

Certificado de Aptitud Médico Ocupacional
Examen de Ingreso

Fecha de Generación de Reporte: 06 / 09 / 2024 - 13 : 34 hs.

CS-HC-C0000552830 - 00012024041399

 NATCLAR Gestión de Salud Ocupacional	CÓDIGO	C0000552830				
CERTIFICA que el Sr. (a):						
Nombre y Apellidos	ISAIAS ARIZA ESPINOZA					
Documento de Identidad	41771845	Edad	41	años	Género	M (X)
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)	<input checked="" type="checkbox"/>	Restricciones				
APTO CON RESTRICCIÓN (para el puesto en el que trabaja o postula)	<input type="checkbox"/>					
NO APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)	<input type="checkbox"/>					
RECOMENDACIONES						
<ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda seguimiento por area medica de la unidad. - Se recomienda reducir consumo de grasas. Control de colesterol en 3 meses. - Se recomienda control anual. - Se recomienda uso de protección auditiva estricta a exposición de ruido mayor a 80 Db. Control anual. - Se recomienda control oftalmológico anual. - Se recomienda dieta hipocalórica y aumentar actividad física. Control por Nutricion. - Se recomienda evaluacion por Oftalmologia. - Se recomienda control periodico por sumedico tratante. - Se recomienda destrataje dental. 						
  Dra. Cláudia Vanessa Llerena Zevallos Médico de salud ocupacional CMP: 049335 / RNM: M00955 S.G NATCLAR S.A.C						
Firma del Medico Ocupacional						
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
OCCUPACION 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 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: Sobre peso Antropométrico Sobre peso. Se recomienda dieta hipocalórica y aumentar actividad física. Control por Nutricion.
- H11.0 Pterigón Pterigón 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 dermatología 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 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 destrataje dental.

CS-HC- C0000552830
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

CS-HC-C0000552830
00012024041399

FECHA: 06/09/2024

FECHA DE CADUCIDAD: 6/09/2025 (



Moena Llerena
Dra. Cláudia 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 médico, 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 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 área médica de la unidad.
- Hipercolesterolemia. Se recomienda reducir consumo de grasas. Control de colesterol en 3 meses.
- Radiografía 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.
- Sobre peso. Se recomienda dieta hipocalórica y aumentar actividad física. Control por Nutricion.
- Pterigón grado I nasal derecho. Se recomienda evaluación por Oftalmología.
- Trabajador con antecedente de psoriasis desde el año 2022, en tratamiento regular con betametasona, último control por dermatología en Enero del 2024. Al examen: escasas lesiones eritemato descamativas en codos. Se recomienda control periódico 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 destataje 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 Médico Evaluador

Nombres : MALCA BORJA, MELISSA NORMA

CMP : 42887




Dra. Cláudia 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

FECHA: 06/09/2024



Indice Derecho
Huella Digital

MALCA BORJA, MELISSA NORMA

Nombre del Medico Evaluador

CMP: 42887



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

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
APELLOS Y NOMBRES : ARIZA ESPINOZA, ISAIAS

FECHA DE EXAMEN: 06-09-2024

FECHA DE CADUCIDAD: 06-09-2025

MINERALES EXPLOTADOS O PROCESADOS:

LUGAR DE NAC.	FECHA DE NAC.	DOMICILIO HABITUAL	AREA DE LABOR	ALTITUD DE LA LABOR
DANIEL ALCIDES CARRION / PASCO / Perú	13/12/1982	MZ B LT 58 LOS ROSALES DE PRO 1 LIMA / LIMA / LOS OLIVOS	SUPERFICIE CONCENTRADORA SUBSUELO	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"/>
EDAD	SEXO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCIÓN
41 Años	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	41771845	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"/> Sec. Incomp. <input type="checkbox"/> Primaria Incomp. <input type="checkbox"/> Sec. Comp. <input type="checkbox"/> Primaria Comp. <input type="checkbox"/> Técnico <input checked="" type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/>
TELEFONO: 992875930				
Ruido <input checked="" type="checkbox"/>	Cancigerígenos <input type="checkbox"/>	Temperaturas <input type="checkbox"/>	Cargas <input type="checkbox"/>	Describir según corresponda: Puesto al que postula: SUPERVISOR TÉCNICO SUPERVISOR ROCK TOOLS
Polvo <input checked="" type="checkbox"/>	Mutagénicos <input type="checkbox"/>	Biológicos <input type="checkbox"/>	Mov. Repet. <input checked="" type="checkbox"/>	Puesto actual: --- Tiempo: --
Vib segmentar <input type="checkbox"/>	Solventes <input type="checkbox"/>	Posturas <input type="checkbox"/>	PVD <input type="checkbox"/>	Reubicación: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Vib total <input type="checkbox"/>	Metales pesados <input type="checkbox"/>	Turnos <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	

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"/>				

Descripción

Psoriasis: psoriasis desde el año 2022 , en tratamiento regular con betametasona,ultimo control por dermatología en Enero del 2024. - 2022

Medicación actual

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 médica ocupacional y que de esconder información médica asumo toda la responsabilidad de las consecuencias que por no informar al médico 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 4 dosis	<input type="checkbox"/>	VIVOS 6 MUERTOS 0		
HÁBITOS:	Tabaco <input checked="" type="checkbox"/>	Alcohol <input checked="" type="checkbox"/>	Coca <input checked="" type="checkbox"/>	TALLA 169 cmts.	PESO 74.2 Kg	FUNCIÓN RESPIRATORIA FVC 5.62 Abs 121 % FEV1 4.06 108	TEMPERATURA 36.5 °C
Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IMC 26 kg/m2		FEV1 / FVC 0.72 89 % FEF 25-75% 2.93 76 %	Cintura : 89 Cadera : 97 ICC : 0.92
Poco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Conclusión:NORMAL	
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 buen estado nutricional.

PIEL Y FANERAS NORMAL ANORMAL

Tibia, seca, lisa, de turgencia, elasticidad, grosor, y movilidad normales, con buena higiene. Escasas lesiones eritemato descamativas en codos.

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

Labios sin lesiones, mucosa oral húmeda.

Piezas en mal estado: 18

Piezas que faltan: 4

OJOS	Sin corregir				Corregida				ENFERMEDADES OCULARES			
	OD	OI	OD	OI	Pterigión				REFLEJOS PUPILARES			
VISIÓN DE CERCA	0,50	0,50	NO APLICA	NO APLICA								
VISIÓN DE LEJOS	20/20	20/20	NO APLICA	NO APLICA								
VISIÓN DE COLORES	Adecuado	24/24	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	Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
	dB (A)	5	10	5	20	25	20	15	dB (A)	10	5	10	15	25	20	15

OTOSCOPIA

OD : Normal

OI : Normal

EN REPOSO

Pulso x min	Presión Arterial Sistémica		F. Respiratoria :	Sat. O2 :
69 puls/min	Sistólica Diastólica	110 mmHg 60 mmHg	18 resp/min	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

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

TACTO RECTAL

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.

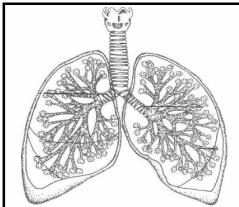
GENITALES

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

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							Otros Exámenes:
Sin Neumoconiosis NORMAL	Imagen radiográfica de Exposición a Polvo SOSPECHA	Con Neumoconiosis					

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 :	Escaros	Cristales :	No se observan	Glu Ori :	Negativo	Hem Ori :	Negativo	
	Ger :	Escaros	PH :	6	Cue Ceto :	Negativo	Est Leu :	Negativo	

Exámenes Auxiliares Complementarios

NO APlica.

Riesgo Coronario /
Score de Framinghan:

NO APlica

APTITUD:

MEDICAMENTE APTO



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

MEDICAMENTE CON RESTRICCIONES

MEDICAMENTE OBSERVADO

MEDICAMENTE NO APTO

Medico Ocupacional
LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA

C.M.P 49335



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



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	Pterigón	Pterigón grado I nasal derecho. Se recomienda evaluacion por Oftalmología.
- L40	Psoriasis	Trabajador con antecedente de psoriasis desde el año 2022 , en tratamiento regular con betametasona,ultimo control por dermatología 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 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 destatrage 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
(máior de 2.500 m.s.n.m.)

Fecha de Generación de Reporte: 06 / 09 / 2024 - 13 : 34 hs.

CS-HC- C000552830 - 00012024041399

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 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, coronaropatía, 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 el Sueño NO SI
- Otra condición médica importante NO SI Especificar: NO REFIERE
- Alergias NO SI Especificar: - . ()
- Uso de medicación actual NO SI Especificar: - Corticoides topicos (D07) - Betametasona. (betametasona)
- ¿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 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 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: **15.90 g/dL** Valor Hematócrito: **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
(máior 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.

Fecha de Generación de Reporte: 06 / 09 / 2024 - 13 : 34 hs.

CS-HC- C0000552830 - 00012024041399



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. Cláudia Vanessa Llerena Zevallos
Médico de salud ocupacional
CMP: 049335 / RNM: M00955
S.G NATCLAR S.A.C
Firma del Medico Ocupacional

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**

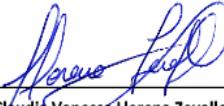
TRABAJADOR AL QUE SE LE HA EVALUADO LOS SIGUIENTES PARÁMETROS :

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. Cláudia 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 meses

- ¿Tuvo episodio previo de dolor de espalda?

Si: ---

No: X

- ¿Levanto peso?

Si: ---

¿Cuánto?: -- kilos

No: X

Fecha de Generación de Reporte: 06 / 09 / 2024 - 13 : 34 hs.

CS-HC-C000552830 - 00012024041399

Aptitud de espalda	Excelente: 1	Bueno: 2	Regular: 3	Malo: 4	Ptos. *	Observaciones:
Flexibilidad / Fuerza ABDOMEN					1	
CADERA					1	
MUSLO					1	
ABDOMEN LATERAL					1	
Total					4	
Rangos Articulares	Óptimo: 1	Limitado: 2	Muy limitado: 3	Ptos. *	Dolor con resistencia SI / NO:	
Abducción de hombro (Normal 0° - 180°)				1	NO	
Aducción de hombro (Normal 0° - 80°)				1	NO	
Rotación externa (Normal 0° - 90°)				1	NO	
Rotación interna (Normal 0° - 90°)				1	NO	
Total					4	

OBSERVACIONES:

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

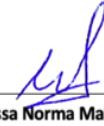
** Repetir cada movimiento contra resistencia leve a moderada e evaluar fortaleza y presencia del dolor




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.



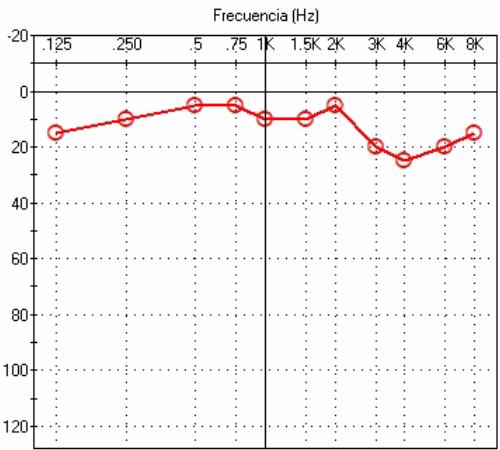
Apellidos y Nombres ARIZA ESPINOZA, ISAIAS

Empresa SANDVIK DEL PERU S A

Puesto : SUPERVISOR TÉCNICO SUPERVISOR ROCK TOOLS

GRAFICA DE AUDIOMETRIA TONAL

Oído derecho

EVALUACIÓN AUDITIVA

DNI : 41771845

Edad: 41 Años Sexo: Masculino

Tipo de Examen : Examen de Ingreso

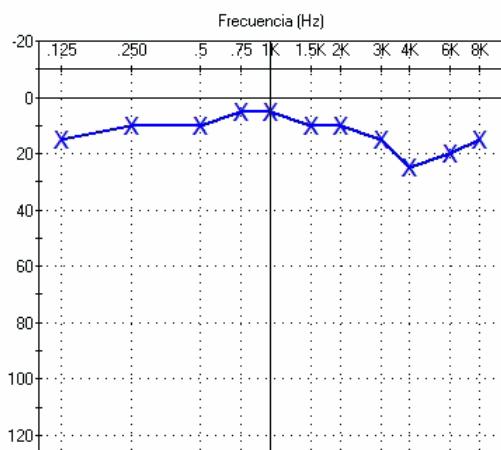
Fecha del Examen : 06/09/2024

Zona : SUBSUELO/SOCAVON

Hora : 13:00

Area : MANTENIMIENTO

Oído izquierdo

AUDIOMETRIA TONO PURO

Promedio (500-1000-2000 Hz)

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

Der. Izq. Der. Izq.

Cond. Áerea O X O X

Enmascarada △ □ △ □

Cond. Ósea < > < >

Enmascarada [] []

DIAPASONES (Acumetria)

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

OD	Weber	OI
←	512	→
No aplica	1024	No aplica

Datos del Audiometro

Marca : INTERACOUSTICS

Modelo : AD528

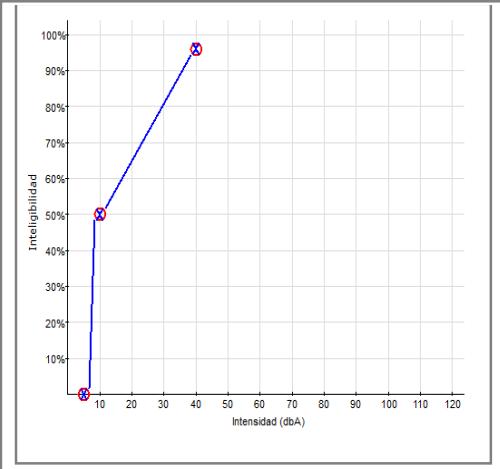
Datos Ambiente

Evaluación realizada en cabina :

Si No

Fecha de calibracion objetiva :

25/09/2023

GRAFICA LOGOAUDIOMETRICALOGOAUDIOMETRIA

	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

HTL	NIVELES EFECTIVOS DE ENMASCARAMIENTO					
	SDT	SRT	UMD1	UMD2	UMD3	UMD4
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



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



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



Huella y Firma del Trabajador

EVALUACIÓN AUDITIVA

Apellidos y Nombres ARIZA ESPINOZA, ISAIAS
 Empresa SANDVIK DEL PERU S A

DNI : 41771845 EDAD : 41 Años SEXO : Hombre
 CIU :

Actividad de la empresa

Tipo de Examen : Examen de Ingreso

Fecha y Hora del Examen

06/09/2024 13:00

Tipo Audiometria : Base

Puesto : SUPERVISOR TÉCNICO
 SUPERVISOR 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 () 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

Si () No ()

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

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? :

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
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 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

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

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

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Traumatismo del Oído Interno
<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:
 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		Corticoides topicos (D07) - Betametasona : betametasona	Si

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 mojarse el oído: No
Fluctuación de la agudeza auditiva	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Localización: ---		
Plenitud ótica	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Localización: ---		
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"/>			

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, amigdala, pared faríngea)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Exposición a ruido laboral en las últimas 14 horas	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Lavado de oído en los últimos 48 horas.	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Consumo de Alcohol y/o drogas, hipnoinductores, psicofármacos, depresores del SNC, entre las 24 hrs.	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Otoscopia CAE permeable (Excepto atresia o estenosis del CAE); o cerumen en CAE < al 50 %	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Presencia de enfermedad respiratoria alta o sintomatología de resfrió	SI <input 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"/>	Trasnochó	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 hipertróficos, no secreciones.	<input type="checkbox"/>	---
Faringoscopia:	<input checked="" type="checkbox"/>	Velo del paladar, Úvula, amigdalas 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: 19 °C **Humedad confortable:** Si Valor: 69 %

CONCLUSIONES

- Logoaudiometría - Adeuada 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 Benítez Chonta
Otorrinolaringólogo
CMP: 26644 RNE: 11097
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 : ARIZA ESPINOZA, ISAIAS **DNI :** 41771845 **EDAD :** 41 años **SEXO :** MASCULINO
EMPRESA : SANDVIK DEL PERU S A **TIPO EXAMEN :** INGRESO **FECHA EXAMEN :** 6/09/2024
PUESTO : SUPERVISOR TÉCNICO SUPERVISOR ROCK TOOLS **ZONA :** SUBSUELO/SOCAVON **ÁREA :** MANTENIMIENTO

INFORMACION DEL PACIENTE

ALTURA : 169 cmts.
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 : -

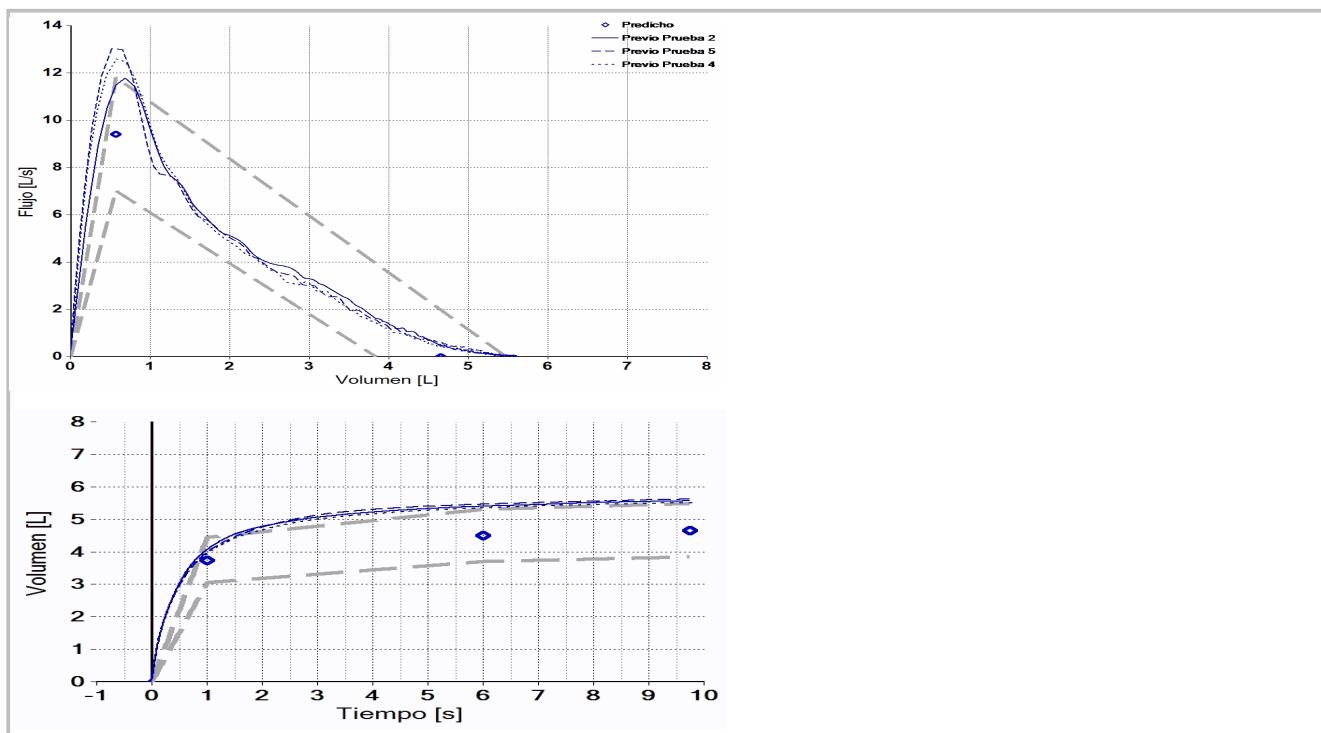
Parametro	Pred	LLN	Mejor	Prueba 2	Prueba 5	Prueba 4	%Pred
FVC [L]	4.66	3.83	5.62	5.57	5.62	5.51	121
FEV1 [L]	3.74	3.05	4.06	4.06	3.98	3.94	108
FEV1/FVC	0.81	0.72	0.72	0.73	0.71	0.72	89
FEF25-75% [L/s]	3.83	2.27	2.93	2.93	2.63	2.65	76
PEF [L/s]	9.41	7.01	13.17	11.79	13.17	12.66	140
FET [s]	-	-	9.75	9.75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


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



Dr. Victor Oviedo Lizarbe Castro
Médico neumólogo
CNP: 035001 RNE: 037625 RNA: A03628
OIT: NCFRN-77499542-17-153
S.G. NATCLAR S.A.C.

MEDICO OCUPACIONAL
REALIZADOR

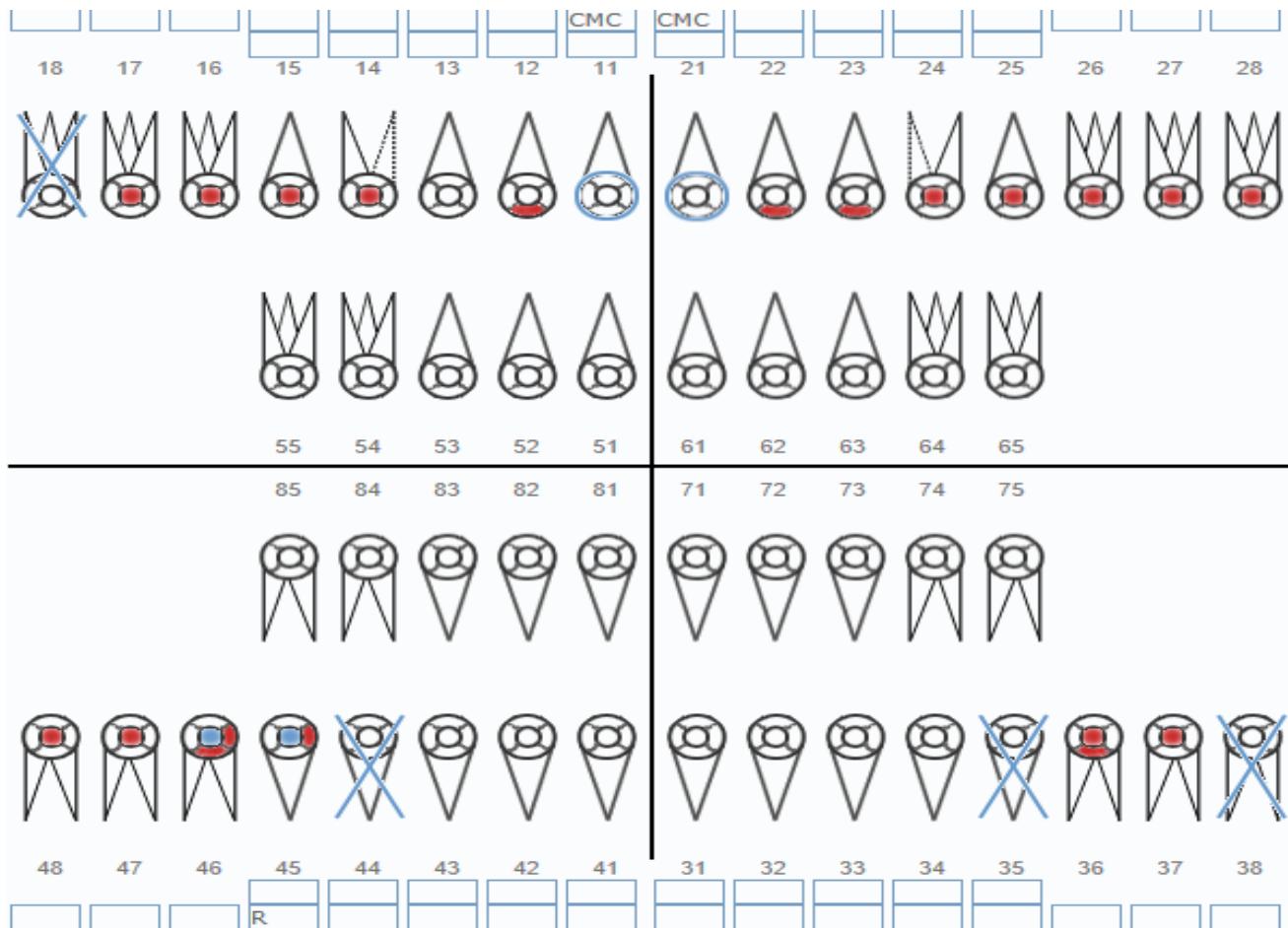
ODONTOGRAMA

Nº Documento : 41771845

Edad: 41 Años

Apellidos y Nombres : ARIZA ESPINOZA, ISAIAS
Empresa : SANDVIK DEL PERU S A

Tipo Evaluación: Examen de Ingreso



CIE DIAGNOSTICO

K02.1 Caries de la dentina

K03.6 Depósitos (acreciones) en los dientes

K08.1 Pérdida de dientes debida a accidente,
extracción o enfermedad ad periodontal local

RECOMENDACIÓN

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 destatrage dental.

Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local pzas: 3.5, 4.4.

FORMATO DE EVALUACIÓN DE PLACAS RADIOGRÁFICAS

Código del trabajador

41771845

FECHA DE PLACA RADIOGRÁFICA

Mes Día Año

09 6 2024

13 : 34 hs.

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

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

1. CALIDAD DE LA RADIOGRAFIA

1 X 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 NEUMOCIONIS?

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

2B. OPACIDADES PEQUEÑAS

a. Forma/Tamaño

Primario

p	s
q	t
r	u

Secundario

p	s
q	t
r	u

b. Zonas

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

c. Abundancia

0/-	0/ <input checked="" type="checkbox"/>	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 NEUMOCIONIS?

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

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

Pared torácica

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
Diáfragma	<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

Localización

<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

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

Extensión

<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"/> 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"/> 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

Pared torácica

(marque localización, calcificación, extensión y anchura)

Localización

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

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

4A. ¿EXISTEN OTRAS ANOMALIAS?

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

No Pase a la sección 4A

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
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

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)

Anomalias del diafragma

- Eventración
- Hernia hiatal

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 parenquimatosas 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 torax posteroanterior: Normal. Se recomienda control anual.

- 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 neumoconíticos
- cn Calcificación en opacidades neumoconíticas 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 Neumotoráx
- ra Atelectasias redondeadas
- rp Neumoconiosis reumatoide
- tb Tuberculosis
- od Otra enfermedad o anormalidad 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 : Clinica

Fecha Ingreso : 6/09/24

Fecha Informe : 6/09/24

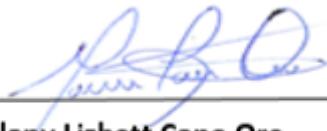
13:34:15

Hematología

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

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:



Lic. Melany Lizbeth 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 Nº Petición : 0293376

Dni : 41771845 Centro : Clinica

Empresa : SANDVIK DEL PERU S A Fecha Ingreso : 6/09/24

Ocupación : SUPERVISOR TÉCNICO Fecha Informe : 6/09/24
SUPERVISOR ROCK TOOLS

SUPERVISOR ROCK TOOLS

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Hematología

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

MUESTRA: Sangre

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:

NATCLAR
Centro de Salud Ocupacional

**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

13:34:15

Bioquímica

Perfil Lipídico

Pruebas realizadas		Resultado	Unidad de Medida	Método
COLESTEROL TOTAL	*	204	mg/dL	CHOD - PAP
COLESTEROL HDL	*	34.00	mg/dL	Sulfato de Dextrano
COLESTEROL LDL	*	132.00	mg/dL	Enzimático Homogéneo
COLESTEROL VLDL		23.00	mg/dL	CAL
TRIGLICERIDOS EN SANGRE		115	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)		COLESTEROL HDL (mg/dL)	
Nivel Deseable	menor de 199	Nivel Deseable	más de 50
Nivel Limite/Alto	200 - 239	Nivel Limite/Bajo	35 - 50
Nivel Alto	más de 240	Nivel Bajo	menos de 35
COLESTEROL LDL (mg/dL)		TRIGLICERIDOS (mg/dL)	
Nivel Deseable	menor de 100	Nivel Deseable	< 150
Nivel Optimo	100 - 129	Nivel Intermedio	150 - 199
Nivel Limite/Alto	130 - 159	Nivel Elevado	200 - 499
Nivel Alto	160 - 189	Nivel muy Elevado	> de 500
COLESTEROL VLDL			
Nivel Deseable	menos de 60		

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:

 NATCLAR
Centro de Saúde Ocupacional

**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

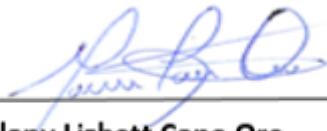
Nº Petición : **02933769**
Centro : Clinica
Fecha Ingreso : 6/09/24
Fecha Informe : 6/09/24 13:34:15

Bioquímica

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

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:



Lic. Melany Lizbeth 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

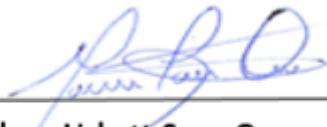
Nº Petición : **02933769**
Centro : Clinica
Fecha Ingreso : 6/09/24
Fecha Informe : 6/09/24 13:34:15

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 Lizbeth 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

Microbiología

EXAMEN COMPLETO DE ORINA

Pruebas Realizadas	Resultado	Rango de Referencia	Unidades
<i>MACROSCOPICO:</i>			
Color	Amarillo Oscuro		
Aspecto	Transparente		
<i>EXAMEN QUÍMICO:</i>			
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		
<i>SEDIMENTO URINARIO:</i>			
Células epiteliales	Escasos		
Gérmenes	Escasos		
Leucocitos	No se observan		
Hematies	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				
APELLIDOS Y NOMBRES :	ARIZA ESPINOZA ISAIAS			
FECHA DE NACIMIENTO :	13/12/1982	EDAD :	41 años	
DNI :	41771845	Nº DE LICENCIA :	Q_41771845	
GRADO DE INSTRUCCION :	TECNICO COMPLETO		FECHA DE EXAMEN :	06/09/2024
NOMBRE DE LA EMPRESA :	SANDVIK DEL PERU S A		CATEGORIA :	A III-c
RESTRICCION ACTUAL :	No usa lentes		VEHICULO A CONDUCIR :	SUV (Camioneta)
EVALUACION SENSOMETRICA				
AGUDEZA VISUAL	OJOS	SIN CORRECTOR		CON CORRECTOR
		O.D.	O.I.	O.D.
	VISION CERCANA	0,50	0,50	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  <small>Dra. Cláudia Vanessa Llerena Zevallos Médico de salud ocupacional CMP: 049335 / RNM: M00955 S.G NATCLAR S.A.C</small>			
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES				
- Examen de ojos y de la visión	Emétrope. Se recomienda control oftalmológico anual.			
- Pterigón	Pterigón grado I nasal derecho. Se recomienda evaluación por Oftalmología.			
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		
TEST DE REACTIMETRO		VALOR NORMAL		
TIEMPO DE REACCION	3.55	MENOR O IGUAL DE 4.3 seg.		
TEST DE PUNTEADO		VALOR NORMAL		
ERRORES	12.00	MENOR DE 23		
ACIERTOS	56.00	MAYOR DE 24		
TIEMPO DE ACIERTO	5.50	MAYOR DE 4		
RESULTADOS				
RESPONSABLE PSICOMETRICO	Psi. QUINTERO PUMACAHUA, ROSA DE HILARIA			
PSICOLOGO RESPONSABLE	Psi. QUINTERO PUMACAHUA, ROSA DE HILARIA			
LICENCIAS	 <small>Lic. Rosa de Hilaria Quintero Pumacahua Psicóloga C.Ps.P.:24005 S.G. NATCLAR S.A.C.</small>			
CONCLUSION :	APTO			
OBSERVACIONES :	NINGUNO			

FECHA: 06/09/2024

HORA: -

REPORTE PSICOLOGICO

NOMBRE Y APELLIDOS	: ISAIAS ARIZA ESPINOZA		
OCCUPACION	: 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	
AFECTIVAS	Orientación Espacial	X		
HABILIDADES INTERPERSONALES	Patron de Personalidad	Patron del Agente		
	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. Habil para realizar trabajos de precisión.

CONCLUSIÓN:

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

EVALUADOR : QUINTERO PUMACAHUA, ROSA DE HILARIA

COLEGIATURA : 24005



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

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

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 Visomotor								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	FORTALEZAS:
	Habilidades y Destrezas:
	<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 visomotor 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>
	Personalidad:
	<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>
	Actitudes hacia la seguridad:
	<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>

OBSERVACIONES :El evaluado es una persona recomendable para obtener su autorización de manejo, por las siguientes razones:
- Es hábil para realizar trabajos de precisión, coordinación viso-manual y reaccionar ante estímulos. Buena capacidad para la percepción y mediana para la discriminación.
- Estable, adecuado autoncepto y habilidades sociales.
- Posee conocimiento y noción acerca de manejo a la defensiva y respetuoso de las normas.

EVALUADOR : QUINTERO PUMACAHUA, ROSA DE HILARIA

COLEGIATURA : 24005



HOJA DE ENTREVISTA G 1-2-3

Código:	FO-EPS-06
Versión:	03
Página:	Página 1 de 1
Unidad:	Clinica / Unidad Minera

HOJA DE ENTREVISTA

63xMOM
Editado

APELLIDOS Y NOMBRES: ARIZA ESPINOZA JSAIAS	EMPRESA: Sondika del Perú S. A
DNI: 41791845	UNIDAD ALPOYBONO
EDAD: 61	FECHA DE EVALUACIÓN: 06/09/2020
PUESTO: Jefe supervisor tecnico team leader	

Tiempo en empresas: 5 años
Accidentes en el trabajo: 0
Estado civil: Soltero
Lugar de residencia (familia): Lima
Número de hijos: 6
Grado de instrucción: Técnico
¿Cómo actúas con las personas con puntos de vista diferentes al tuyo? Escucha sus ideas y las analiso

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

¿Qué haces cuando alguien critica tu trabajo? Analizo los errores cometidos y mejoras
¿Cómo afrontas situaciones de tensión laboral? Tranquilo

Comenta brevemente una situación difícil que tuviste que solucionar dentro de un equipo. ¿Qué ocurrió, cuál fue tu rol y el resultado? Enfrentamiento verbal entre compañeros trabajo, hablar y confrontar la situación. Explicando que no es la forma de resolver el conflicto.
--

AREA AFECTIVA

AREA SOCIAL

AREA LABORAL

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 cague o se quede dormido en las siguientes situaciones?
 Considera los últimos meses de sus actividades. No se refiere a sentirse cansado debido a actividad física.
 Aunque no haya realizado últimamente las situaciones descritas, considera 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 : **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

 NATCLAR Gestión de Salud Ocupacional	CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA PRUEBA (VDRL/RPR)	Código:	FO-ELB-44
USO INTERNO		Versión:	02
		Unidad:	Clínica / Unidad Minera

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE:

Yo,

Identificado con: DNI: 41371045 de EDAD: 41 de la EMPRESA: Sandvik Italpew S.A.
del AREA: Fabrica

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.

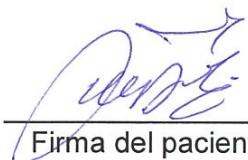
Sí. Doy mi consentimiento a la prueba VDRL/RPR.
Todas las evaluaciones serán mantenidas confidencialmente.

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

Porque:

Fecha: 06 de 09, del 2021.

HORA: 07:55 - AM.




Firma del paciente y huella