

Certificado de Aptitud Médico Ocupacional
Examen de Ingreso

CS-HC- C0000173358 - 00012024033879 Fecha de Generación de Reporte: 24 / 07 / 2024 - 16 : 50 hs.

		CÓDIGO		C0000173358			
CERTIFICA que el Sr. (a):							
Nombre y Apellidos		ANGEL MISAEL LAUREANO LOYOLA					
Documento de Identidad		45466868	Edad	36	años	Género	M (X) F
Puesto al que postula (sólo pre ocupacional)			SUPERVISOR TENICO ROCK TOOLS				
Ocupación actual o última Ocupación			- SUPERVISOR TENICO ROCK TOOLS				
HISTORIA CLÍNICA 45466868			EMPRESA: SANDVIK DEL PERU S A				
CONCLUSIONES : APTO CON RESTRICCIONES							
APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)			Restricciones Uso estricto de lentes correctores.				
APTO CON RESTRICCIÓN (para el puesto en el que trabaja o postula)		X					
NO APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)							
RECOMENDACIONES <ul style="list-style-type: none">- Se recomienda evaluacion por Neumologia.Control anual.- Se recomienda uso de protección auditiva estricta a exposición de ruido mayor a 80 Db. Control anual- Se recomienda uso de lentes correctores. Control Oftalmológico anual.- Se recomienda dieta hipocalórica e hipograsa, aumentar actividad física. Control por Nutrición.- Se recomienda restauraciones dentales.- Se recomienda profilaxis dental y destartraje.							
<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: 24-07-2024			Nombre: LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA Sello y Firma de Médico que CERTIFICA				

COMPROBANTE MEDICO

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

FICHA MEDICA

COD : 45466868



EMPRESA : SANDVIK DEL PERU S A
TIPO DE EXAMEN : Examen de Ingreso
FECHA DEL EXAMEN : 24/07/2024
FECHA DE CADUCIDAD : 24/07/2025
UNIDAD : AMERICANA

APELLIDOS Y NOMBRES : LAUREANO LOYOLA ANGEL MISAE
OCUPACION ACTUAL : SUPERVISOR TECNICO 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	20/100	20/20
OJO IZQUIERDO	20/200	20/20

EXA. LABORATORIO

GRUPO	O	HEMOGLOBINA	16.90 g/dL	REACCIONES SEROLOGICAS	No Reactivo
FACTOR	POSITIVO	HEMATOCRITO	50.60 %	ORINA	NO PATOLOGICO
COLESTEROL	158.00 mg/dL	TRIGLICERIDOS	134.00 mg/dL	GLUCOSA	82.00 mg/dL

RECOMENDACIONES MEDICAS

DIAGNOSTICO

- Z01.6 Examen radiológico, no clasificado en otra parte : Radiografía de torax posteroanterior: Normal. Se recomienda evaluación por Neumología. 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
- H52 Trastornos de la acomodación y de la refracción : Ametropía bilateral corregida. Se recomienda uso de lentes correctores. Control Oftalmológico anual.
- E67 Otros tipos de hiperalimentación: Sobrepeso Antropométrico : Sobrepeso. Se recomienda dieta hipocalórica e hipograsa, aumentar actividad física. Control por Nutrición.
- K08.1 Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad ad periodontal local : Ausencia de piezas : Piezas: 3.6, 4.6 : Con espacio edentulo cerrado.
- K02.1 Caries de la dentina : Caries de dentina : Piezas : 1.6, 1.7, 1.8, 2.3, 2.4, 2.5, 3.7, 3.8, 4.7, 4.8 : Se recomienda restauraciones dentales.
- K03.6 Depósitos (acreciones) en los dientes : Acreciones dentales : Se recomienda profilaxis dental y destartraje.



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

VALORES NORMALES

EXAMEN DE LABORATORIO

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

EXAMEN DE ORINA

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

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

OFTALMOLOGIA

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

CONSTANCIA DE MANEJO



Se hace constar que el Señor(a):

LAUREANO LOYOLA, ANGEL MISAEL identificado con **DNI Nro. 45466868**, personal de **SANDVIK DEL PERU S A** cumplió con el examen de **MANEJO**, estando **APTO CON RESTRICCIONES** 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.

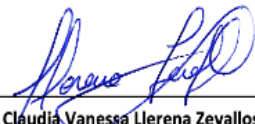
Restricciones:

- Uso estricto de lentes correctores.

FECHA: 24/07/2024

FECHA DE CADUCIDAD: 24/07/2025




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

LIMA ,miércoles, 24 de Julio de 2024

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

CARTA DE COMPROMISO

Yo, **LAUREANO LOYOLA ANGEL MISAE** identificado con DNI (**X**) / CE () / Pasaporte (), Nro: **45466868**, perteneciente a la empresa:

SANDVIK DEL PERU S A

Habiendo pasado la evaluación medica:

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

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

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

- Radiografía de torax posteroanterior: Normal. Se recomienda evaluación por Neumología. Control anual.
- Normoacusia. Se recomienda uso de protección auditiva estricta a exposición de ruido mayor a 80 Db. Control anual
- Ametropía bilateral corregida. Se recomienda uso de lentes correctores. Control Oftalmológico anual.
- Sobrepeso. Se recomienda dieta hipocalórica e hipograsa, aumentar actividad física. Control por Nutrición.
- Ausencia de piezas : Piezas: 3.6, 4.6 : Con espacio edentulo cerrado.
- Caries de dentina : Piezas : 1.6, 1.7, 1.8, 2.3, 2.4, 2.5, 3.7, 3.8, 4.7, 4.8 : Se recomienda restauraciones dentales.
- Acreciones dentales : Se recomienda profilaxis dental y destartraje.

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 : LAUREANO LOYOLA ANGEL MISAE

DNI : 45466868

Empresa : SANDVIK DEL PERU S A

Puesto de Trabajo : SUPERVISOR TENICO ROCK TOOLS

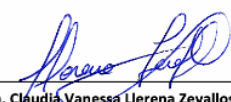



Dra. Melissa Norma Malca Borja
Evaluador de salud ocupacional
CMP: 042887
S.G. NATCLAR S.A.C.

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.

Firma y Sello del Medico Ocupacional
Nombres : LLERENA ZEVALLOS, CLAUDIA
CMP : 49335

FECHA: 24/07/2024

HORA: -

HISTORIA OCUPACIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES: LAUREANO LOYOLA, ANGEL MISAE

N° REGISTRO (DNI): 45466868

FECHA DE NACIMIENTO: 25/06/1988

SEXO: Masculino

LUGAR DE NACIMIENTO: DANIEL ALCIDES CARRION/PASCO/Perú

LUGAR DE PROCECENCIA: CP CHINCHE YANAHUANCA S/N, DANIEL ALCIDES CARRION
YANAHUANCA, Perú

PROFESIÓN: SUPERVISOR TENICO ROCK TOOLS

FECHA DE INICIO	EMPRESAS	ALTITUD m.s.n.m	ACTIVIDADES DE LA EMPRESA	AREA DE TRABAJO	OCUPACIÓN	TIEMPO DE TRABAJO SUBSUELO/SUPERFICIE/CONCENT			PELIGROS/AGENTES OCUPACIONALES	USO / TIPO EPP
01-09-2022	SANDVIK DEL PERU NEXA CERRO LINDO	4390	Otras actividades de servicios n.c.p.	_MANTENIMIENT O (38554)	SUPERVISOR TENICO ROCK TOOLS	1 año 11 meses	0	0	Radiación Ruido Polvos Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado)	NO APLICA (Siempre) Tapones auditivos (Siempre) Respirador (Siempre) NO APLICA (Siempre)
01-02-2021	CONFIPETROL-PORVENIR-NEXA	4200	Otros tipos de crédito	_MANTENIMIENT O (38554)	SOLDADOR 3G	1 año 7 meses	0	0	Posturas Forzadas Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado)	NO APLICA (Siempre) NO APLICA (Siempre)
01-09-2013	AESA- RAURA MINSUR- AESA	4520	Otras actividades de servicios n.c.p.	MINERÍA	TECNICO MECANICO II	6 años 2 meses	0	0	Polvo Respirable Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado) Ruido	Respirador (Siempre) NO APLICA (Siempre) Orejas (Siempre), Tapones auditivos (Siempre)
01-02-2012	GEODRILLING	4520	----	MANTENIMIENT O	MECANICO	1 año 7 meses	0	0	Polvo Respirable Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado) Ruido	Respirador (Siempre) NO APLICA (Siempre) Orejas (Siempre), Tapones auditivos (Siempre)
01-03-2008	VARIAS EMPRESAS	4520	----	MINERÍA	OPERARIO	3 años 11 meses	0	0	Polvo Respirable Posturas Prolongadas (De Pie, Sentado, Acostado) Ruido	Respirador (Siempre) NO APLICA (Siempre) Orejas (Siempre), Tapones auditivos (Siempre)
Total						15 años 2 meses	0 años 0 meses	0 años 0 meses		



ANGEL MISAE LAUREANO LOYOLA



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:

FECHA: 24/07/2024

ANEXO No. 16
FICHA MÉDICA OCUPACIONAL

EMPRESA : SOBREANDES S.A.C.
EMPLEADOR : SANDVIK DEL PERU S A
UNIDAD : AMERICANA
APELLIDOS Y NOMBRES : LAUREANO LOYOLA, ANGEL MISAEAL

EXAMEN MÉDICO
PREOCUPACIONAL ☒
ANUAL ☐
RETIRO ☐
CAMBIO PUESTO /
REUBICACIÓN ☐
VISITA ☐
REINCORPORACIÓN ☐
TEMPORAL ☐
Nº de Ficha 45466868

FECHA DE EXAMEN: 24-07-2024		FECHA DE CADUCIDAD: 24-07-2025		MINERALES EXPLOTADOS O PROCESADOS:	
LUGAR DE NAC. DANIEL ALCIDES CARRION / PASCO / Perú		FECHA DE NAC. 25/06/1988		DOMICILIO HABITUAL CP CHINCHE YANAHUANCA S/N DANIEL ALCIDES CARRION / PASCO / YANAHUANCA	
EDAD 36 Años		SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		DOCUMENTO DE IDENTIDAD 45466868 TELEFONO: 967535965	
AREA DE LABOR SUPERFICIE <input type="checkbox"/> CONCENTRADORA <input type="checkbox"/> SUBSUELO <input checked="" type="checkbox"/>		ALTITUD DE LA LABOR Debajo 2500 m <input type="checkbox"/> 3501 a 4000 m <input type="checkbox"/> Hasta 3000 m <input type="checkbox"/> 4001 a 4500 m <input checked="" type="checkbox"/> 3001 a 3500 m <input type="checkbox"/> Más de 4501 m <input type="checkbox"/>			
ESTADO CIVIL Soltero <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Casado <input checked="" type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>		GRADO DE INSTRUCCIÓN Analfabeto <input type="checkbox"/> Sec. Incomp. <input type="checkbox"/> Primaria Incomp. <input type="checkbox"/> Sec. Comp. <input type="checkbox"/> Primaria Comp. <input type="checkbox"/> Técnico <input checked="" type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/>			
Ruido <input checked="" type="checkbox"/> Cancigerígenos <input type="checkbox"/> Temperaturas <input type="checkbox"/> Cargas <input type="checkbox"/> Polvo <input checked="" type="checkbox"/> Mutagénicos <input type="checkbox"/> Biológicos <input type="checkbox"/> Mov. Repet. <input checked="" type="checkbox"/> Vib segmentar <input type="checkbox"/> Solventes <input type="checkbox"/> Posturas <input type="checkbox"/> PVD <input checked="" type="checkbox"/> Vib total <input checked="" type="checkbox"/> Metales pesados <input type="checkbox"/> Turnos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>					
Describir según corresponda: Puesto al que postula : SUPERVISOR TENICO ROCK TOOLS Puesto actual: SUPERVISOR TENICO ROCK TOOLS Tiempo: 1 año 11 meses Reubicación: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>					
ANTECEDENTES OCUPACIONALES (VER HISTORIA OCUPACIONAL)					
ANTECEDENTES PERSONALES y OCUPACIONALES (enfermedades y accidentes)					
SIN IMPORTANCIA PATOLOGICA ACTUAL <input type="checkbox"/>					
Descripción APENDICECTOMIA: sin complicaciones - 2012					
HTA <input type="checkbox"/> H.Tg <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> HBP <input type="checkbox"/> Sd.Met. <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> H.Col <input type="checkbox"/> Artropatia <input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> C.A. <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> Prob CV <input type="checkbox"/> Pt Columna <input type="checkbox"/> Qx <input checked="" type="checkbox"/> Pb.Ren. <input type="checkbox"/> EPILEPSIA <input type="checkbox"/> IMA/SICA <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Prob. Psiquiátricos <input type="checkbox"/> RAM <input type="checkbox"/> Medicación actual ---					
NIEGA TENER ANTECEDENTES MEDICOS DE IMPORTANCIA <input type="checkbox"/>					
<i>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 puedese 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.</i>					
Firma y DNI del Paciente Evaluado 					
Refiere Discapacidad No		CIE 10 ---		Tipo ---	
ANTECEDENTES FAMILIARES		INMUNIZACIONES		SIN HIJOS	
NO REFIERE		Tétano: <input type="checkbox"/> Hepatitis B: <input type="checkbox"/> Fiebre Amarilla: <input type="checkbox"/> Covid: <input checked="" type="checkbox"/> N° 4 dosis		<input type="checkbox"/>	
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 166 cmts.	
PESO 78.4 Kg		IMC 28.5 kg/m2		FUNCIÓN RESPIRATORIA Abs % FVC 4.44 97 FEV1 3.58 96 FEV1 / FVC 0.81 98 % FEF 25-75% 3.45 88 % Conclusión:NORMAL	
TEMPERATURA 36.5 °C		Cintura : 95 cm Cadera : 100 cm ICC : 0.95 cm			
ANAMNESIS NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> Paciente refiere no presentar ningún tipo de síntomas, niega alguna patología.					
ECTOSCOPIA NORMAL <input 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 y sin lesiones .Cicatriz quirurgica transversa de 5 cm en fosa iliaca derecha.					

CABEZA	NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/>	ANORMAL	<input type="checkbox"/>																		
Normocéfalo.																						
CUELLO	NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/>	ANORMAL	<input type="checkbox"/>																		
Cilíndrico, móvil, no doloroso a la palpación ni a la movilización pasiva ni activa, no adenopatías, tiroides en rangos normales, no ingurgitación yugular.																						
NARIZ	NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/>	ANORMAL	<input type="checkbox"/>																		
Fosas nasales permeables, tabique nasal sin desviaciones, cornetes no hipertróficos, no secreciones.																						
BOCA, AMIGDALAS, FARINGE, LARINGE			NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/>	ANORMAL	<input type="checkbox"/>																
Labios sin lesiones, mucosa oral húmeda.			Piezas en mal estado: 10																			
			Piezas que faltan: 2																			
OJOS	Sin corregir		Corregida		ENFERMEDADES OCULARES																	
	OD	OI	OD	OI	Trastornos de la acomodación y de la refracción																	
VISIÓN DE CERCA	1,00	1,25	0,50	0,50	REFLEJOS PUPILARES																	
VISIÓN DE LEJOS	20/100	20/200	20/20	20/20	CONSERVADOS																	
VISIÓN DE COLORES	Adecuado24/24 Laminas Observadas:0																					
OIDOS																						
Audición derecha 500 1000 2000 3000 4000 8000																						
<table><tr><td>Hz</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>6000</td><td>8000</td></tr><tr><td>dB (A)</td><td>5</td><td>5</td><td>10</td><td>20</td><td>20</td><td>25</td><td>20</td></tr></table>							Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	dB (A)	5	5	10	20	20	25	20
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000															
dB (A)	5	5	10	20	20	25	20															
Audición izquierda 500 1000 2000 3000 4000 8000																						
<table><tr><td>Hz</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>6000</td><td>8000</td></tr><tr><td>dB (A)</td><td>10</td><td>5</td><td>20</td><td>20</td><td>25</td><td>25</td><td>20</td></tr></table>							Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	dB (A)	10	5	20	20	25	25	20
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000															
dB (A)	10	5	20	20	25	25	20															
OTOSCOPIA																						
OD : Normal			OI : Normal																			
EN REPOSO																						
Pulso x min	Presión Arterial Sistémica			F. Respiratoria :		Sat. O2 :																
78 puls/min	Sistólica	120 mmHg		18 resp/min		98 %																
	Diastólica	60 mmHg																				
TORAX																						
Caja torácica sin alteraciones. En las mamas no se palpan nódulos. Axilas sin adenopatías.																						
CORAZON																						
Corazón; ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.																						
PULMONES																						
Clínicamente normales: Murmullo vesicular y vibraciones vocales pasan bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.																						
MIEMBROS SUPERIORES																						
Rangos articulares conservados, no se evidencian alteraciones articulares, no dolor a la movilización activa ni pasiva, no crepitos, no eritema, ni aumento de volumen																						
MIEMBROS INFERIORES																						
Rangos articulares conservados, no se evidencian alteraciones articulares, no dolor a la movilización activa ni pasiva, no crepitos, no eritema, ni aumento de volumen.																						
REFLEJOS OSTEOTENDINOS																						
Normoreflexia																						
MARCHA			APARATO LOCOMOTOR																			
Equilibrio y coordinación motora normales.			Rangos Articulares: 4 puntos																			
			Aptitud de Espalda: 4 puntos																			
COLUMNA VERTEBRAL																						
Curvaturas fisiológicas adecuadas, movilidad y rangos articulares dentro de lo aceptable. (Test de Adams Negativo)																						
ABDOMEN			TACTO RECTAL																			
Blando, depresible, no doloroso, ruidos hidroaéreos presentes, no visceromegalia.			NO SE HIZO <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>																			
			NORMAL <input type="checkbox"/> Describir en Observac. <input type="checkbox"/>																			
ANILLOS INGUINALES																						
No protrusión de masas a través de anillos inguinales.																						

HERNIAS

No se evidencia al examen físico hernias inguinales, umbilicales.

VARICES

No se evidencia al examen físico.

GENITALES

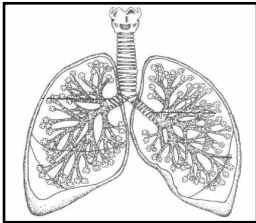
DIFERIDO

GANGLIOS

No se evidencia adenopatía.

LENGUAJE, ATENCIÓN, MEMORIA, ORIENTACIÓN, INTELIGENCIA, AFECTIVIDAD

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



Nº Rx 45466868
Fecha 24/07/2024
Calidad 2
Símbolos ---

Vértices: Sin alteraciones

Campos pulmonares: Parénquima Conservado

Hilios: Conservado

Senos: Libres, no efusión pleural.

Mediastinos: Normales

Conclusiones radiográficas: Placa Radiograficamente Normal.

Silueta cardiovascular: Dimensiones Normales.

0/- , 0/0 , 0/1	1/0	1/1, 1/2	2/1, 2/2, 2/3	3/2, 3/3, 3/+	A,B,C	St.	REACCIONES SEROLÓGICAS A LUES
CERO	1/0	UNO	DOS	TRES	CUATRO		Positivo: --- Negativo: (X)
X							Otros Exámenes:
Sin Neumoconiosis NORMAL	Imagen radiografica de Exposición a Polvo SOSPECHA	Con Neumoconiosis					

GRUPO SANGUÍNEO

FACTOR RH

O ☒ A ☐ B ☐ AB ☐ + ☒ - ☐

HEMOGLOBINA: 16.9 g/dL

HEMATOCRITO: 50.6 %

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 :	5	Cue Ceto :	Negativo	Est Leu :	Negativo		

Exámenes Auxiliares Complementarios

NO APLICA.

Riesgo Coronario /
Score de Framingham: NO APLICA

APTITUD:

MEDICAMENTO APTO

☐

MEDICAMENTO APTO

CON RESTRICCIONES

☒

MEDICAMENTO

OBSERVADO

☐

MEDICAMENTO NO APTO

☐

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



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



Dr. Oscar Nazario Ticona chino
Médico Evaluador
CMP: 90774
S.G. NATCLAR S.A.C.

Medico Auditor
TICONA CHINO, OSCAR NAZARIO

C.M.P 90774

APTITUD EXAMENES COMPLEMENTARIOS

PARA GRANDES ALTITUDES GEOGRAFICAS (16A)

PARA TRABAJOS EN ALTURA ESTRUCTURAL (>1.8m)

PARA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS

APTO

NO APLICA

NO APLICA

PARA MANEJO

PARA MANIPULADOR DE ALIMENTOS

PARA TRABAJOS EN CALIENTE

APTO CON RESTRICC

NO APLICA

NO APLICA

EXAMENES COMPLEMENTARIOS :

EVALUACION PSICOLOGICA:

Apto para el puesto de trabajo habitual.



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.

OBSERVACIONES

CIE	DESCRIPCION	RECOMENDACIONES /RESTRICCIONES
- Z01.6	Examen radiológico, no clasificado en otra parte	Radiografía de torax posteroanterior: Normal. Se recomienda evaluación por Neumología. 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
- H52	Trastornos de la acomodación y de la refracción	Ametropía bilateral corregida. Se recomienda uso de lentes correctores. Control Oftalmológico anual.
- E67	Otros tipos de hiperalimentación: Sobrepeso Antropométrico	Sobrepeso. Se recomienda dieta hipocalórica e hipograsa, aumentar actividad física. Control por Nutrición.
- K08.1	Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad ad periodontal local	Ausencia de piezas : Piezas: 3.6, 4.6 : Con espacio edentulo cerrado.
- K02.1	Caries de la dentina	Caries de dentina : Piezas : 1.6, 1.7, 1.8, 2.3, 2.4, 2.5, 3.7, 3.8, 4.7, 4.8 : Se recomienda restauraciones dentales.
- K03.6	Depósitos (acreciones) en los dientes	Acreciones dentales : Se recomienda profilaxis dental y destartraje.

LAUREANO LOYOLA, ANGEL MISAEAL

45466868

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

DATOS PERSONALES			
APELLIDOS Y NOMBRES: LAUREANO LOYOLA, ANGEL MISAEAL			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 45466868	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa): 25/06/1988 EDAD: 36 Años	SEXO: Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN: CP CHINCHE YANAHUANCA S/N, DANIEL ALCIDES CARRION, YANAHUANCA , PASCO			
EMPLEADOR: SANDVIK DEL PERU S A		ACTIVIDAD A REALIZAR: SUPERVISOR TENICO ROCK TOOLS	

1. FUNCIONES VITALES

FC: 78 puls/min PA: 120/60 mmHg FR: 18 resp/min IMC: 28.50 kg/m2 SO2: 98.00 %
FUR: N/A

2. ANAMNESIS :

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

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

3. EXAMEN FÍSICO

3.1 APARATO CARDIOVASCULAR:

Características del pulso 78 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:

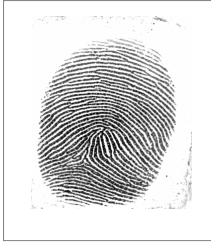
Valor Hemoglobina: 16.90 g/dL Valor Hematocrito: 50.60 % Glucosa en Sangre: 82.00 mg/dL Hemoglobina Glicosilada: NO APLICA
Interpretación EKG: NO APLICA.

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.



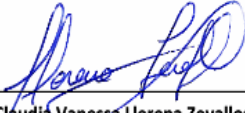

Firma del Paciente



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: 24/07/2024	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- C0000173358 - 00012024033879 Fecha de Generación de Reporte: 24 / 07 / 2024 - 16 : 49 hs.

CONSTANCIA DE EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA

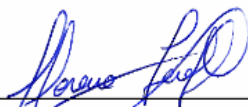
APELLIDOS Y NOMBRES : **LAUREANO LOYOLA, ANGEL MISAE**
DNI : **45466868**
EMPRESA : **SANDVIK DEL PERU S A**
COMPAÑIA : **SOBREANDES S.A.C.**
CARGO O PUESTO : **SUPERVISOR TENICO ROCK TOOLS**
FECHA : **24/07/2024**
EDAD : **36 AÑOS**

TRABAJADOR AL QUE SE LE HA EVALUADO LOS SIGUIENTES PARÁMETROS :

PESO	78.4 Kg
TALLA	1.660 mts.
I.M.C	28.5 Kg/m2

CINTURA	95 cm
CADERA	100 cm
I.C.C	0.95

PRESION ARTERIAL	120/60 mmHg
FRECUENCIA CARDIACA	78 lpm
FRECUENCIA RESPIRATORIA	18 rpm
SATURACIÓN O ₂	98 %



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: LAUREANO LOYOLA, ANGEL MISAEL

FECHA: 24/07/2024

HORA: -

EMPRESA ESPECIALIZADA: SANDVIK DEL PERU S A

TIEMPO DE TRABAJO:

PUESTO DE TRABAJO: SUPERVISOR TENICO ROCK TOOLS

SUBSUELO: 15 años 2
meses

SUPERFICIE: 0 años 0
meses

CONCENT: años 0 mes

- ¿Tuvo episodio previo de dolor de espalda?

Si: ---

No: X

- ¿Levanto peso?

Si: ---

¿Cuánto?: -- kilos

No: X

Aptitud de espalda	Excelente: 1	Bueno: 2	Regular: 3	Malo: 4	Ptos. *	Observaciones:
Flexibilidad / Fuerza ABDOMEN					1	
CADERA					1	
MUSLO					1	
ABDOMEN LATERAL					1	
Total					4	

Rangos Articulares	Óptimo: 1	Limitado: 2	Muy limitado: 3	Ptos. *	Dolor con resistencia SI / NO:
Abducción de hombro (Normal 0° - 180°)				1	NO
Aducción de hombro (Normal 0° - 80°)				1	NO
Rotación externa (Normal 0° - 90°)				1	NO
Rotación interna (Normal 0° - 90°)				1	NO
Total				4	

OBSERVACIONES:

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

** Repetir cada movimiento contra resistencia leve a moderada y evaluar fortaleza 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.

EVALUACIÓN AUDITIVA

Apellidos y Nombres LAUREANO LOYOLA, ANGEL MISAEAL

DNI : 45466868

Edad: 36 Años Sexo: Masculino

Empresa SANDVIK DEL PERU S A

Tipo de Examen : Examen de Ingreso

Fecha del Examen : 24/07/2024

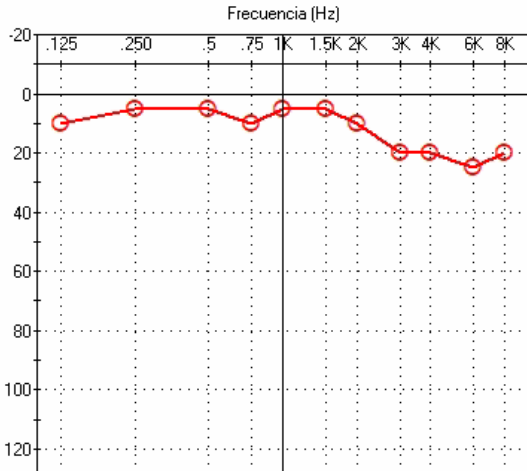
Puesto : SUPERVISOR TENICO ROCK TOOLS

Zona : SUBSUELO/SOCAVON

Hora : 09:43
Area : _MANTENIMIENTO (38554)

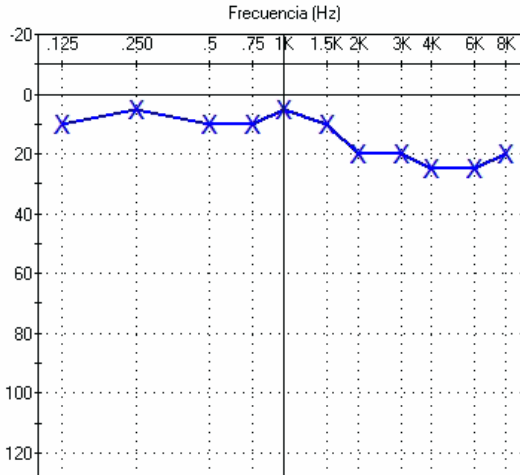
GRAFICA DE AUDIOMETRIA TONAL

Oído derecho



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

Oído izquierdo



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

AUDIOMETRIA TONO PURO

Promedio (500-1000-2000 Hz)

	Derecha	Izquierda	
Cond. Aérea	7	12	dB
Cond. Ósea	-	-	dB

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

DIAPASONES (Acumetria)

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

OD	Weber	OI
←	512	→
No aplica	1024	No aplica

Datos del Audiometro

Marca : INTERACOUSTICS

Modelo : AD629

Fecha de calibracion objetiva :

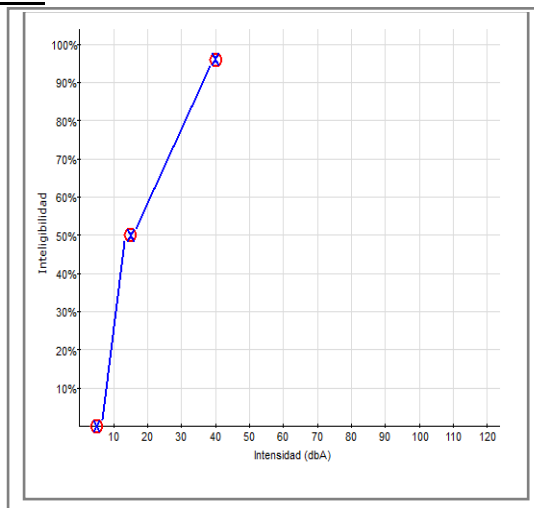
15/09/2023

Datos Ambiente

Evaluación realizada en cabina :

Si ☒ No ☐

GRAFICA LOGO AUDIOMETRICA



LOGO AUDIOMETRIA

	OD	OI
Umbral SDT (dB)	5	5
Umbral SRT (dB)	15	15
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

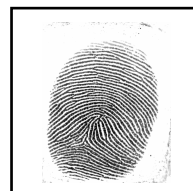
- Normal



Lola Mileni Tarazona Durand
Técnica de enfermería
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 LAUREANO LOYOLA, ANGEL MISAE
Empresa SANDVIK DEL PERU S A

DNI : 45466868 **EDAD :** 36 Años **SEXO :** Hombre
CIU :

Tipo de Examen : Examen de Ingreso

Fecha y Hora del Examen

24/07/2024 09:43

Tipo Audiometría : Base

Puesto : SUPERVISOR TENICO ROCK TOOLS

Zona : SUBSUELO/SOCA

Area : _MANTENIMIENTO
(38554)

1.1. Historia laboral - Exposición Actual

Antigüedad en el puesto actual : ---

Apreciación del Ruido en el Ambiente

☐ -

Muy intenso

☐ -

Moderado

☐ -

No molesto

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

Laboral (Evaluación Cualitativa) :

Equipos de Protección Auditiva :

SI :

☐ -

NO :

☐ -

Tipo de Protección Auditiva : ---

Uso de Equipo de Protección Auditiva : ---

Duración : ---

1.2. Historia laboral - Antecedentes

- ¿Ud. Ha tenido puestos de trabajo anteriores con Ruido?

Si (X) No () 13 años 7 meses

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

Si () No (X)

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

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

Si () No (X)

EMPRESAS	Puesto de Trabajo	Desde	Hasta	Descripción Riesgo	Exposición (Hrs /Día)	Tipo de Protección Auditiva / Uso	Duración en Años
VARIAS EMPRESAS	OPERARIO	01/03/2008	01/01/2012	Ruido	8	Orejeras (Siempre), Tapones auditivos (Siempre)	3 a 11 m
EMPRESAS	Puesto de Trabajo	Desde	Hasta	Descripción Riesgo	Exposición (Hrs /Día)	Tipo de Protección Auditiva / Uso	Duración en Años
GEODRILLING	MECANICO	01/02/2012	01/08/2013	Ruido	10	Orejeras (Siempre), Tapones auditivos (Siempre)	1 a 7 m
EMPRESAS	Puesto de Trabajo	Desde	Hasta	Descripción Riesgo	Exposición (Hrs /Día)	Tipo de Protección Auditiva / Uso	Duración en Años
AESA- RAURA MINSUR- AESA	TECNICO MECANICO II	01/09/2013	01/10/2019	Ruido	10	Orejeras (Siempre), Tapones auditivos (Siempre)	6 a 2 m
EMPRESAS	Puesto de Trabajo	Desde	Hasta	Descripción Riesgo	Exposición (Hrs /Día)	Tipo de Protección Auditiva / Uso	Duración en Años
SANDVIK DEL PERU NEXA CERRO LINDO	SUPERVISOR TENICO ROCK TOOLS	01/09/2022		Ruido	0	Tapones auditivos (Siempre)	1 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		Asiste a discotecas, conciertos			

1.6. ANTECEDENTES MORBIDOS PERSONALES

SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Parotiditis	X	Encefalitis	X	Otosclerosis	X	Hipoacusias (Incluido la Subita)	X
Sarampión	X	Sinusitis	X	Parálisis facial	X	Enf. Cerebro vasculares	X
TEC	X	Alt. Metabolismo	X	TBC	X	Otitis crónica	X
Rubeola	X	Meningitis	X	Rinitis	X	Traumatismo del Oído Interno	X
Comentarios	---						

1.7. ANTECEDENTES FAMILIARES

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

SI	NO	COMENTARIO
	X	---

1.8. ANTECEDENTES TOXICOS

ALCOHOL Si () No (X) Cantidad gramos:
FUMADOR Si () No (X) Nro cigarrillos:

1.9. ANTECEDENTES Medicamentosos (Con Efectos Ototoxicos)

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

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

2. Sintomatología Actual

2.1. SÍNTOMAS ACTUALES

Otalgia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Localización: ---	Frecuencia: ---	Duración: ---
Otorrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Localización: ---	Característica: ---	Frecuencia: ---
Fluctuación de la agudeza auditiva	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Localización: ---	Duración: ---	Asociada a IVRS o mojarse el oído: No
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, amígdala, pared faríngea)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Exposición a ruido laboral en las últimas 14 horas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Lavado de oído en los últimos 48 horas.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Consumo de Alcohol y/o drogas, hipnoinductores, psicofármacos, depresores del SNC, entre las 24 hrs.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Otoscoopia CAE permeable (Excepto atresia o estenosis del CAE);o cerumen en CAE < al 50 %	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Presencia de enfermedad respiratoria alta o sintomatología de resfrió	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Viaje reciente con cambio de altura en las últimas 72 horas	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ansiedad	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Trasnocho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

2.3. Examen ORL:

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

OTOSCOPIA OD: CAE permeable, membrana timpánica color blanco nacarado y brillante evidencia triángulo luminoso.

OI : CAE permeable, membrana timpánica color blanco nacarado y brillante evidencia triángulo luminoso.

TEMPERATURA HUMEDAD: Temperatura confortable: Si Valor: 22 °C Humedad confortable: Si Valor: 65 %

CONCLUSIONES

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

RECOMENDACIONES

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



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.

- Las evaluaciones se ejecutan con técnica de enmascaramiento, siempre que cumplan los criterios para su aplicación.
- Las evaluaciones fueron ejecutadas bajo los procedimientos de NATCLAR, las que tienen como referencia a la norma ISO 8253, ANSI, Normatividad PEECCA-Chile, equipos calibrados. Personal Capacitado por SG Natclar S.A con estándares PEECCA. Los equipos usados son: audiómetro INTERACUSTIC AD 229 b, Impedanciómetro MT10.

ESPIROMETRÍA

APELLIDOS Y NOMBRES : LAUREANO LOYOLA, ANGEL MISAEL **DNI :** 45466868 **EDAD :** 36 años **SEXO :** MASCULINO
EMPRESA : SANDVIK DEL PERU S A **TIPO EXAMEN :** INGRESO **FECHA EXAMEN :** 24/07/2024
PUESTO : SUPERVISOR TENICO ROCK TOOLS **ZONA :** SUBSUELO/SOCAVON **ÁREA :** _MANTENIMIENTO (38554)

INFORMACION DEL PACIENTE

ALTURA : 166 cmts.
PESO : 78.4 Kg
ORIGEN ETNICO : HISPANO
FUMADOR : NO

INFORMACION DEL TEST

TIPO TEST : FVC (sólo esp)
FECHA TEST : 24/07/2024 12:46:52
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 : 96%

Su edad Pulmonar : -

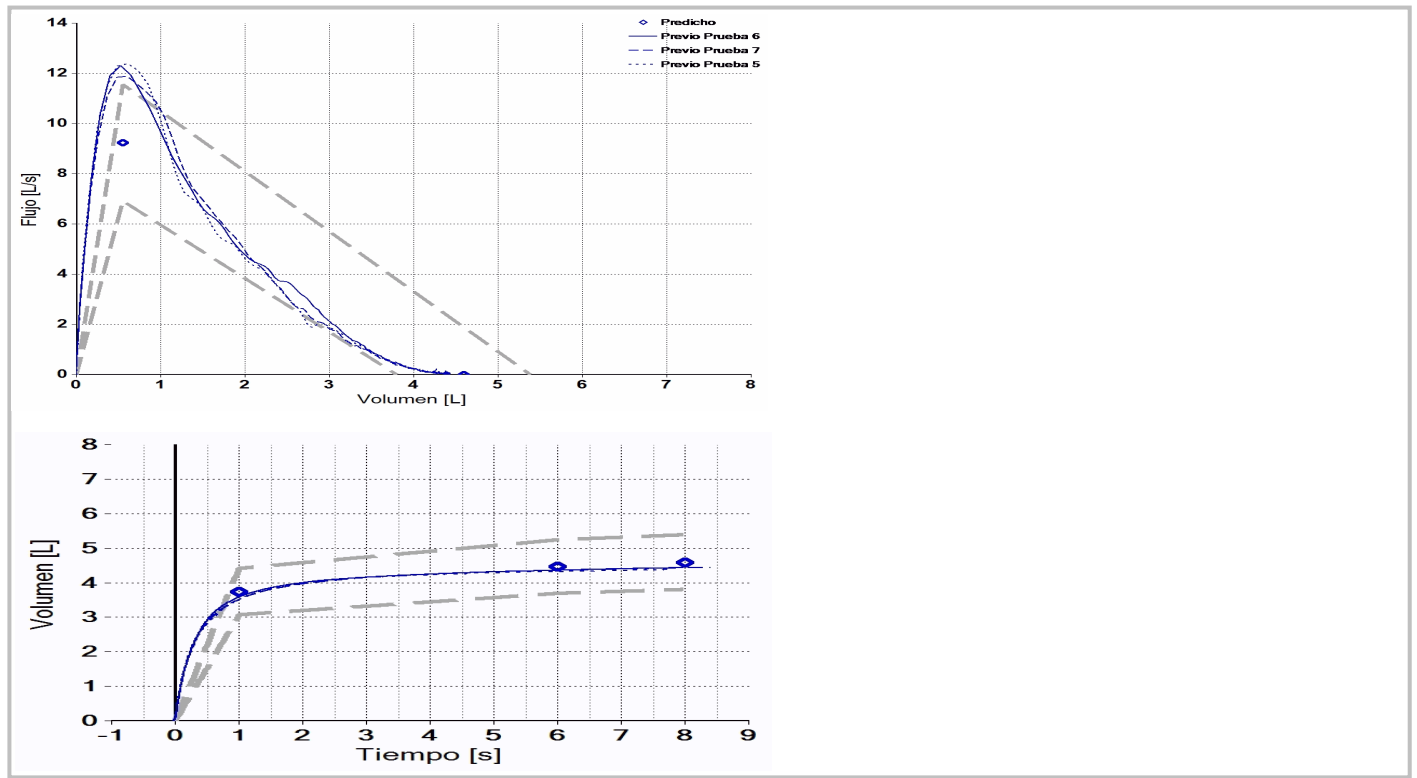
Parametro	Pred	LLN	Mejor	Prueba 6	Prueba 7	Prueba 5	%Pred
FVC [L]	4.59	3.80	4.44	4.43	4.44	4.39	97
FEV1 [L]	3.74	3.07	3.58	3.58	3.51	3.51	96
FEV1/FVC	0.82	0.73	0.81	0.81	0.79	0.80	98
FEF25-75% [L/s]	3.93	2.43	3.45	3.45	3.11	3.18	88
PEF [L/s]	9.24	6.92	12.42	12.33	11.93	12.42	134
FET [s]	-	-	8.00	8.00	8.41	7.79	-
BEV [L]	-	-	0.06	0.06	0.07	0.07	-
EOTV [L]	-	-	0.02	0.01	0.01	0.02	-

Calidad de la Sesión

Previo A (FEV1 Var=0.07L (1.9%) FVC Var=0.00L (0.1%))

Interpretación del Sistema

Previo Espirometría Normal



Conclusion : NORMAL

Observaciones : -



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

MEDICO OCUPACIONAL



[Signature]
Dr. Victor Oswaldo Lizarbe Castro
Médico neumólogo
CMP: 035001 RNE: 017625 RNA: A03628
OIT: NCFRN-77499542-17-153
S.G. NATCLAR S.A.C.

REALIZADOR

FORMATO DE EVALUACIÓN DE PLACAS RADIOGRÁFICAS

Código del trabajador

45466868

FECHA DE PLACA RADIOGRÁFICA

Mes Día Año

07

24

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 RADIOGRAFÍA

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 NEUMOCONIOSIS?

Si ☐ Llène la secciones 2B y 2C

No ☒ Pase a la seccion 3A

2B. OPACIDADES PEQUEÑAS

a. Forma/Tamaño

Primario

Secundario

☐ p ☐ s
☐ q ☐ t
☐ r ☐ u

☐ p ☐ s
☐ q ☐ t
☐ r ☐ u

b. Zonas

Derecha Izquierda

Superior

Intermedia

Inferior

☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐

c. Abundancia

☐ 0/- ☒ 0/X ☐ 0/1
☐ 1/0 ☐ 1/1 ☐ 1/2
☐ 2/1 ☐ 2/2 ☐ 2/3
☐ 3/2 ☐ 3/3 ☐ 3/+

2C. OPACIDADES GRANDES

Tamaño ☐ O ☐ A ☐ B ☐ C Pase a la seccion 3A

3A. ¿EXISTE ALGUNA ANOMALÍA PLEURAL QUE INDIQUE PRESENCIA DE NEUMOCONIOSIS?

Si ☐ Llène 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

☐ O ☐ D

☐ O ☐ I

☐ O ☐ D

☐ O ☐ I

De frente

☐ O ☐ D ☐ I

☐ O ☐ D ☐ I

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

☐ a ☐ b ☐ c

☐ a ☐ b ☐ c

Diafragma

☐ O ☐ D ☐ I

☐ O ☐ D ☐ I

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

☐ a ☐ b ☐ c

☐ a ☐ b ☐ c

Otro(s) sitio(s)

☐ O ☐ D ☐ I

☐ O ☐ D ☐ I

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

☐ 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

☐ O ☐ D

☐ O ☐ I

☐ O ☐ D

☐ O ☐ I

De frente

☐ O ☐ D ☐ I

☐ O ☐ D ☐ I

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

☐ a ☐ b ☐ c

☐ a ☐ b ☐ c

4A. ¿EXISTEN OTRAS ANOMALÍAS?

Si ☐ Llène la secciones 4B y 4C, 4D, 4E

No ☒

4B. OTROS SIMBOLOS (OBLIGATORIOS)

aa at ax bu ca cg cn co cp cv di ef em es fr hi ho id ih kl me pa pb pi px ra rp tb

OD

Si hay otras enfermedades o anomalías significativas, se deben indicar los hallazgos al reverso de este formulario. (sección 4C/4D)

4E. Se sugiere interconsulta a neumología para ampliación de diagnóstico y/o tratamiento

Si ☐ No ☒

FECHA DE LA LECTURA

Mes Día Año

07

24

2024

HORA: 07:00

PECHO SILVA, SAMUEL

APELLIDOS Y NOMBRES

40890

CMP

19622

RNE

28621_83

REG. LECTOR OIT



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

FORMATO DE EVALUACIÓN DE PLACAS RADIOGRÁFICAS

CS-HC- C0000173358 - 00012024033879 Fecha de Generación de Reporte: 24 / 07 / 2024 - 16 : 49 hs.

4C. MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN: (Esta lista tiene como objetivo reducir los comentarios escritos a mano y es opcional)

Anom alías del diafragma a

- ☐ Eventración
- ☐ Hernia hiatal

Transtornos de las vías respiratorias

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

Anom alías óseas

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

Anom alías parenquim atosas de los pulm ones

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

Anom alías varias

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

Transtornos vasculares

- ☐ Aorta, anom alía de
- ☐ Anom alía vascular

4D. OTROS COMENTARIOS

5. DIAGNOSTICOS :

CIE	DESCRIPCION
Z01.6	- Radiografía de torax posteroanterior: Normal. Se recomienda evaluacion por Neumologia.Control anual.

aa Aorta aterosclerótica	hi Adenopatías hiliares o mediastínicas no calcificadas
at Engrosamiento pleural	ho Pulmón en panal de abeja
ax Coalescencia de opacidades pequeñas	id Diafragma mal definido
bu Bula(s)	ih Contorno cardíaco mal definido
ca Cáncer: tumores malignos torácicos, excluido el mesotelioma	kl Líneas septales de kerley
cg Adenopatías o nódulos (por ejemplo, granulomas) no neumoconióticos	me Mesotelioma
cn Calcificación en opacidades neumoconióticas pequeñas	pa Atelectasias en placa
co Anormalidad del tamaño o la forma del corazón	pb Bandas parenquimatosas
cp Cor pulmonale	pi Engrosamiento pleural de una cisura interlobular
cv Cavidad	px Neumotórax
di Distorsión pronunciada de una estructura intratoraxica	ra Atelectasias redondeadas
ef Derrame pleural	rp Neumoconiosis reumatoide
em Enfisema	tb Tuberculosis
es Calcificación en cascara de huevo de los ganglios linfáticos hiliares o mediastínicos	od Otra enfermedad o anomalía significativa
fr Fractura(s) costal(es) (reciente(s) o consolidada(s))	

Cada una de las definiciones de los símbolos supone un calificativo de introducción o una frase como "cambios indicativos de" o "opacidades que sugieren" o "sospechoso". Los símbolos representan un hallazgo radiográfico que deberá ser contrastado con el estado clínico, antecedentes personales y/o exámenes adicionales del paciente para llegar a la conclusión diagnóstica. No son concluyentes para

Paciente : **LAUREANO LOYOLA, ANGEL MISAE**

Fecha Nac. : 25/06/1988 Sexo: M

Dni : 45466868

Empresa : SANDVIK DEL PERU S A

Ocupación : SUPERVISOR TENICO ROCK TOOLS

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : **02901484**

Centro : Clinica

Fecha Ingreso : 24/07/24

Fecha Informe : 24/07/24

16:49:30

Hematología

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

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:

Paciente : LAUREANO LOYOLA, ANGEL MISAEAL

Fecha Nac. : 25/06/1988 Sexo: M

Dni : 45466868

Empresa : SANDVIK DEL PERU S A

Ocupación : SUPERVISOR TENICO ROCK TOOLS

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : 02901484

Centro : Clinica

Fecha Ingreso : 24/07/24

Fecha Informe : 24/07/24

16:49:30

Hematología

Pruebas realizadas	Resultado	Unidad de Medida	Rango de referencia	Método
MUESTRA: Sangre				
Hematocrito	50.6	%	36.0 - 51.0	Impedancia volumétrica
Hemoglobina	16.9	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 : LAUREANO LOYOLA, ANGEL MISAEAL

Fecha Nac. : 25/06/1988 Sexo: M

Dni : 45466868

Empresa : SANDVIK DEL PERU S A

Ocupación : SUPERVISOR TENICO ROCK TOOLS

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : 02901484

Centro : Clinica

Fecha Ingreso : 24/07/24

Fecha Informe : 24/07/24

16:49:30

Bioquímica

Perfil Lipídico

Pruebas realizadas	Resultado	Unidad de Medida	Método
COLESTEROL TOTAL	158	mg/dL	CHOD - PAP
COLESTEROL HDL	* 39.50	mg/dL	Sulfato de Dextrano
COLESTEROL LDL	91.70	mg/dL	Enzimático Homogéneo
COLESTEROL VLDL	26.80	mg/dL	CAL
TRIGLICERIDOS EN SANGRE	134	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:

Paciente : LAUREANO LOYOLA, ANGEL MISAEAL

Fecha Nac. : 25/06/1988 Sexo: M

Dni : 45466868

Empresa : SANDVIK DEL PERU S A

Ocupación : SUPERVISOR TECNICO ROCK TOOLS

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : 02901484

Centro : Clinica

Fecha Ingreso : 24/07/24

Fecha Informe : 24/07/24

16:49:30

Bioquímica

Pruebas realizadas	Resultado	Unidad de Medida	Rango de referencia	Método
GLUCOSA BASAL	82	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 : LAUREANO LOYOLA, ANGEL MISAEAL

Fecha Nac. : 25/06/1988 Sexo: M

Dni : 45466868

Empresa : SANDVIK DEL PERU S A

Ocupación : SUPERVISOR TECNICO ROCK TOOLS

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : 02901484

Centro : Clinica

Fecha Ingreso : 24/07/24

Fecha Informe : 24/07/24

16:49:30

Inmunología

Pruebas realizadas	Resultado	Rango de Referencia	Unidad de Medida	Método
R.P.R.	No Reactivo	No Reactivo		Floculación

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.

Resultados Validados por:

Paciente : LAUREANO LOYOLA, ANGEL MISAEAL

Fecha Nac. : 25/06/1988 Sexo: M

Dni : 45466868

Empresa : SANDVIK DEL PERU S A

Ocupación : SUPERVISOR TENICO ROCK TOOLS

Tipo Eval. : Examen de Ingreso

Nº Petición : 02901484

Centro : Clinica

Fecha Ingreso : 24/07/24

Fecha Informe : 24/07/24

16:49:30

Microbiología

EXAMEN COMPLETO DE ORINA

Pruebas Realizadas	Resultado	Rango de Referencia	Unidades
MACROSCOPICO:			
Color	Amarillo Oscuro		
Aspecto	Transparente		
EXAMEN QUÍMICO:			
PH	5.00	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		
SEDIMENTO URINARIO:			
Células epiteliales	Escasos		
Gérmenes	Escasos		
Leucocitos	No se observan		
Hematíes	No se observan		
Cristales	No se observan		
Observaciones:			
Metodo:	Fotorfx		

* = Resultado fuera del intervalo de referencia.


Resultados Validados por:

FICHA DE APTITUD PSICOSENSOMETRICA

IDENTIFICACION

APELLIDOS Y NOMBRES :	LAUREANO LOYOLA ANGEL MISAEAL		
FECHA DE NACIMIENTO :	25/06/1988	EDAD :	36 años
DNI :	45466868	N° DE LICENCIA :	N 45466868
GRADO DE INSTRUCCION :	TECNICO COMPLETO	FECHA DE EXAMEN :	24/07/2024
NOMBRE DE LA EMPRESA :	SANDVIK DEL PERU S A	CATEGORIA :	A II-b
RESTRICCION ACTUAL :	Usa lentes	VEHICULO A CONDUCIR :	SUV (Camioneta)


EVALUACION SENSOMETRICA

AGUDEZA VISUAL	OJOS	SIN CORRECTOR		CON CORRECTOR	
		O.D.	O.I.	O.D.	O.I.
	VISION CERCANA	1,00	1,25	0,50	0,50
	VISION LEJOS	20/100	20/200	20/20	20/20
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>				

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Trastornos de la acomodación y de la refracción Ametrópia bilateral corregida. Se recomienda uso de lentes correctores. Control Oftalmológico anual.

EVALUACION PSICOMETRICA

TEST DE PALANCA	RESULTADOS	VALOR NORMAL
ERRORES	0	MENOR DE 12
TIEMPO DE ERROR	0.00	MENOR DE 5
TIEMPO DE PRUEBA	56.03	MAXIMO 60
TEST DE REACTIMETRO		VALOR NORMAL
TIEMPO DE REACCION	3.69	MENOR O IGUAL DE 4.3 seg.
TEST DE PUNTEADO		VALOR NORMAL
ERRORES	7.00	MENOR DE 23
ACIERTOS	57.00	MAYOR DE 24
TIEMPO DE ACIERTO	5.78	MAYOR DE 4
RESULTADOS		
RESPONSABLE PSICOMETRICO	Psi. QUINTERO PUMACAHUA, ROSA DE HILARIA	
PSICOLOGO RESPONSABLE	 Lic. Rosa de Hilaria Quintero Pumacahua Psicóloga C.Ps.P.:24005 S.G. NATCLAR S.A.C.	

CONCLUSION : **APTO CON RESTRICCIONES**

OBSERVACIONES : Uso estricto de lentes correctores.

FECHA: 24/07/2024

HORA: -

REPORTE PSICOLOGICO

NOMBRE Y APELLIDOS : ANGEL MISAEL LAUREANO LOYOLA
OCUPACION : SUPERVISOR TENICO ROCK TOOLS EDAD : 36 años
GRADO DE INSTRUCCIÓN : TECNICO COMPLETO DNI : 45466868
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		
HABILIDADES INTERPERSONALES	Patron de Personalidad	Patron del Consejero		
	Comunicación			X
	Trabajo en equipo			X
	Liderazgo			X

A nivel cognitivo, el evaluado puede adquirir nuevos conocimientos al mismo ritmo que la mayoría de las personas, aunque necesitará poner en práctica sus nuevos conocimientos para que por medio de la experiencia pueda resolver problemas y tomar algunas decisiones. Necesita instrucciones claras.

A nivel afectivo, se considera transparente, dispuesto a escuchar a los demás y colaborador. Tiende a resolver los problemas de los demás. Impresiona con su afecto, empatía y comprensión. Prefiere tratar con la gente sobre la base de una relación íntima. Al saber escuchar, en especial a los problemas, es discreto en sus sugerencias y no trata de imponer sus ideas a los demás. Generalmente busca el lado bueno de las personas y se relaciona bajo esa premisa.

A nivel labora, cuenta con 3 de experiencia en el puesto. Cuando tiene un puesto de responsabilidad, suele prestar atención a la calidad de las condiciones de trabajo y proporciona reconocimiento adecuado a los miembros de su grupo. A menudo, toma la crítica como una ofensa personal, pero responde en forma positiva si recibe atención y cumplidos por un trabajo bien hecho. Suele ser muy paciente y tolerante con las personas que no rinden en el trabajo. Comenta que realiza sus labores respetando las normas de prevención de riesgos y peligros laborales.

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. ANGEL MISAEL LAUREANO LOYOLA 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	: LAUREANO LOYOLA ANGEL MISAEAL		
OCUPACIÓN	: SUPERVISOR TENICO ROCK TOOLS	EDAD	: 36 años
GRADO DE INSTRUCCIÓN	: TECNICO COMPLETO	DNI	: 45466868
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								

EVALUADOR : QUINTERO PUMACAHUA, ROSA DE HILARIA

COLEGIATURA : 24005

ENTREVISTA

FORTALEZAS:

Habilidades y Destrezas:

El evaluado demuestra habilidad para realizar trabajos de precisión. También presenta alta capacidad para responder favorablemente ante estímulos visuales y auditivos de aparición repentina. Asimismo, presenta buena capacidad para coordinar con rapidez movimientos visomanuales, así como buena habilidad de percepción de la orientación espacial: enfocar y localizar permanentemente posiciones con relación a puntos cardinales (este, oeste, norte y sur) y puntos intermedios. Muy buena capacidad para la discriminación, adquisición de experiencias y reconocimiento de nuevas situaciones en la captación definitiva de problemas a resolver.

Personalidad:

Es una persona relajada y paciente, carente de estrés. Menciona percibirse a sí mismo transparente, dispuesto a escuchar a los demás y colaborador. Mantiene buenas relaciones con sus compañeros y superiores donde destaca una buena comunicación. Goza de un buen autoconcepto, lo cual le permite hacer frente al fracaso. Se atreve a cruzar los límites interpersonales, siendo capaz de iniciar interacciones con extraños; sin temor al fracaso, se arriesga y emprende debido a que confía en que alcanzará éxito.

Actitudes hacia la seguridad:

Conduce bajo una percepción y aceptación del riesgo adecuada, realiza una conducción precavida, atenta y responsable. Conduce con un alto nivel de seguridad. Cuenta con 3 años de experiencia en el puesto, cuenta con conocimiento de sus equipos de protección personal, recibiendo constantes capacitaciones para evitar situaciones de riesgo; además, conoce el tipo de manejo defensivo, de ambersidad climática y de manipulación de productos peligrosos y químicos, cuenta con una licencia A2B actualizada para conducir. Es una persona consciente y respetuosa de las normas.

AREAS DE MEJORA:

No significativas para el perfil.

OBESERVACIONES :El evaluado es una persona recomendable para obtener su autorización de manejo, por las siguientes razones:

- Es hábil para realizar trabajos de precisión, reacción y coordinación. Buena capacidad de percepción rápida de la orientación espacial.
- Es transparente, dispuesto a escuchar a los demás y colaborador; capaz de establecer una buena comunicación.
- Posee conocimiento y noción acerca de diferentes tipos de manejo, conduce con un alto nivel de seguridad.

EVALUADOR : QUINTERO PUMACAHUA, ROSA DE HILARIA

COLEGIATURA : 24005



HOJA DE ENTREVISTA G 1-2-3

Código: FO-EPS-06
Versión: 02
Página: Página 1 de 1
Unidad: Corporativo

Nro. De Atención.....

Hora de atención.....

HOJA DE ENTREVISTA

G3 + man + P. NOXA

APELLIDOS Y NOMBRES: L. DURAZO LOYOLA ANGEL MIRAL	
DNI: 45466868	EMPRESA: SANDOVAL
EDAD: 35,	UNIDAD: CERRO LINDO
PUESTO: Supervisor tecnico rock tools	FECHA DE EVALUACIÓN: 24/07/24

Tiempo en empresas: 13 años
Accidentes en el trabajo: NO
Estado civil: CASADO
Lugar de residencia (familia): PASCO - OXOPAMPAS
Número de hijos: 02
Grado de instrucción: TECNICO
¿Cómo actúas con las personas con puntos de vista diferentes al tuyo? ME CONCENTRO EN MI TRABAJO
¿Qué haces cuando alguien critica tu trabajo? NO LO TOMO IMPORTANCIA Y ME MOTIVA HACER MAS MEJOR
¿Cómo afrontas situaciones de tensión laboral? ME CALMO Y RESPIRO Y ANALIZO LAS SITUACIONES
Comenta brevemente una situación difícil que tuviste que solucionar dentro de un equipo. ¿Qué ocurrió, cuál fue tu rol y el resultado? PELEA ENTRE COMPAÑEROS POR MAL REPORTAR LOS ISO CALMAR Y CONVENIR CON LOS DOS QUE LA PELEA NO LLEVABA A NADA Y LOS DOS QUE CADA REPORTAR DEBE SER CLARO Y ENTENDIBLE

Psicóloga responsable.....

PSICOMETRÍA			
Pa T.	Errores	0	7
	Error	0.00	
	T. Prueba	56.03	
Re T.	Reacción	3.69	7
Pu	Errores	7	8
	Aciertos T.	57	
	Aciertos	5.78	

ÁREA AFECTIVA

- transparente.
- escucha
- colaborador.

A2B

man. def.

ÁREA SOCIAL

LABORAL

E = 3 años.
G = 16 años.

33
23

NEXA



FORMATO DE ENTREVISTA PERIODICO

Código:	FO-EPS-16
Versión:	03
Página:	Página 1 de 1
Unidad:	Corporativo

+mam
+ Ingiero G3 +EPW

APELLIDOS Y NOMBRES: LAUREANO LOYOLA ANGEL HUAR			
EDAD: 35	ESTADO CIVIL: S Conv Sep D V	DNI: 45466868	FECHA: 24/07/2024
PUESTO - OCUPACIÓN: Supervisor tecnico rock to EMPRESA: SANDUICK.			

UNIDAD A LA QUE ASISTIRÁ:

Tiempo en la Empresa: 2 años
Número de Hijos: 2
Grado de Instrucción: TECNICO
Accidentes laborales: (SI) (NO)
Tiempo de experiencia en el puesto: 13 años

<p>¿Cómo te sientes en tu trabajo?</p> <p>Muy bien como</p>	<p>¿Te gusta la labor que realizas, te sientas parte importante de la empresa?</p> <p>SI ME GUSTA</p>
<p>¿Qué aspectos NO te agradan del trabajo?</p> <p>- LO VENTILACION MUY BAJA</p>	<p>¿Qué cambios propondrías para mejorar tu área de trabajo?</p> <p>- MEJORAR LOS SOPORAL BQ.</p> <p>-</p> <p>¿Que recomendaciones dejarías a la organización?</p> <p>- SIGAN ASI TRABAJANDO EN GRUPO</p> <p>-</p>
<p>¿Cuáles son las fortalezas de la empresa?</p> <p>- FELICITAR LOS LOGROS.</p> <p>- ESCUCHAR AL TRABAJADOR</p> <p>vi. OXapampa esposa</p>	<p>¿Cómo es la relación con los jefes y compañeros de trabajo?</p> <p>ME LLEVO MUY BIEN CON TODOS</p>

2025: 19 y 15 años.


FORMULARIO
ESCALA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG


A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas". No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD		SI	NO
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	/	X	
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?	/	X	
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?	/	X	
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	/	X	
<i>Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando</i>			
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	/	X	
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	/	✓	
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea ? (síntomas vegetativos)	/	X	
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?	/	X	
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	/	X	
SUBESCALA DE DEPRESIÓN			
1.- ¿Se ha sentido con poca energía?	/	X	
2.- ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	/	X	
3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	/	X	
4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	/	X	
<i>(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)</i>			
5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	/	/	
6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	/	/	
7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	/	/	
8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?	/	/	
9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	/	/	

ANSIEDAD: ☐

DEPRESIÓN: ☐

Firma del trabajador: 
DNI: 45466262

 NATCLAR <small>Ministerio de Trabajo y Empleo</small> USO INTERNO	HOJA DE REPSUESTA ESCALA DE ESTRÉS ORGANIZACIONAL / OIT OMS	Código:	FO-EPS-17
		Versión:	02
		Página:	1 de 1
		Unidad:	Corporativo

ESCALA DE ESTRÉS ORGANIZACIONAL / OIT-OMS

Apellidos y Nombres:

LAUREANO LOYOLA RIVERA HILDA

Responda cómo se siente actualmente en general en el trabajo

SITUACIÓN		Nunca	Raras veces	Ocasionalmente	Algunas veces	Frecuentemente	Generalmente	Siempre
1	Me causa estrés no comprender las metas y misión de la empresa.	/	2	3	4	5	6	7
2	Me estresa rendirles informes a mis superiores y a mis subordinados.	/	2	3	4	5	6	7
3	Me produce estrés que no esté en condiciones de controlar las actividades de mi área de trabajo.	/	2	3	4	5	6	7
4	Me estresa cuando mi equipo no es el adecuado para realizar mi trabajo.	/	2	3	4	5	6	7
5	Me estresa que mi supervisor no dé la cara por mí ante los jefes.	/	2	3	4	5	6	7
6	Me estresa que mi supervisor no me respete.	/	2	3	4	5	6	7
7	Me causa estrés que no sea parte de un equipo de trabajo y no colabore.	/	2	3	4	5	6	7
8	Me causa estrés que mi equipo de trabajo no me respalde en mis metas.	/	2	3	4	5	6	7
9	Me causa estrés que mi equipo de trabajo no sea reconocido dentro de la empresa.	/	2	3	4	5	6	7
10	Me estresa la forma en la que trabaja la empresa porque no es clara.	/	2	3	4	5	6	7
11	Me estresa que las políticas generales de la empresa impidan mi buen desempeño.	/	2	3	4	5	6	7
12	Me causa estrés no tener independencia en el trabajo.	/	2	3	4	5	6	7
13	Me estresa que mi supervisor no se preocupe por mi bienestar.	/	2	3	4	5	6	7
14	Me estresa no tener conocimiento técnico para competir dentro de la empresa.	/	2	3	4	5	6	7
15	Me estresa no tener un espacio privado en mi trabajo.	/	2	3	4	5	6	7
16	Me causa estrés que se maneje muchos trámites dentro de la empresa.	/	2	3	4	5	6	7
17	Me causa estrés cuando mi supervisor no tiene confianza en el desempeño de mi trabajo.	/	2	3	4	5	6	7
18	Me estresa que mi equipo de trabajo se encuentre desorganizado.	/	2	3	4	5	6	7
19	Me causa estrés cuando no recibo apoyo de mis compañeros ante las demandas de trabajo que me hacen los jefes.	/	2	3	4	5	6	7
20	Me causa estrés que la empresa carezca de dirección y objetivos.	/	2	3	4	5	6	7
21	Me causa estrés que mi equipo de trabajo me presione demasiado.	/	2	3	4	5	6	7
22	Me estresa tener que trabajar con miembros de otras áreas.	/	2	3	4	5	6	7
23	Me causa estrés que mi equipo de trabajo no me brinde ayuda técnica cuando lo necesito.	/	2	3	4	5	6	7
24	Me causa estrés que no respeten a mis superiores, a mí y a los que están debajo de mí.	/	2	3	4	5	6	7
25	Me causa estrés no contar con las herramientas adecuada para hacer un buen trabajo.	/	2	3	4	5	6	7

26-Fw.

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

Nombres y Apellidos : **LAUREANO LOYOLA, ANGEL MISAEAL**

DNI : **45466868**

Fecha : **24-Jul.-2024**

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

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

N°	SITUACIÓN	PROBABILIDAD DE CABEEAR			
		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 : 0 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 USO INTERNO	DECLARACIÓN JURADA DATOS PERSONALES	Código	FO-ADM-02
		Versión	3
		Página	1 de 1
		Unidad	Clínicas

FORMATO N° 02

DECLARACIÓN JURADA DATOS PERSONALES Y DOMICILIO ACTUAL

- Yo, ANGEL MISAEL LAUREANO LOYOLA, identificado/a
 D.N.I. N° 45466868 **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:
- MI DOMICILIO ACTUAL ES: C.R. CHINCHÉ YANAHUANCAS S/N.
45466868 REFERENCIA: A DOS CUADRAS
DE LA PARRA LA CORA AZUL
- MI CORREO ELECTRONICO PERSONAL ES: laureano.loyola@gmail.com
- MI NÚMERO TELEFÓNICO FIJO Y/O CELULAR SON LOS SIGUIENTES: 967525965
- NOMBRE DE LA PERSONA Y **NUMERO DE CELULAR** EN CASO DE EMERGENCIA SON LOS SIGUIENTES: 940164382
- **Nota:** Indicar el tipo de parentesco de la persona en caso de emergencia: (Esposa), (Hijo), (Padre), (Madre) y (Otros especifique.....)
- **Referencia laboral:** **USTED TIENE EXPERIENCIA LABORAL** ☒ **SI** ☐ **NO**
- **En caso sea afirmativo la respuesta su experiencia laboral, indique el número total de años laborados**
1. Por lo expuesto, autorizo expresamente la notificación a través del correo electrónico antes declarado.
 2. De verificarse la falsedad de todo o parte de la presente Declaración Jurada me someto a las sanciones de acuerdo con los dispositivos legales y vigentes.
 3. Por favor su apoyo en escribir con letra legible los datos.
 4. **Se informa la medida del peso:** 78.4 Kg. **y talla:** 166 cm, quedando conforme.
 5. **Aplica a usuario del sexo femenino: Fecha de ultima menstruación(FUR)**.....
- Fecha, 24-07-24

Firma del Personal que verifica la data:


FIRMA

DNI. 45466868



Huella Digital (*)

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

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE:

Yo,

ANGEL MISACEL LAURIANO LOYOLA

Identificado con: DNI: 45466868 de EDAD: 35 de la EMPRESA: SAPQUIN
del AREA: MINA

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: 24 de junio, del 2024.

HORA: 09.01 AM



Firma del paciente y huella

