

Certificado de Aptitud Médico Ocupacional  
Examen de Ingreso

CS-HC- C0000552830 - 00012024041399 Fecha de Generación de Reporte: 06 / 09 / 2024 - 13 : 34 hs.

		CÓDIGO		C0000552830			
CERTIFICA que el Sr. (a):							
Nombre y Apellidos		ISAIAS ARIZA ESPINOZA					
Documento de Identidad	41771845	Edad	41	años	Género	M (X)	F
Puesto al que postula (sólo pre ocupacional)		SUPERVISOR TÉCNICO SUPERVISOR ROCK TOOLS					
Ocupación actual o última Ocupación		---					
HISTORIA CLÍNICA 41771845		EMPRESA: SANDVIK DEL PERU S A					
CONCLUSIONES :  APTO							
APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)		X		Restricciones			
APTO CON RESTRICCIÓN (para el puesto en el que trabaja o postula)							
NO APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)							
<b>RECOMENDACIONES</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Se recomienda seguimiento por area medica de la unidad.</li><li>- Se recomienda reducir consumo de grasas. Control de colesterol en 3 meses.</li><li>- Se recomienda control anual.</li><li>- Se recomienda uso de protección auditiva estricta a exposición de ruido mayor a 80 Db.Control anual.</li><li>- Se recomienda control oftalmológico anual.</li><li>- Se recomienda dieta hipocalórica y aumentar actividad física. Control por Nutricion.</li><li>- Se recomienda evaluacion por Oftalmologia.</li><li>- Se recomienda control periodico por sumedico tratante.</li><li>- Se recomienda destatraje dental.</li></ul>							
<div> Dra. Claudia Vanessa Llerena Zevallos Médico de salud ocupacional CMP: 049335 / RNM: M00955 S.G NATCLAR S.A.C Firma del Medico Ocupacional</div>							
Fecha: 06-09-2024				Nombre: LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA Sello y Firma de Médico que CERTIFICA			

**COMPROBANTE MEDICO**

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

**FICHA MEDICA**

**COD :** 41771845



**EMPRESA :** SANDVIK DEL PERU S A  
**TIPO DE EXAMEN :** Examen de Ingreso  
**FECHA DEL EXAMEN :** 06/09/2024  
**FECHA DE CADUCIDAD :** 06/09/2025  
**UNIDAD :** AMERICANA

**APELLIDOS Y NOMBRES** ARIZA ESPINOZA ISAIAS  
**OCUPACION ACTUAL** SUPERVISOR TÉCNICO SUPERVISOR 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	20/20	---
OJO IZQUIERDO	20/20	---

**EXA. LABORATORIO**

GRUPO	O	HEMOGLOBINA	15.90 g/dL	REACCIONES SEROLOGICAS	No Reactivo
FACTOR	POSITIVO	HEMATOCRITO	47.10 %	ORINA	NO PATOLOGICO
COLESTEROL	204.00 mg/dL	TRIGLICERIDOS	115.00 mg/dL	GLUCOSA	90.80 mg/dL

**RECOMENDACIONES MEDICAS**

**DIAGNOSTICO**

- E78.6 Deficiencia de lipoproteínas HDL colesterol disminuido. Se recomienda seguimiento por area medica de la unidad.
- E78.0 Hipercolesterolemia pura Hipercolesterolemia. Se recomienda reducir consumo de grasas. Control de colesterol en 3 meses.
- Z01.6 Examen radiológico, no clasificado en otra parte Radiografía de torax posteroanterior: Normal.Se recomienda control anual.
- Z01.1 Examen de oídos y de la audición Normoacusia.Se recomienda uso de protección auditiva estricta a exposición de ruido mayor a 80 Db.Control anual.
- Z01.0 Examen de ojos y de la visión Emétrope. Se recomienda control oftalmológico anual.
- E67 Otros tipos de hiperalimentación: Sobrepeso Antropométrico Sobrepeso. Se recomienda dieta hipocalórica y aumentar actividad física. Control por Nutricion.
- H11.0 Pterigión Pterigion grado I nasal derecho. Se recomienda evaluacion por Oftalmologia.
- L40 Psoriasis Trabajador con antecedente de psoriasis desde el año 2022 , en tratamiento regular con betametasona,ultimo control por dermatologia en Enero del 2024.Al examen:escasas lesiones eritemato descamativas en codos.Se recomienda control periodico por sumedico tratante.
- K08.1 Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad ad periodontal local Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local pzas: 3.5, 4.4.
- K02.1 Caries de la dentina Caries de la dentina pzas: 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 1.2, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 3.7, 3.6, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8.
- K03.6 Depósitos (acreciones) en los dientes Depósitos (acreciones) en los dientes se recomienda destatraje dental.

CS-HC- C000552830  
00012024041399

## 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

## CONSTANCIA DE MANEJO



Se hace constar que el Señor(a):

**ARIZA ESPINOZA, ISAIAS** identificado con **DNI Nro. 41771845**, personal de **SANDVIK DEL PERU S A** cumplió con el examen de **MANEJO**, estando **APTO** para conducir.

A su vez se hace constar que se le ha informado sobre los resultados Médicos Ocupacionales que se le practicaron en la fecha.

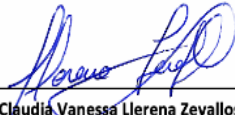
**Restricciones:**

NINGUNA

FECHA: 06/09/2024

FECHA DE CADUCIDAD: 6/09/2025 (



  
**Dra. Claudia Vanessa Llerena Zevallos**  
Médico de salud ocupacional  
CMP: 049335 / RNM: M00955  
S.G NATCLAR S.A.C

LIMA ,viernes, 6 de Setiembre de 2024

ART. 102 del Reglamento 005-2012, art. 71 de la Ley 29783.

## CARTA DE COMPROMISO

Yo, **ARIZA ESPINOZA ISAIAS** identificado con DNI ( **X** ) / CE ( ) / Pasaporte ( ), Nro: **41771845**, 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 medico, siendo los diagnósticos encontrados:

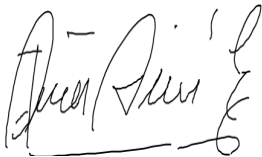
CIEs:	Diagnósticos:
- E78.6	Deficiencia de lipoproteínas
- E78.0	Hipercolesterolemia pura
- Z01.6	Examen radiológico, no clasificado en otra parte
- Z01.1	Examen de oídos y de la audición
- Z01.0	Examen de ojos y de la visión
- E67	Otros tipos de hiperalimentación: Sobrepeso Antropométrico
- H11.0	Pterigión
- L40	Psoriasis
- K08.1	Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad ad periodontal local
- K02.1	Caries de la dentina
- K03.6	Depósitos (acreciones) en los dientes

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:

- HDL colesterol disminuido. Se recomienda seguimiento por area medica de la unidad.
- Hipercolesterolemia. Se recomienda reducir consumo de grasas. Control de colesterol en 3 meses.
- Radiografia de torax posteroanterior: Normal.Se recomienda control anual.
- Normoacusia.Se recomienda uso de protección auditiva estricta a exposición de ruido mayor a 80 Db.Control anual.
- Emétrope. Se recomienda control oftalmológico anual.
- Sobrepeso. Se recomienda dieta hipocalórica y aumentar actividad física. Control por Nutricion.
- Pterigion grado I nasal derecho. Se recomienda evaluacion por Oftalmologia.
- Trabajador con antecedente de psoriasis desde el año 2022 , en tratamiento regular con betametasona,ultimo control por dermatologia en Enero del 2024.Al examen:escasas lesiones eritemato descamativas en codos.Se recomienda control periodico por sumedico tratante.
- Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local pzas: 3.5, 4.4.
- Caries de la dentina pzas: 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 1.2, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 3.7, 3.6, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8.
- Depósitos (acreciones) en los dientes se recomienda destatraje dental.

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 :**ARIZA ESPINOZA ISAIAS

**DNI :** 41771845

**Empresa :** SANDVIK DEL PERU S A

**Puesto de Trabajo :** SUPERVISOR TÉCNICO SUPERVISOR



  
**Dra. Melissa Norma Malca Borja**  
**Evaluador de salud ocupacional**  
**CMP: 042887**  
**S.G. NATCLAR S.A.C.**

**Firma y Sello del Medico Evaluador**

**Nombres :** MALCA BORJA, MELISSA NORMA

**CMP :** 42887



Dra. Claudia Vanessa Llerena Zevallos  
Médico de salud ocupacional  
CMP: 049335 / RNM: M00955  
S.G NATCLAR S.A.C

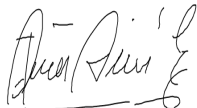
FECHA: 06/09/2024

HORA: -

Firma y Sello del Medico Ocupacional

Nombres : LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA

CMP : 49335





ISAIAS ARIZA ESPINOZA



Indice Derecho  
Huella Digital

FECHA: 06/09/2024

MALCA BORJA, MELISSA NORMA
Nombre del Medico Evaluador CMP: 42887
  Dra. Melissa Norma Malca Borja Evaluador de salud ocupacional CMP: 042887 Firma y Sello: S.G. NATCLAR S.A.C.

ANEXO No. 16  
FICHA MÉDICA OCUPACIONAL

EXAMEN MÉDICO

PREOCUPACIONAL ☒  
ANUAL ☐  
RETIRO ☐  
CAMBIO PUESTO /  
REUBICACIÓN ☐  
VISITA ☐  
REINCORPORACIÓN ☐  
TEMPORAL ☐  
Nº de Ficha 41771845

EMPRESA : SOBREANDES S.A.C.  
EMPLEADOR : SANDVIK DEL PERU S A  
UNIDAD : AMERICANA  
APELLIDOS Y NOMBRES : ARIZA ESPINOZA, ISAIAS

FECHA DE EXAMEN: 06-09-2024		FECHA DE CADUCIDAD: 06-09-2025		MINERALES EXPLOTADOS O PROCESADOS:	
LUGAR DE NAC. DANIEL ALCIDES CARRION / PASCO / Perú		FECHA DE NAC. 13/12/1982		DOMICILIO HABITUAL MZ B LT 58 LOS ROSALES DE PRO 1 LIMA / LIMA / LOS OLIVOS	
EDAD 41 Años		SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		DOCUMENTO DE IDENTIDAD 41771845 TELEFONO: 992875930	
ESTADO CIVIL Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>		CONVIVIENTE <input checked="" type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input 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"/>	
GRADO DE INSTRUCCIÓN 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 checked="" type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/>			
Ruido <input checked="" type="checkbox"/> Polvo <input checked="" type="checkbox"/> Vib segmentar <input type="checkbox"/> Vib total <input type="checkbox"/>		Cancigerígenos <input type="checkbox"/> Mutagénicos <input type="checkbox"/> Solventes <input type="checkbox"/> Metales pesados <input type="checkbox"/>		Temperaturas <input type="checkbox"/> Biológicos <input type="checkbox"/> Posturas <input type="checkbox"/> Turnos <input type="checkbox"/>	
Cargas <input type="checkbox"/> Mov. Repet. <input checked="" type="checkbox"/> PVD <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		Describir según corresponda: Puesto al que postula : SUPERVISOR TÉCNICO SUPERVISOR 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"/>					
HTA <input type="checkbox"/> H.Tg <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> H.Col <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> Prob CV <input type="checkbox"/> EPILEPSIA <input type="checkbox"/> IMA/SICA <input type="checkbox"/> RAM <input type="checkbox"/> Medicación actual ---					
Alergias <input type="checkbox"/> HBP <input type="checkbox"/> Sd.Met. <input type="checkbox"/> Artropatia <input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> C.A. <input type="checkbox"/> Pt Columna <input type="checkbox"/> Qx <input type="checkbox"/> Pb.Ren. <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Prob. Psiquiátricos <input type="checkbox"/>					
Descripción Psoriasis: psoriasis desde el año 2022 , en tratamiento regular con betametasona,ultimo control por dermatología en Enero del 2024. - 2022					
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 pudeser 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° 4 dosis		SIN HIJOS <input type="checkbox"/>	
				NÚMERO DE HIJOS VIVOS 6 MUERTOS 0	
HÁBITOS: Nada <input checked="" type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Habitual <input type="checkbox"/> Excesivo <input type="checkbox"/> Obs. <input type="checkbox"/>		Tabaco <input checked="" type="checkbox"/> Alcohol <input checked="" type="checkbox"/> Coca <input checked="" type="checkbox"/>		TALLA 169 cmts. PESO 74.2 Kg	
				FUNCIÓN RESPIRATORIA Abs % FVC 5.62 121 FEV1 4.06 108 FEV1 / FVC 0.72 89 % FEF 25-75% 2.93 76 % Conclusión:NORMAL	
				TEMPERATURA 36.5 °C Cintura : 89 Cadera : 97 ICC : 0.92	
ANAMNESIS NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>					
Paciente refiere no presentar ningún tipo de síntomas, niega alguna patología.					
ECTOSCOPIA NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>					
Aparente buen estado general, aparente buen estado de hidratación, aparente buen estado nutricional.					
PIEL Y FANERAS NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input checked="" type="checkbox"/>					
Tibia, seca, lisa, de turgencia, elasticidad, grosor, y movilidad normales, con buena higiene.Escasas lesiones eritemato descamativas en codos.					



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"/>
Labios sin lesiones, mucosa oral húmeda.				ANORMAL	<input type="checkbox"/>
				Piezas en mal estado:	18
				Piezas que faltan:	4
OJOS	Sin corregir		Corregida		ENFERMEDADES OCULARES
	OD	OI	OD	OI	Pterigión
	0,50	0,50	NO APLICA	NO APLICA	REFLEJOS PUPILARES
	20/20	20/20	NO APLICA	NO APLICA	CONSERVADOS
VISIÓN DE CERCA					
VISIÓN DE LEJOS					
VISIÓN DE COLORES		Adecuado24/24 Laminas Observadas:0			
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 5 20 25 20 15					
Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000					
dB (A) 10 5 10 15 25 20 15					
OTOSCOPIA					
OD : Normal					
OI : Normal					
EN REPOSO					
Pulso x min		Presión Arterial Sistémica		F. Respiratoria :	
69 puls/min		Sistólica 110 mmHg		18 resp/min	
		Diastólica 60 mmHg		Sat. O2 : 97 %	
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.					
LATERALIDAD: Diestro					
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 exámen físico hernias inguinales, umbilicales.

VARICES

No se evidencia al examen físico.

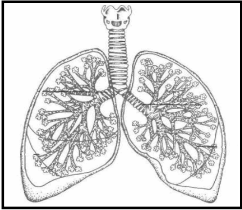
GENITALES

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 41771845  
Fecha 6/09/2024 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	Imagen radiografica de Exposición a Polvo	Con Neumoconiosis					
NORMAL	SOSPECHA						

GRUPO SANGUÍNEO

FACTOR RH

O ☒ A ☐ B ☐ AB ☐ + ☒ - ☐ HEMOGLOBINA: 15.9 g/dL HEMATOCRITO: 47.1 %

ORINA	Color :	Amarillo Oscuro	Leu :	No se observan	Densidad :	1.01 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 :	6	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

☐

*[Signature]*  
Dra. Claudia Vanessa Llerena Zevallos  
Médico de salud ocupacional  
CMP: 049335 / RNM: M00955  
S.G NATCLAR S.A.C

Medico Ocupacional  
LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA

C.M.P 49335



*[Signature]*  
Dra. Melissa Norma Malca Borja  
Evaluador de salud ocupacional  
CMP: 042887  
S.G. NATCLAR S.A.C.

Medico Evaluador  
MALCA BORJA, MELISSA NORMA

C.M.P 42887



*[Signature]*  
Dra. Melissa Norma Malca Borja  
Evaluador de salud ocupacional  
CMP: 042887  
S.G. NATCLAR S.A.C.

Medico Auditor  
MALCA BORJA, MELISSA NORMA

C.M.P 42887

APTITUD EXAMENES COMPLEMENTARIOS

PARA GRANDES ALTITUDES GEOGRAFICAS (16A)

APTO

PARA MANEJO

APTO

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

ARIZA ESPINOZA, ISAIAS

CIE	DESCRIPCION	RECOMENDACIONES /RESTRICCIONES
- E78.6	Deficiencia de lipoproteínas	HDL colesterol disminuido. Se recomienda seguimiento por area medica de la unidad.
- E78.0	Hipercolesterolemia pura	Hipercolesterolemia. Se recomienda reducir consumo de grasas. Control de colesterol en 3 meses.
- Z01.6	Examen radiológico, no clasificado en otra parte	Radiografia de torax posteroanterior: Normal.Se recomienda control anual.
- Z01.1	Examen de oídos y de la audición	Normoacusia.Se recomienda uso de protección auditiva estricta a exposición de ruido mayor a 80 Db.Control anual.
- Z01.0	Examen de ojos y de la visión	Emétrope. Se recomienda control oftalmológico anual.
- E67	Otros tipos de hiperalimentación: Sobrepeso Antropométrico	Sobrepeso. Se recomienda dieta hipocalórica y aumentar actividad física. Control por Nutricion.
- H11.0	Pterigión	Pterigion grado I nasal derecho. Se recomienda evaluacion por Oftalmologia.
- L40	Psoriasis	Trabajador con antecedente de psoriasis desde el año 2022 , en tratamiento regular con betametasona,ultimo control por dermatologia en Enero del 2024.Al examen:escasas lesiones eritemato descamativas en codos.Se recomienda control periodico por sumedico tratante.
- K08.1	Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad ad periodontal local	Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local pzas: 3.5, 4.4.
- K02.1	Caries de la dentina	Caries de la dentina pzas: 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 1.2, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 3.7, 3.6, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8.
- K03.6	Depósitos (acreciones) en los dientes	Depósitos (acreciones) en los dientes se recomienda destatraje dental.

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.

ARIZA ESPINOZA, ISAIAS

41771845

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

DATOS PERSONALES			
APELLIDOS Y NOMBRES: ARIZA ESPINOZA, ISAIAS			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 41771845	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa): 13/12/1982 EDAD: 41 Años	SEXO: Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN: MZ B LT 58 LOS ROSALES DE PRO, 1 LIMA, LOS OLIVOS			
EMPLEADOR: SANDVIK DEL PERU S A		ACTIVIDAD A REALIZAR: SUPERVISOR TÉCNICO SUPERVISOR ROCK TOOLS	

1. FUNCIONES VITALES

FC: 69 puls/min      PA: 110/60 mmHg      FR: 18 resp/min      IMC: 26.00 kg/m2      SO2: 97.00 %  
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"/>	NO APLICA <input checked="" 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"/>	
- 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, coronopatía, 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 type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	Especificar: - Corticoides topicos (D07) - Betametasona. (betametasona)
- ¿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 complicaciones.				

3. EXAMEN FÍSICO

3.1 APARATO CARDIOVASCULAR:

Características del pulso      69 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:

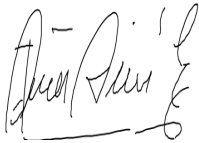
Valor Hemoglobina: 15.90 g/dL      Valor Hematocrito: 47.10 %      Glucosa en Sangre: 90.80 mg/dL      Hemoglobina Glicosilada: NO APLICA  
Interpretación EKG: NO APLICA.

ANEXO 16 - A

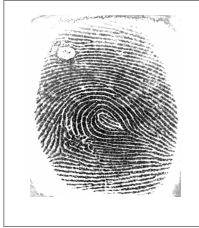
EVALUACIÓN MÉDICA PARA ASCENSO A GRANDES ALTITUDES

(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: LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA		
DIRECCIÓN: Calle Juvenal Denegri Nro. 202 - 204, Urb. Santa Catalina - La Victoria, LIMA		
CMP: 49335	FECHA: 06/09/2024	FIRMA Y SELLO:



Dra. Claudia Vanessa Llerena Zevallos  
Médico de salud ocupacional  
CMP: 049335 / RNM: M00955  
S.G NATCLAR S.A.C

Firma del Medico Ocupacional

CS-HC- C0000552830 - 00012024041399 Fecha de Generación de Reporte: 06 / 09 / 2024 - 13 : 34 hs.

## CONSTANCIA DE EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA

APELLIDOS Y NOMBRES : **ARIZA ESPINOZA, ISAIAS**  
DNI : **41771845**  
EMPRESA : **SANDVIK DEL PERU S A**  
COMPAÑIA : **SOBREANDES S.A.C.**  
CARGO O PUESTO : **SUPERVISOR TÉCNICO SUPERVISOR ROCK TOOLS**  
FECHA : **6/09/2024**  
EDAD : **41 AÑOS**

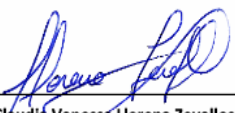
**TRABAJADOR AL QUE SE LE HA EVALUADO LOS SIGUIENTES PARÁMETROS :**

PESO	74.2 Kg
TALLA	1.690 mts.
I.M.C	26 Kg/m2

CINTURA	89 cm
CADERA	97 cm
I.C.C	0.92

PRESION ARTERIAL	110/60 mmHg
FRECUENCIA CARDIACA	69 lpm
FRECUENCIA RESPIRATORIA	18 rpm
SATURACIÓN O2	97 %



  
**Dra. Claudia Vanessa Llerena Zevallos**  
Médico de salud ocupacional  
CMP: 049335 / RNM: M00955  
S.G NATCLAR S.A.C

**FICHA MÚSCULO ESQUELÉTICA**

**Identificación**

**APELLIDOS Y NOMBRES:** ARIZA ESPINOZA, ISAIAS

**FECHA:** 06/09/2024

**HORA:** -

**EMPRESA ESPECIALIZADA:** SANDVIK DEL PERU S A

**TIEMPO DE TRABAJO:**

**PUESTO DE TRABAJO:** SUPERVISOR TÉCNICO SUPERVISOR ROCK TOOLS

**SUBSUELO:** 4 años 11  
meses

**SUPERFICIE:** 6 años 10  
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 <b>ABDOMEN</b>					1	
<b>CADERA</b>					1	
<b>MUSLO</b>					1	
<b>ABDOMEN LATERAL</b>					1	
<b>Total</b>					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
<b>Total</b>				4	

**OBSERVACIONES:**

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

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

*Ariza Espinoza, Isaias*



**Firma y sello del Médico Evaluador:**

MALCA BORJA, MELISSA NORMA



**Dra. Melissa Norma Malca Borja**  
Evaluador de salud ocupacional  
CMP: 042887  
S.G. NATCLAR S.A.C.

Apellidos y Nombres ARIZA ESPINOZA, ISAIAS

DNI : 41771845

Edad: 41 Años Sexo: Masculino

Empresa SANDVIK DEL PERU S A

Tipo de Examen : Examen de Ingreso

Fecha del Examen : 06/09/2024

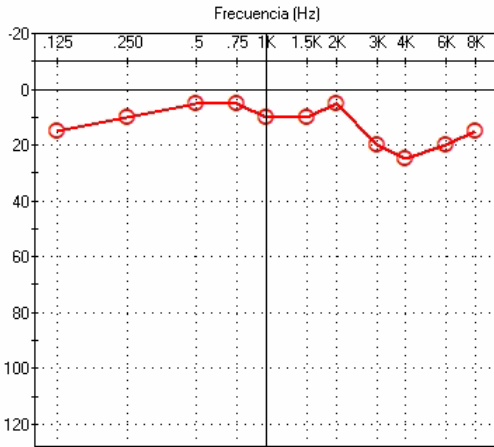
Puesto : SUPERVISOR TÉCNICO SUPERVISOR ROCK TOOLS

Zona : SUBSUELO/SOCAVON

Hora : 13:00  
Area : MANTENIMIENTO

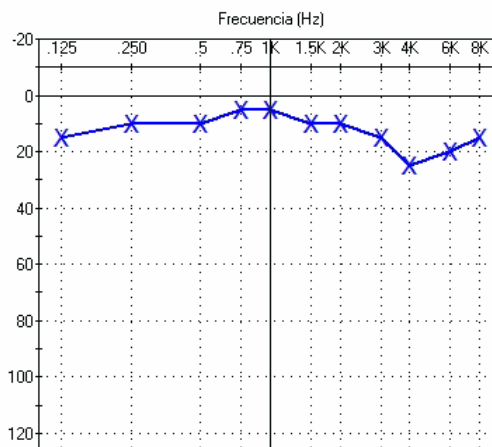
**GRAFICA DE AUDIOMETRIA TONAL**

**Oído derecho**



dB	.125	.250	.500	.750	1K	1.5K	2K	3K	4K	6K	8K
AC	15	10	5	5	10	10	5	20	25	20	15
BC											
FF											

**Oído izquierdo**



dB	.125	.250	.500	.750	1K	1.5K	2K	3K	4K	6K	8K
AC	15	10	10	5	5	10	10	15	25	20	15
BC											
FF											

**AUDIOMETRIA TONO PURO**

Promedio (500-1000-2000 Hz)

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

	Der.	Izq.	Der.	Izq.
Cond. Aérea	○	×	○	×
Enmascarada	△	□	△	□
Cond. Ósea	<	>	<	>
Enmascarada	[	]	[	]

**DIAPASONES (Acumetría)**

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

OD	Weber	OI
←	512	→
No aplica	1024	No aplica

Datos del Audiometro

Marca : INTERACOUSTICS

Modelo : AD528

Fecha de calibracion objetiva :

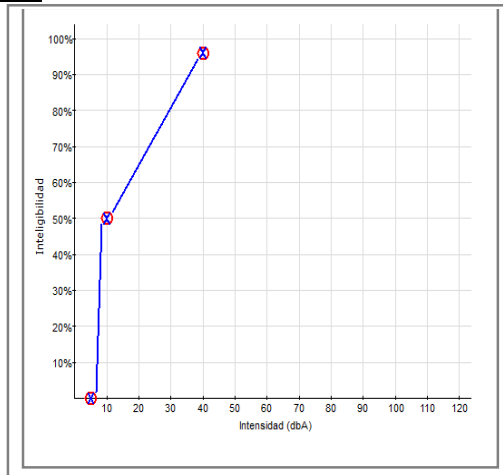
25/09/2023

Datos Ambiente

Evaluación realizada en cabina :

Si ☒ No ☐

**GRAFICA LOGOaudiométrica**



**LOGOaudiometria**

	OD	OI
Umbral SDT (dB)	5	5
Umbral SRT (dB)	10	10
Umbral UMD (dB)	40	40
% Discriminación Monoaural	96	96

**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**  
Ana Claudia Martínez Herrera  
Técnica en enfermería  
CAOHC: 513583  
S.G. NATCLAR S.A.C.

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



*[Handwritten Signature]*

Huella y Firma del Trabajador



EVALUACIÓN AUDITIVA

Apellidos y Nombres ARIZA ESPINOZA, ISAIAS      DNI : 41771845      EDAD : 41 Años      SEXO : Hombre  
Empresa SANDVIK DEL PERU S A      Actividad de la empresa      CIU :

Tipo de Examen : Examen de Ingreso      Fecha y Hora del Examen 06/09/2024 13:00  
Tipo Audiometría : Base      Puesto : SUPERVISOR TÉCNICO      Zona : SUBSUELO/SOCA      Area : MANTENIMIENTO  
SUPERVISOR ROCK TOOLS

1.1. Historia laboral - Exposición Actual

Antigüedad en el puesto actual : ---      Apreciación del Ruido en el Ambiente      ☐ Muy intenso      ☐ Moderado      ☐ No molesto  
Laboral (Evaluación Cualitativa) :  
Tiempo de exposición (horas/día) : 0 h / d      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 ( ☐ ) 11 años 9 meses  
- ¿Ud. tuvo o tiene exposición a: Disolventes orgánicos : Tolueno ; Xileno ;Estireno ; Tricloroetileno / Metales :      Si ( ☐ ) No ( ☒ )  
Mercurio ; Manganeso ; Plomo ; Arsénico / Gases : Monóxido de carbono ; Cianuro de hidrógeno/ Sales : Cianuros  
- ¿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
IECAM	MECANICO	01/01/2013	01/05/2018	Ruido	8	Orejeras (Frecuentemente), Tapones auditivos (Frecuentemente)	5 a 5 m
EMPRESAS	Puesto de Trabajo	Desde	Hasta	Descripción Riesgo	Exposición (Hrs /Día)	Tipo de Protección Auditiva / Uso	Duración en Años
TRABAJOS INDEPENDIENTES	CONDUCTOR	01/06/2018	01/10/2019	Ruido	8	Orejeras (Frecuentemente), Tapones auditivos (Frecuentemente)	1 a 5 m
EMPRESAS	Puesto de Trabajo	Desde	Hasta	Descripción Riesgo	Exposición (Hrs /Día)	Tipo de Protección Auditiva / Uso	Duración en Años
SANDVIK DEL PERU SA.	SUPERVISOR TÉCNICO SUPERVISOR ROCK TOOLS	01/11/2019	01/09/2024	Ruido	12	Tapones auditivos (Sólo en caso de exposición)	4 a 11 m

1.5. EXPOSICIÓN EXTRALABORAL A OTROS RIESGOS (Probable Impacto en la Audición)

¿Ud. tuvo o tiene exposición a? :	SI	NO	Descripción	Exposición (Horas /Día)	Años de Exposición	Vigencia
Deportes de Impacto: Buceo; Buceo Libre, Caza, Parapente, Surf, Tiro, Motociclismo...		X	---	---	---	---
Exposición a música alta, exposición a pirotécnicos, discotecas y/o Conciertos		X	---	---	---	---

1.6. ANTECEDENTES MORBIDOS PERSONALES

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Parotiditis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Encefalitis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Otosclerosis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Parálisis facial	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
TEC	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Alt. Metabolismo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TBC	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rubeola	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Rinitis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Comentarios	---							

1.7. ANTECEDENTES FAMILIARES

	SI	NO	COMENTARIO
Algún familiar (padres, hermanos, tíos o abuelos) que sufran o hayan sufrido de sordera		X	---

1.8. ANTECEDENTES TOXICOS

ALCOHOL      Si ( ☐ )      No ( ☒ )      Cantidad gramos:  
FUMADOR      Si ( ☐ )      No ( ☒ )      Nro cigarrillos:

1.9. ANTECEDENTES Medicamentosos (Con Efectos Ototoxicos)

	SI	NO	Descripción	Vigente (Continúa TTO)
Antibióticos aminoglucósidos;Terapia Antituberculosa ; Antibióticos macrólidos y afines; Antibióticos glucopéptidos; Diuréticos; Salicilatos; Antimaláricos ; Citostáticos ; Bloqueadores Beta ; Otros Antibióticos, Otros	X		Corticoides topicos (D07) - Betametasona : betametasona	Si

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: ---
Fluctuación de la agudeza auditiva	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Localizacion: ---	Duracion: ---	Asociada a IVRS o mojarse el oído: No
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: Aceptable

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, hipnoiductores, 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 checked="" type="checkbox"/>	NO <input 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 úlceras, 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: 19 °C Humedad confortable: Si Valor: 69 %



CONCLUSIONES

- Logoaudiometría - Adecuada discriminación de la palabra bilateral a intensidad de voz normal.
- Umbrales Auditivos - Umbrales auditivos bilateralmente de patrón normal

RECOMENDACIONES

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

  
  
Ana Claudia Martínez Herrera  
Técnica en enfermería  
CAOHC: 513583  
S.G. NATCLAR S.A.C.

  
  
Dra. Mirtha Bendezu Chonta  
Otorrinolaringólogo  
CMP: 26644 RNE: 11097  
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.

<b>APELLIDOS Y NOMBRES :</b>	ARIZA ESPINOZA, ISAIAS	<b>DNI :</b>	41771845	<b>EDAD :</b>	41 años	<b>SEXO :</b>	MASCULINO
<b>EMPRESA :</b>	SANDVIK DEL PERU S A	<b>TIPO EXAMEN :</b>	INGRESO	<b>FECHA EXAMEN :</b>	6/09/2024		
<b>PUESTO :</b>	SUPERVISOR TÉCNICO SUPERVISOR ROCK TOOLS	<b>ZONA :</b>	SUBSUELO/SOCAVON	<b>ÁREA :</b>	MANTENIMIENTO		

## INFORMACION DEL PACIENTE

**ALTURA :** 169 cms.  
**PESO :** 74.2 Kg  
**ORIGEN ETNICO :** HISPANO  
**FUMADOR :** NO

## INFORMACION DEL TEST

TIPO TEST :	FVC (sólo esp)
FECHA TEST :	06/09/2024 09:22:56
TIEMPO POSTERIOR :	-
INTERPRETACION :	GOLD(2008)/Hardie
PREDICHO :	NHANES III
SELECCION DE VALOR :	Mejor valor
BTPS(INSP/ESP) :	1.12/1.02

## RESULTADO DE TEST

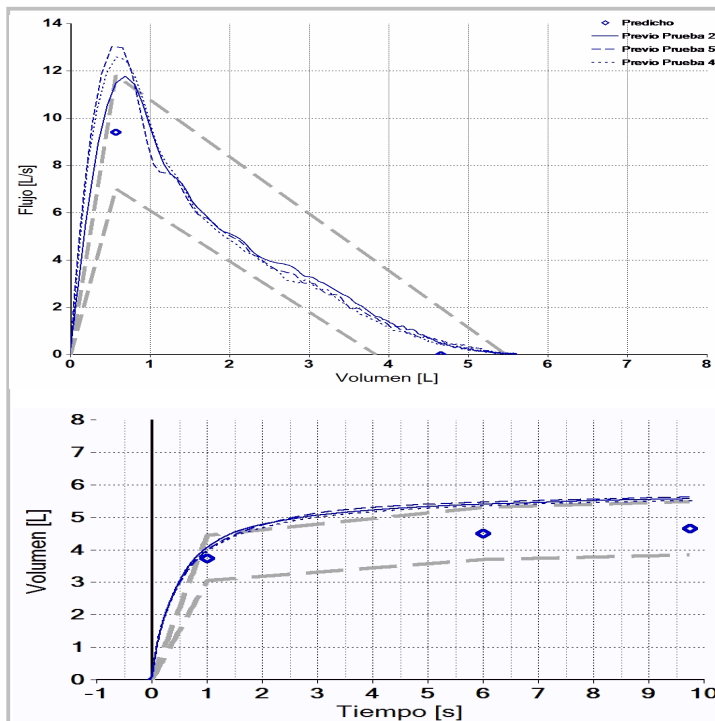
**Su FEV1 / Predicho : 108%**

**Su edad Pulmonar :        -**

			Previo				
Parametro	Pred	LLN	Mejor	Prueba 2	Prueba 5	Prueba 4	%Pred
FVC [L]	4.66	3.83	5.62	5.57	5.62	5.51	121
FEV1 [L]	3.74	3.05	4.06	4.06	3.98	3.94	108
FEV1/FVC	0.81	0.72	0.72	0.73	0.71	0.72	89
FEF25-75% [L/s]	3.83	2.27	2.93	2.93	2.63	2.65	76
PEF [L/s]	9.41	7.01	13.17	11.79	13.17	12.66	140
FET [s]	-	-	9.75	9.75	9.82	9.85	-
BEV [L]	-	-	0.12	0.12	0.07	0.09	-
EOTV [L]	-	-	0.01	0.01	0.01	0.01	-

Calidad de la Sesión	Previo A (FEV1 Var=0.08L (2.0%) FVC Var=0.05L (0.9%))
----------------------	-------------------------------------------------------

Interpretación del Sistema	Previo Espirometría Normal
----------------------------	----------------------------



**Conclusion :** NORMAL

**Observaciones :**



FORMATO DE EVALUACIÓN DE PLACAS RADIOGRÁFICAS

Código del trabajador

41771845

FECHA DE PLACA RADIOGRÁFICA

Mes Día Año

09

6

2024

TIPO DE LECTURA

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 RADIOGRAFIA

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 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

Diafragma

O D I

O D I

Otro(s) sitio(s)

O D I

O D I

O D

O I

1 2 3

1 2 3

O D

O I

a b c

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

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

O D

O I

1 2 3

1 2 3

O D

O I

a b c

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

09

6

2024

HORA: 07:00

PECHO SILVA, SAMUEL

APELLIDOS Y NOMBRES

40890

CMP

19622

RNE

28621\_83

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)

Anom alías del diafragm a

- ☐ Eventración
- ☐ Hernia hiatal

Transtornos de las vías respiratorias

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

Anom alías óseas

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

Anom alías parenquim atosas de los pulm ones

- ☐ Lóbulo ácigos
- ☐ Densidad pulmonar
- ☐ Infiltrado
- ☐ Nódulo, lesión nodular

Anom alías varias

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

Transtornos vasculares

- ☐ Aorta, anomalía de
- ☐ Anomalía vascular

4D. OTROS COMENTARIOS

---

5. DIAGNOSTICOS :

CIE DESCRIPCION

Z01.6 - Radiografía de torax posteroanterior: Normal.Se recomienda control anual.

- aa Aorta aterosclerótica

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 neumconióticos

cn Calcificación en opacidades neumconióticas pequeñas

co Anormalidad del tamaño o la forma del corazón

cp Cor pulmonale

cv Cavidad

di Distorsión pronunciada de una estructura intratoraxica

ef Derrame pleural

em Enfisema

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

fr Fractura(s) costal(es) (reciente(s) o consolidada(s))
- hi Adenopatías hiliares 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 Neumconiiosis reumatoide

tb Tuberculosis

od Otra enfermedad o anomalidad 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 : **ARIZA ESPINOZA, ISAIAS**

Fecha Nac. : 13/12/1982 Sexo: M

Dni : 41771845

Empresa : SANDVIK DEL PERU S A

Ocupación : SUPERVISOR TÉCNICO  
SUPERVISOR ROCK TOOLS

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02933769**

Centro : Clínica

Fecha Ingreso : 6/09/24

Fecha Informe : 6/09/24

13:34:15

## 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:



**Lic. Melany Lizbett Cano Ore**  
**Analista de laboratorio II**  
**CTMP: 18605**  
**S.G. NATCLAR S.A.C**

Paciente : **ARIZA ESPINOZA, ISAIAS**

Fecha Nac. : 13/12/1982 Sexo: M

Dni : 41771845

Empresa : SANDVIK DEL PERU S A

Ocupación : SUPERVISOR TÉCNICO  
SUPERVISOR ROCK TOOLS

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02933769**

Centro : Clinica

Fecha Ingreso : 6/09/24

Fecha Informe : 6/09/24

13:34:15

## Hematología

Pruebas realizadas	Resultado	Unidad de Medida	Rango de referencia	Método
<b>MUESTRA: Sangre</b>				
Hematocrito	47.1	%	36.0 - 51.0	Impedancia volumétrica
Hemoglobina	15.9	g/dL	12.0 - 17.2	Impedancia volumétrica

\* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:



**Lic. Melany Lizbett Cano Ore**  
**Analista de laboratorio II**  
**CTMP: 18605**  
**S.G. NATCLAR S.A.C**



Paciente : **ARIZA ESPINOZA, ISAIAS**

Fecha Nac. : 13/12/1982 Sexo: M

Dni : 41771845

Empresa : SANDVIK DEL PERU S A

Ocupación : SUPERVISOR TÉCNICO  
SUPERVISOR ROCK TOOLS

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02933769**

Centro : Clínica

Fecha Ingreso : 6/09/24

Fecha Informe : 6/09/24

13:34:15

## Bioquímica

### Perfil Lipídico

Pruebas realizadas	Resultado	Unidad de Medida	Método
COLESTEROL TOTAL	* <b>204</b>	mg/dL	CHOD - PAP
COLESTEROL HDL	* <b>34.00</b>	mg/dL	Sulfato de Dextrano
COLESTEROL LDL	* <b>132.00</b>	mg/dL	Enzimático Homogéneo
COLESTEROL VLDL	<b>23.00</b>	mg/dL	CAL
TRIGLICERIDOS EN SANGRE	<b>115</b>	mg/dL	GPO - PAP

### ASPECTO DE SUERO

**Suero Normal**

#### GUIA PARA LA INTERPRETACION DEL PERFIL LIPIDICO VALORES DE REFERENCIA AMA 2001;285;2486-2509

##### COLESTEROL (mg/dL)

Nivel Deseable	menor de 199
Nivel Limite/Alto	200 - 239
Nivel Alto	más de 240

##### COLESTEROL LDL (mg/dL)

Nivel Deseable	menor de 100
Nivel Optimo	100 - 129
Nivel Limite/Alto	130 - 159
Nivel Alto	160 - 189

##### COLESTEROL VLDL

Nivel Deseable	menos de 60
----------------	-------------

##### COLESTEROL HDL (mg/dL)

Nivel Deseable	más de 50
Nivel Limite/Bajo	35 - 50
Nivel Bajo	menos de 35

##### TRIGLICERIDOS (mg/dL)

Nivel Deseable	< 150
Nivel Intermedio	150 - 199
Nivel Elevado	200 - 499
Nivel muy Elevado	> de 500

\* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:




**Lic. Melany Lizbett Cano Ore**

**Analista de laboratorio II**

**CTMP: 18605**

**S.G. NATCLAR S.A.C**

Paciente : **ARIZA ESPINOZA, ISAIAS**

Fecha Nac. : 13/12/1982 Sexo: M

Dni : 41771845

Empresa : SANDVIK DEL PERU S A

Ocupación : SUPERVISOR TÉCNICO  
SUPERVISOR ROCK TOOLS

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02933769**

Centro : Clinica

Fecha Ingreso : 6/09/24

Fecha Informe : 6/09/24

13:34:15

## Bioquímica

Pruebas realizadas	Resultado	Unidad de Medida	Rango de referencia	Método
GLUCOSA BASAL	<b>90.8</b>	mg/dL	70 - 110	GOD - PAP

\* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:



**Lic. Melany Lizbett Cano Ore**  
**Analista de laboratorio II**  
**CTMP: 18605**  
**S.G. NATCLAR S.A.C**

Paciente : **ARIZA ESPINOZA, ISAIAS**

Fecha Nac. : 13/12/1982 Sexo: M

Dni : 41771845

Empresa : SANDVIK DEL PERU S A

Ocupación : SUPERVISOR TÉCNICO  
SUPERVISOR ROCK TOOLS

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02933769**

Centro : Clinica

Fecha Ingreso : 6/09/24

Fecha Informe : 6/09/24

13:34:15

## 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. Melany Lizbett Cano Ore**  
**Analista de laboratorio II**  
**CTMP: 18605**  
**S.G. NATCLAR S.A.C**

Paciente : **ARIZA ESPINOZA, ISAIAS**

Fecha Nac. : 13/12/1982 Sexo: M

Dni : 41771845

Empresa : SANDVIK DEL PERU S A

Ocupación : SUPERVISOR TÉCNICO  
SUPERVISOR ROCK TOOLS

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02933769**

Centro : Clínica

Fecha Ingreso : 6/09/24

Fecha Informe : 6/09/24

13:34:15

## Microbiología

### EXAMEN COMPLETO DE ORINA

Pruebas Realizadas	Resultado	Rango de Referencia	Unidades
<b>MACROSCOPICO:</b>			
Color	Amarillo Oscuro		
Aspecto	Transparente		
<b>EXAMEN QUÍMICO:</b>			
PH	6.00	5.00 - 7.00	
Densidad	1.010		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		
<b>SEDIMENTO URINARIO:</b>			
Células epiteliales	Escasos		
Gérmenes	Escasos		
Leucocitos	No se observan		
Hematíes	No se observan		
Cristales	No se observan		
Observaciones:	Sin observaciones		
Metodo:	Fotorfx		

\* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:




**Lic. Melany Lizbett Cano Ore**  
Analista de laboratorio II  
CTMP: 18605  
S.G. NATCLAR S.A.C

## FICHA DE APTITUD PSICOSENSOMETRICA

### IDENTIFICACION

<b>APELLIDOS Y NOMBRES :</b>	ARIZA ESPINOZA ISAIAS		
<b>FECHA DE NACIMIENTO :</b>	13/12/1982	<b>EDAD :</b>	41 años
<b>DNI :</b>	41771845	<b>N° DE LICENCIA :</b>	Q_41771845
<b>GRADO DE INSTRUCCION :</b>	TECNICO COMPLETO	<b>FECHA DE EXAMEN :</b>	06/09/2024
<b>NOMBRE DE LA EMPRESA :</b>	SANDVIK DEL PERU S A	<b>CATEGORIA :</b>	A III-c
<b>RESTRICCION ACTUAL :</b>	No usa lentes	<b>VEHICULO A CONDUCIR :</b>	SUV (Camioneta)


### EVALUACION SENSOMETRICA

AGUDEZA VISUAL	OJOS	SIN CORRECTOR		CON CORRECTOR	
		O.D.	O.I.	O.D.	O.I.
	VISION CERCANA	0,50	0,50	No usa	No usa
	VISION LEJOS	20/20	20/20	No usa	No usa
Según Resolución Directoral N° 13674-2007-MTC/15					
CAMPO VISUAL :	Derecho: 85°		Izquierdo: 85°		
DESVIACION DE EJES VISUALES :	Horizontal: B		Vertical: 7		
VISION DE PROFUNDIDAD :	ADECUADO				
DISCRIMINACION DE COLORES :	Adecuado				
DISCRIMINACION DE ISHIHARA :	Adecuado24/24 Laminas Observadas: 0				
VISION NOCTURNA :	Adecuado				
ENCANDILAMIENTO :	Adecuado				
REACCION DE ENCANDILAMIENTO :	Adecuado				
TONOMETRIA :	Derecho: No Aplica		Izquierdo: No Aplica		
RESULTADOS					
RESPONSABLE SENSOMETRICO :	MORAN PEÑA, MARTINA				
MEDICO RESPONSABLE :	LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA				
<div><div> Dra. Claudia Vanessa Llerena Zevallos Médico de salud ocupacional CMP: 049335 / RNM: M00955 S.G NATCLAR S.A.C</div><div></div></div>					

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Examen de ojos y de la visión Emétrope. Se recomienda control oftalmológico anual.
- Pterigión Pterigion grado I nasal derecho. Se recomienda evaluacion por Oftalmologia.

### EVALUACION PSICOMETRICA

TEST DE PALANCA	RESULTADOS	VALOR NORMAL
ERRORES	1	MENOR DE 12
TIEMPO DE ERROR	0.08	MENOR DE 5
TIEMPO DE PRUEBA	52.12	MAXIMO 60
<b>TEST DE REACTIMETRO</b>		<b>VALOR NORMAL</b>
TIEMPO DE REACCION	3.55	MENOR O IGUAL DE 4.3 seg.
<b>TEST DE PUNTEADO</b>		<b>VALOR NORMAL</b>
ERRORES	12.00	MENOR DE 23
ACIERTOS	56.00	MAYOR DE 24
TIEMPO DE ACIERTO	5.50	MAYOR DE 4
<b>RESULTADOS</b>		
RESPONSABLE PSICOMETRICO	Psi. QUINTERO PUMACAHUA, ROSA DE HILARIA	
PSICOLOGO RESPONSABLE	<div style="text-align: center;">   <b>Lic. Rosa de Hilario Quintero Pumacahua</b>  Psicóloga  C.Ps.P.:24005  S.G. NATCLAR S.A.C. </div>	
<b>CONCLUSION :</b>	<b>APTO</b>	
<b>OBSERVACIONES :</b>	NINGUNO	

FECHA: 06/09/2024

HORA: -

## REPORTE PSICOLOGICO

NOMBRE Y APELLIDOS : ISAIAS ARIZA ESPINOZA  
OCUPACION : SUPERVISOR TÉCNICO SUPERVISOR ROCK TOOLS EDAD : 41 años  
GRADO DE INSTRUCCIÓN : TECNICO COMPLETO DNI : 41771845  
EMPRESA : SANDVIK DEL PERU S A TIPO DE EXAMEN : Examen de Ingreso

COMPETENCIAS PSICOLOGICAS		BAJO	MEDIO	ALTO
INTELECTUALES	Inteligencia General		X	
AFFECTIVAS	Orientación Espacial	X		
	Patron de Personalidad	Patron del Agente		
HABILIDADES INTERPERSONALES	Comunicación			X
	Trabajo en equipo			X
	Liderazgo			X

En el área cognitiva el evaluado Requiere de mayor tiempo para aprender, por lo que necesita recibir capacitación previa para las actividades que realizará. Puede realizar trabajos sencillos y rutinarios. Dificultad en la comprensión de sutilezas del idioma. Pobre capacidad para imaginar y concebir objetos en dos o tres dimensiones, con baja aptitud para enfocar y localizar permanentemente objetos en el espacio, ubicando la figura y forma.

Se define a sí mismo como amable, respetuoso y solidario. Busca por naturaleza la armonía cooperación en el grupo. Teme al conflicto y desacuerdo. Situación en ligar de buscar una solución del problema. Además, tiende a adoptar un perfil bajo en lugar de aceptar una confrontación franca con personas agresivas puede ser visto como falta de dureza. A pesar de todo, cuenta con un buen nivel de independencia, aunque le preocupa su integración en el grupo.

Laboralmente cuenta con 4 años de experiencia. Le interesan tanto relaciones humanas como los variados aspectos del trabajo. Gracias a su empatía y tolerancia sabe escuchar y se le conoce por su buena disposición. Hace que los demás sientan que se les quiere y que se les necesita. Ofrece amistad y está dispuesto a ayudar. En cuanto al trabajo, cuenta con un excelente potencial para la organización y eficiente ejecución. Es excelente para hacer para otros lo que ellos encuentran difícil de realizar.

### Psicométrico

Buena capacidad para coordinar con rapidez movimientos inusuales. Alta capacidad para responder favorablemente ante estímulos visuales y auditivos de aparición repentina. Hábil para realizar trabajos de precisión.

### CONCLUSION:

El Sr. ISAIAS ARIZA ESPINOZA se encuentra APTO, ya que alcanza el nivel de competencias requeridas.

EVALUADOR : QUINTERO PUMACAHUA, ROSA DE HILARIA

COLEGIATURA : 24005



*R. Quintero*

Lic. Rosa de Hilaria Quintero Pumacahua  
Psicóloga  
C.Ps.P.: 24005  
S.G. NATCLAR S.A.C.


APELLIDOS Y NOMBRES	: ARIZA ESPINOZA ISAIAS		
OCUPACIÓN	: SUPERVISOR TÉCNICO SUPERVISOR ROCK TOOLS	EDAD	: 41 años
GRADO DE INSTRUCCIÓN	: TECNICO COMPLETO	DNI	: 41771845
EMPRESA	: SANDVIK DEL PERU S A	TIPO DE EXAMEN	: MANEJO

FACTORES	COMPETENCIAS PSICOLOGICAS	BAJO			MEDIO			ALTO		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
HABILIDADES Y DESTREZAS	Precisión								X	
	Tiempo de Reacción							X		
	Coordinación Visomanual							X		
	Orientación Espacial									X
	Percepción, Atención				X					
PERSONALIDAD	Activo, acata las reglas, cuidadoso								X	
	Controlado, relajado, tranquilo, no frustrado		X							
	Sentido de responsabilidad intrapersonal e interperson								X	
ACTITUD HACIA LA SEGURIDAD	Comportamiento en tráfico	ADECUADO								

ENTREVISTA	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <p>Habilidades y Destrezas:</p> <p>El evaluado tiene habilidad para realizar trabajos de precisión. Alta capacidad para responder favorablemente ante estímulos visuales y auditivos de aparición repentina. Presenta capacidad para realizar adecuadamente movimientos de coordinación visomotriz fina y gruesa, así como percepción rápida de la orientación espacial. Buena capacidad de percepción rápida de la orientación espacial: enfocar y localizar permanentemente posiciones en relación a puntos cardinales (este, oeste, norte y sur) y puntos intermedios. Mediana capacidad para la discriminación, adquisición de experiencias y reconocimiento de nuevas situaciones en la captación definitiva de problemas a resolver.</p> <p>Personalidad:</p> <p>El evaluado se muestra emocionalmente estable, cuenta con un adecuado autoconcepto y habilidades sociales. Expresa sus pensamientos y emociones de forma correcta. Posee capacidad para la solución de problemas. Mantiene la calma ante situaciones de estrés.</p> <p>Actitudes hacia la seguridad:</p> <p>Conduce bajo una percepción y aceptación del riesgo adecuada, realiza una conducción precavida, atenta y responsable. Es consciente y respetuoso de las normas. Por lo tanto, posee un adecuado conocimiento sobre el manejo a la defensiva. Finalmente, cuenta con una licencia de conducir de categoría AIII-C.</p>
------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>OBESERVACIONES :</b>El evaluado es una persona recomendable para obtener su autorización de manejo, por las siguientes razones:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Es hábil para realizar trabajos de precisión, coordinación viso-manual y reaccionar ante estímulos. Buena capacidad para la percepción y mediana para la discriminación.</li><li>- Estable, adecuado autoncepto y habilidades sociales.</li><li>- Posee conocimiento y noción acerca de manejo a la defensiva y respetuoso de las normas.</li></ul> <p><b>EVALUADOR :</b> QUINTERO PUMACAHUA, ROSA DE HILARIA</p>	<p><b>COLEGIATURA :</b> 24005</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------



 <p><b>NATCLAR</b> Gestión de Salud Ocupacional <b>USO INTERNO</b></p>	<b>HOJA DE ENTREVISTA G 1-2-3</b>	Código:	FO-EPS-06
		Versión:	03
		Página:	Página 1 de 1
		Unidad:	Clínica / Unidad Minera

**HOJA DE ENTREVISTA**

63 + MON

<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b> <i>ARIZA ESPINOZA ISAIRIS</i>	
<b>DNI:</b> <i>41791845</i>	<b>EMPRESA:</b> <i>Sonquik del Perú S.A</i>
<b>EDAD:</b> <i>41</i>	<b>UNIDAD:</b> <i>ALPOYANO</i>
<b>PUESTO:</b> <i>Supervisor Técnico Roda todos</i>	<b>FECHA DE EVALUACIÓN:</b> <i>06/09/2014</i>

Tiempo en empresas:	<i>5 años</i>
Accidentes en el trabajo:	<i>0</i>
Estado civil:	<i>Soltero</i>
Lugar de residencia (familia):	<i>Lima</i>
Número de hijos:	<i>6</i>
Grado de instrucción:	<i>Técnico</i>
¿Cómo actúas con las personas con puntos de vista diferentes al tuyo? <i>Escucho sus ideas y las Analizo</i>	
¿Qué haces cuando alguien critica tu trabajo? <i>Analizo los errores cometidos y mejorar</i>	
¿Cómo afrontas situaciones de tensión laboral? <i>Tranquilo</i>	
Comenta brevemente una situación difícil que tuviste que solucionar dentro de un equipo. ¿Qué ocurrió, cuál fue tu rol y el resultado? <i>Enfrentamiento verbal entre compañeros Trabajo, Hablar y controlar la situación. Explicando que no es la forma de resolver el conflicto.</i>	

PSICOMETRIA			
Pa	Errores	1	7
	T. error	0.08	
	T. prueba	52.12	
Re	T. reacción	3.55	7
Pu	Errores	12	8
	T. aciertos	56	
	Aciertos	5.50	

*ALT -*

<b>AREA AFECTIVA</b>
<b>AREA SOCIAL</b>
<b>AREA LABORAL</b>

## ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH (VERSIÓN PERUANA MODIFICADA)

Nombres y Apellidos : **ARIZA ESPINOZA, ISAIAS**

DNI : **41771845**

Fecha : **06-Set.-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 :**    **4** punto(s)

**Interpretación :**    Ausencia de indicadores de somnolencia diurna.


  
**Lic. Rosa de Hilaria Quintero Pumacahua**  
 Psicóloga  
 C.Ps.P.:24005  
 S.G. NATCLAR S.A.C.

Firma

 <b>NATCLAR</b> <small>Gestión de Salud Ocupacional</small> USO INTERNO	<b>CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA PRUEBA (VDRL/RPR)</b>	Código:	FO-ELB-44
		Versión:	02
		Unidad:	<i>Clinica / Unidad Minera</i>

**POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE:**

Yo, *Andrés Espinosa Espino*  
 Identificado con: DNI: *41721045* de EDAD: *41* de la EMPRESA: *Sandwich Id Peru S.R.L*  
 del AREA: *Food*

He sido explicado de la razón de la prueba y sus fines, en tal sentido por medio de la presente autorizo y doy consentimiento para que se me practique dicho examen. Para mejor constancia firmo la presente.

☒ **Sí.** Doy mi consentimiento a la prueba VDRL/RPR.  
 Todas las evaluaciones serán mantenidas confidencialmente.

☐ **No.** No doy mi consentimiento a la prueba VDRL/RPR.

Porque:

---



---



---

Fecha: *06* de *09*, del 20 *24*.

HORA: *07:55 AM*

  
  
 Firma del paciente y huella