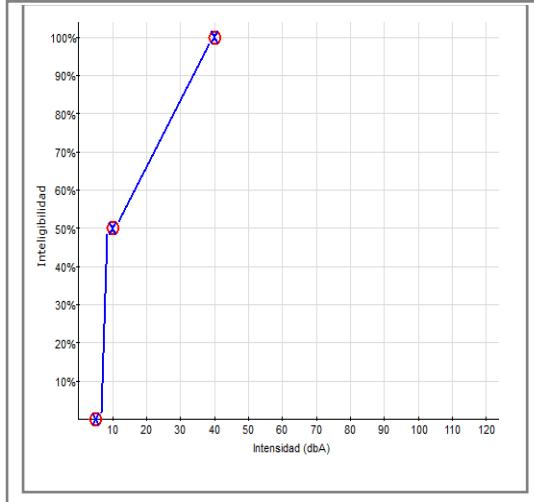
Datos del Audiometro
Marca : Interacoustics

Modelo : AD229b

Datos Ambiente
Evaluación realizada en cabina :

Si No
Fecha de calibracion objetiva :

19/09/2023

GRAFICA LOGOAUDIOMETRICA

LOGOAUDIOMETRIA

	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

HTL	SDT	SRT	UMD1	UMD2	UMD3	UMD4
	OD	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



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
Actividad de la empresa CIUO :

Tipo de Examen : Examen de Ingreso

Fecha y Hora del Examen

04/07/2024 11:18

Tipo Audiometria : Base

Puesto : SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK TOOLS

Zona : SUBSUELO/SOCA

Area : MANTENIMIENTO

1.1. Historia laboral - Exposición Actual

Antiguedad 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 () No ()

4 años

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

Si () No ()

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

Si () No ()

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
Parotiditis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
TEC	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rubeola	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Comentarios	---	

	SI	NO
Encefalitis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Alt. Metabolismo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

	SI	NO
Otosclerosis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Parálisis facial	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
TBC	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rinitis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

	SI	NO
Hipoacusias (Incluido la Subita)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enf. Cerebro vasculares	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Otitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Traumatismo del Oído Interno	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

1.9. ANTECEDENTES Medicamentosos (Con Efectos Ototoxicos)

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

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

2. Sintomatología Actual**2.1. SÍNTOMAS ACTUALES**

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

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 oido 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 type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Presencia de enfermedad respiratoria alta o sintomatología de resfriado	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	Abnormal	Descripción
Nariz	<input checked="" type="checkbox"/>	Fosas nasales permeables, septum nasal sin desviaciones, cornetes no hipertroficos, 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 confortable: Si Valor: 69 %

CONCLUSIONES

- Logoaudiometría - Adecuada discriminación de la palabra bilateral a intensidad de voz normal.
 Umbráles Auditivos - Umbráles auditivos 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 CAOHC: 475775
 S.G. NATCLAR S.A.C.


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

1. Las evaluaciones se ejecutan con técnica de enmascaramiento, siempre que cumplan los criterios para su aplicación.
2. 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. **TIPO TEST :** FVC (sólo esp)
PESO : 74.5 Kg **FECHA TEST :** 04/07/2024 11:57:13
ORIGEN ETNICO : HISPANO **TIEMPO POSTERIOR :** -
FUMADOR : NO **INTERPRETACION :** GOLD(2008)/Hardie
 PREDICHO : NHANES III
 SELECCION DE VALOR : Mejor valor
 BTPS(INSP/ESP) : 1.12/1.02

RESULTADO DE TEST

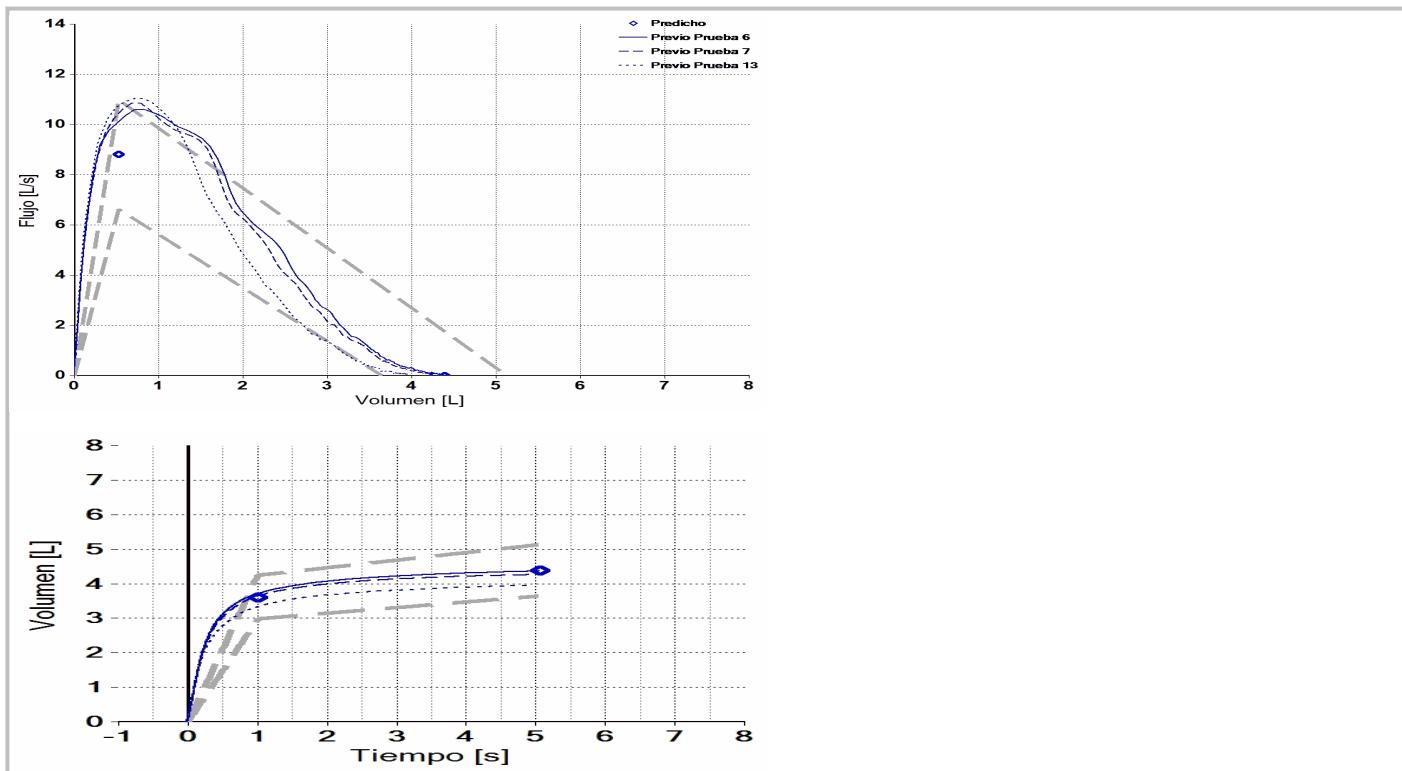
Su FEV1 / Predicho : 103%

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 Sesión **Previo A (FEV1 Var=0.07L (1.9%) FVC Var=0.10L (2.3%))**

Interpretación del Sistema **Previo 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 Chopoñan
Técnica en enfermería
NIOSH: 2024-160
S.G. NATCLAR S.A.C.



REALIZADOR

ODONTOGRAMA

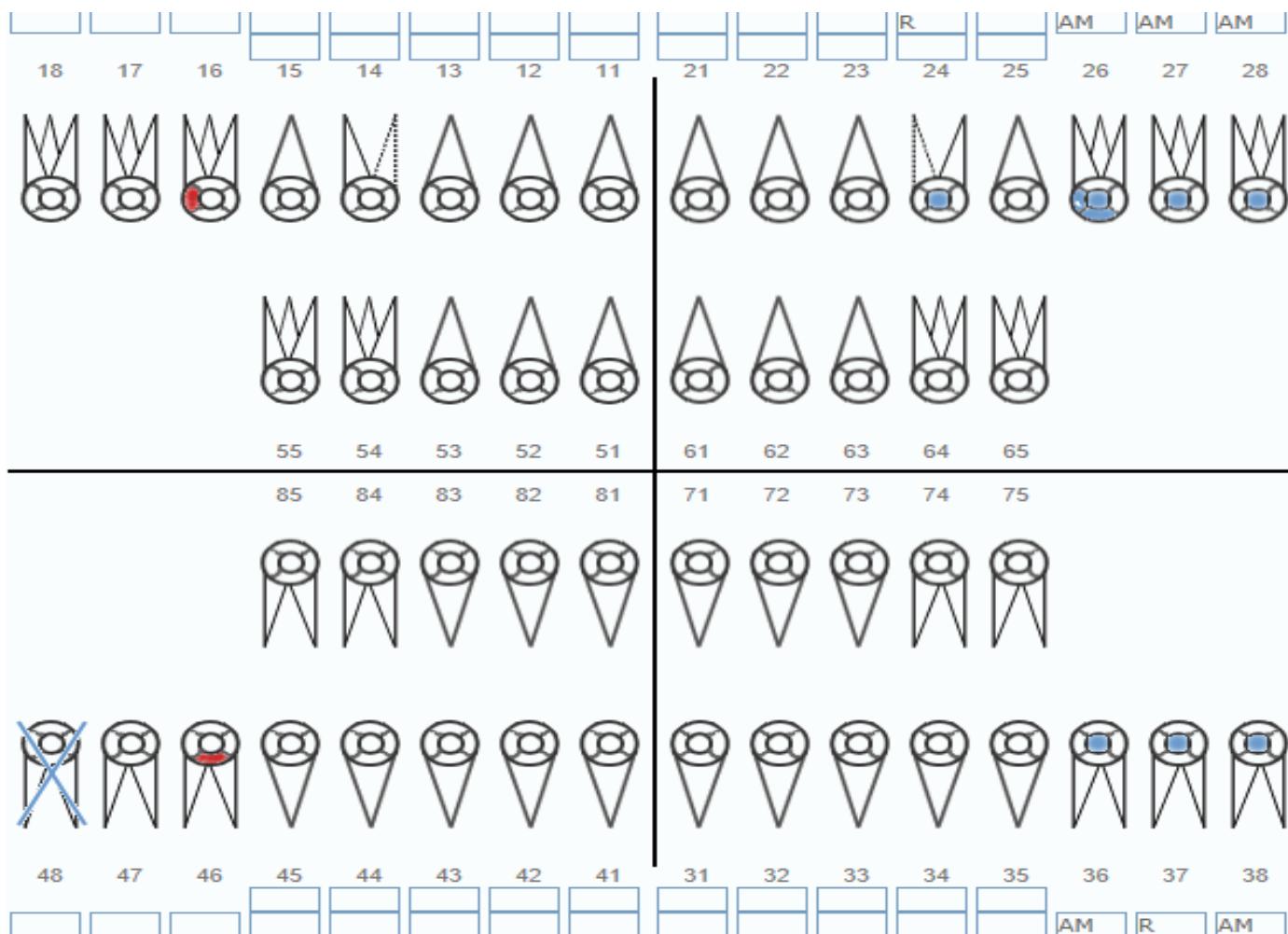
Nº Documento : 70218106

Edad: 32 Años

Apellidos y Nombres : MEZA QISPPE, ROY ANTONIO

Empresa : SANDVIK DEL PERU S A

Tipo Evaluación: Examen de Ingreso



CIE DIAGNOSTICO

K02.0 Caries limitada al esmalte

RECOMENDACIÓN

Caries de esmalte. Piezas.1.6; 4.6 . Se recomienda restauraciones de las piezas.

FORMATO DE EVALUACIÓN DE PLACAS RADIOGRÁFICAS

Código del trabajador

70218106

FECHA DE PLACA RADIOGRÁFICA

Mes Día Año

07 4 2024

14:37 hs.

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

TIPO DE LECTURA
 A B P

1. CALIDAD DE LA RADIOGRAFIA				Sobreexpuesta (oscura)	<input checked="" type="checkbox"/> X	Posición incorrecta	<input type="checkbox"/>	Subinsuflación	
1	X	3	I/C	Subexpuesta (clara)	<input type="checkbox"/>	Contraste deficiente	<input type="checkbox"/>	Moteada	
I/C = inclasificable				Artefactos	<input type="checkbox"/>	Procesamiento deficiente	<input type="checkbox"/>	Otro (especifique)	
(Si no es de grado 1, marque todas las casillas que correspondan)									

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

Si Llene la secciones 2B y 2C No Pase a la sección 3A

2B. OPACIDADES PEQUEÑAS

a. Forma/Tamaño

Primario	Secundario
<input type="checkbox"/> p	<input type="checkbox"/> s
<input type="checkbox"/> q	<input type="checkbox"/> t
<input type="checkbox"/> r	<input type="checkbox"/> u

b. Zonas

Derecha	Izquierda	
Superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intermedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. Abundancia

0/-	0/0	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 sección 3A

3A. ¿EXISTE ALGUNA ANOMALIA PLEURAL QUE INDIQUE PRESENCIA DE NEUMOCIONOSIS?

Si Llene la secciones 3B y 3C No Pase a la sección 4A

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

Pared torácica	Localización
De perfil	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I
De frente	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I
Diafragma	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I
Otro(s) sitio(s)	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I

Calcificación
<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I
<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I
<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I
<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> I
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> I	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Anchura (solamente de perfil)
(3mm de anchura mínima requerida)
3 a 5 mm = a
5 a 10 mm = b
>10 mm = c

<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> I
<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c

<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> I	
<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c

3C. OBLITERACIÓN DEL ÁNGULO COSTOFRÉNICO
 D I Pase a la sección 3D

No Pase a la sección 4A

3D. ENGROSAMIENTO PLEURAL DIFUSO

Localización			
Pared torácica	(marque localización, calcificación, extensión y anchura)		
De perfil	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> I
De frente	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> I

Calcificación		
<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> I
<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> I
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> I	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Anchura (solamente de perfil)
(3mm de anchura mínima requerida)
3 a 5 mm = a
5 a 10 mm = b
>10 mm = c

<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> I
<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c

<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> I	
<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c

4A. ¿EXISTEN OTRAS ANOMALIAS?

Si Llene la secciones 4B y 4C, 4D, 4E

No
4B. OTROS SIMBOLOS (OBLIGATORIOS)

<input type="checkbox"/> aa	<input type="checkbox"/> at	<input type="checkbox"/> ax	<input type="checkbox"/> bu	<input type="checkbox"/> ca	<input type="checkbox"/> cg	<input type="checkbox"/> cn	<input type="checkbox"/> co	<input type="checkbox"/> cp	<input type="checkbox"/> cv	<input type="checkbox"/> di	<input type="checkbox"/> ef	<input type="checkbox"/> em	<input type="checkbox"/> es	<input type="checkbox"/> fr	<input type="checkbox"/> hi	<input type="checkbox"/> ho	<input type="checkbox"/> id	<input type="checkbox"/> ih	<input type="checkbox"/> kl	<input type="checkbox"/> me	<input type="checkbox"/> pa	<input type="checkbox"/> pb	<input type="checkbox"/> pi	<input type="checkbox"/> px	<input type="checkbox"/> ra	<input type="checkbox"/> rp	<input type="checkbox"/> tb
<input checked="" type="checkbox"/> 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


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

REG. LECTOR OIT

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)

Anomalias del diafragma

- Eventración
- Hernia hiala

Trastornos de las vías respiratorias

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

Anomalias óseas

- Anomalía de la caja torácica ósea
- Fractura, sanada (no relacionada con las costillas)
- Fractura, sin sanar (no relacionada con las costillas)
- Escoliosis
- Anomalía de la columna vertebral

Anomalias parénquimatosas de los pulmones

- Lóbulo ácigos
- Densidad pulmonar
- Infiltrado
- Nóbulo, lesión nodular

Anomalias varias

- Cuerpo extraño
- Cambios postquirúrgicos / alambre en esternón
- Quiste

Trastornos vasculares

- Aorta, anomalía de
- Anomalía vascular

4D. OTROS COMENTARIOS

5. DIAGNÓSTICOS :

CIE DESCRIPCION

- Z01.6 - Radiografía de tórax postero anterior normal. Se recomienda control anual y uso de protector respiratorio.

aa Aorta ateroesclerótica

at Engrosamiento pleural

ax Coalescencia de opacidades pequeñas

bu Bula(s)

ca Cáncer: tumores malignos torácicos, excluido el mesotelioma

cg Adenopatías o nódulos (por ejemplo, granulomas) no neumocioníticos

cn Calcificación en opacidades neumocioníticas pequeñas

co Anormalidad del tamaño o la forma del corazón

cp Cor pulmonale

cv Cavidad

di Distorsión pronunciada de una estructura intratorácica

ef Derrame pleural

em Enfisema

es Calcificación en cascara de huevo de los ganglios linfáticos hilares o mediastínicos

fr Fractura(s) costal(es) (reciente(s) o consolidada(s)

hi Adenopatías hilares o mediastínicas no calcificadas

ho Pulmón en panal de abeja

id Diafragma mal definido

ih Contorno cardíaco mal definido

kl Líneas septales de Kerley

me Mesotelioma

pa Atelectasias en placa

pb Bandas parenquimatosas

pi Engrosamiento pleural de una cisura interlobular

px Neumotórax

ra Atelectasias redondeadas

rp Neumoniosis reumatoide

tb Tuberculosis

od Otra enfermedad o anomalía significativa

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
Centro : Clinica
Empresa : SANDVIK DEL PERU S A
Fecha Ingreso : 4/07/24
Ocupación : SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK
Fecha Informe : 4/07/24 14:36:48
TOOLS
Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Hematología

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

* = 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:



Lic. Yakelinne Janampa Luyo

Analista de laboratorio II

CTMP: 7967

S.G. NATCLAR S.A.C.

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:



Lic. Yakelinne Janampa Luyo
Analista de laboratorio II
CTMP: 7967
S.G. NATCLAR S.A.C.

Paciente : MEZA QUISPE, ROY ANTONIO

Fecha Nac. : 20/08/1991 Sexo: M Nº Petición : **02887675**
 Dni : 70218106 Centro : Clinica
 Empresa : SANDVIK DEL PERU S A Fecha Ingreso : 4/07/24
 Ocupación : SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK Fecha Informe : 4/07/24 14:36:48
 TOOLS
 Tipo Eval. : Examen de Ingreso

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	EDAD	: 32 años
OCCUPACION	: SUPERVISOR TECHNICIAN ROCK TOOLS	DNI	: 70218106
GRADO DE INSTRUCCIÓN	: UNIVERSITARIO COMPLETO	TIPO DE EXAMEN	: Examen de Ingreso
EMPRESA	: SANDVIK DEL PERU S A		

COMPETENCIAS PSICOLOGICAS		BAJO	MEDIO	ALTO
INTELECTUALES	Razonamiento Espacial		X	X
	Razonamiento Lógico		X	
AFECTIVAS	Patrón de Personalidad	Patrón 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, apoya y 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 caguece 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

Nº	SITUACIÓN	PROBABILIDAD DE CABECEAR			
		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.P.S.: 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** dejo constancia que he sido informado(a) acerca de los resultados del Examen Médico Ocupacional [*] que la empresa **SANDVIK DEL PERU S A** me realizo en conformidad con la Ley Nro. 29783 (Articulo 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** 0



NATCLAR
Gestión de Salud Ocupacional
Dra. Antonieta Liduvina Gonzalez Diaz
Evaluador de salud ocupacional
CMP: 0900070 RNA: A12051
S.G. NATCLAR S.A.C.

V° B° Médico Ocupacional

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



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 facuto y deleo 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 mandado 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 **NO₂** 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

1. 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)