

EMPRESA : SANDVIK DEL PERU S A
TIPO DE EXAMEN : Examen de Ingreso
FECHA DEL EXAMEN : 08/08/2024
FECHA DE CADUCIDAD : 08/08/2025
UNIDAD : AMERICANA



APELLIDOS Y NOMBRES SERRANO TRAVEZAÑO ROBIN
OCUPACION ACTUAL SENIOR TECHNICIAN ROCK TOOLS
ZONA DE TRABAJO SUBSUELO/SOCAVON

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

EXAMEN FISICO APARENTE BUEN ESTADO GENERAL

OFTALMOLOGIA

| | <u>SIN CORREGIR</u> | <u>CORREGIDA</u> |
|---------------|---------------------|------------------|
| OJO DERECHO | 20/100 | 20/20 |
| OJO IZQUIERDO | 20/70 | 20/20 |

EXA. LABORATORIO

| | | | | |
|-----------------|---------------|------------|------------------------|---------------|
| GRUPO O | HEMOGLOBINA | 18.90 g/dL | REACCIONES SEROLOGICAS | No Reactivo |
| FACTOR POSITIVO | HEMATOCRITO | 55.10 % | ORINA | NO PATOLOGICO |
| COLESTEROL -- | TRIGLICERIDOS | -- | GLUCOSA | 85.70 mg/dL |

RECOMENDACIONES MEDICAS

DIAGNOSTICO

- E78.1 Hipergliceridemia pura
Hipertrigliceridemia. Se recomienda reducir consumo de carbohidratos y grasas. Control de triglicéridos en 3 meses.
- D75.1 Policitemia secundaria
Policitemia secundaria. Se recomienda evaluación por medicina interna. Evaluado el día 08/08/24 por Dr Blanco CMP32910 RNE20799 quien diagnostica policitemia secundaria. Brinda aptitud laboral. Control 08/08/2025
- E67 Otros tipos de hiperalimentación:
Sobrepeso Antropométrico
Sobrepeso. Se recomienda dieta baja en grasas, harinas y ejercicio físico.
- H52 Trastornos de la acomodación y de la refracción
Ametropia bilateral corregida. Se recomienda uso permanente de lentes correctores y control oftalmológico anual
- Z01.1 Examen de oídos y de la audición
Normoacusia. Se recomienda uso de EPP auditivo estricto a ruido mayor de 80 dB.
- Z01.6 Examen radiológico, no clasificado en otra parte
Radiografía de tórax postero anterior normal. Se recomienda control anual y uso de protector respiratorio.
- K08.3 Raíz dental retenida
Remanente radicular. Pieza: 1.6. Se recomienda exodonciade la pieza. Paciente inicio tratamiento de conducto de la pieza 1.6 con la Dra Melissa Soto Carpio COP: 28061
- K02.0 Caries limitada al esmalte
Caries de esmalte. Piezas: 3.7; 3.6; 3.3; 4.7. Se recomienda restauraciones de las piezas.
- K08.1 Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad ad periodontal local
Ausencia de piezas. Piezas. 3.4; 4.5. Se recomienda tratamiento de rehabilitación oral.

ANEXO No. 16
FICHA MÉDICA OCUPACIONAL

EXAMEN MÉDICO

EMPRESA : SOBREANDES S.A.C.
EMPLEADOR : SANDVIK DEL PERU S A
UNIDAD : AMERICANA
APELLIDOS Y NOMBRES : SERRANO TRAVEZAÑO, ROBIN

PREOCUPACIONAL
ANUAL
RETIRO
CAMBIO PUESTO /
REUBICACIÓN
VISITA
REINCORPORACIÓN
TEMPORAL

Nº de Ficha 47294904

FECHA DE EXAMEN: 08-08-2024 **FECHA DE CADUCIDAD:** 08-08-2025 **MINERALES EXPLOTADOS O PROCESADOS:**

| | | | | |
|---|------------------------------------|--|---|---|
| LUGAR DE NAC. PASCO / PASCO / Perú | FECHA DE NAC. 26/04/1991 | DOMICILIO HABITUAL PROG. LOS OLIVOS MZ X LT 1 1 LIMA / LIMA / CHACLACAYO | 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"/> |
|---|------------------------------------|--|---|---|

| | | | | |
|------------------------|--|---|--|--|
| EDAD 33 Años | SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | DOCUMENTO DE IDENTIDAD 47294904 TELEFONO: 938824507 | ESTADO CIVIL Soltero <input type="checkbox"/> Conviviente <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> | GRADO DE INSTRUCCIÓN Analfabeto <input type="checkbox"/> Sec. Incomp. <input type="checkbox"/> Primaria Incomp. <input type="checkbox"/> Sec. Comp. <input type="checkbox"/> Primaria Comp. <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universitario <input checked="" type="checkbox"/> |
|------------------------|--|---|--|--|

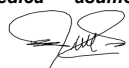
| | | | | |
|---|--|---------------------------------------|---|--|
| Ruido <input checked="" type="checkbox"/> | Cancigerígenos <input type="checkbox"/> | Temperaturas <input type="checkbox"/> | Cargas <input type="checkbox"/> | Describir según corresponda: Puesto al que postula : SENIOR TECHCNICIAN ROCK TOOLS Puesto actual: --- Tiempo: -- Reubicación: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" 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 type="checkbox"/> | Metales pesados <input type="checkbox"/> | Turnos <input type="checkbox"/> | Otros <input checked="" 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"/> | Descripción El trabajador no refiere haber tenido: vértigo, convulsiones, enfermedad mental, alcoholismo, hipertensión arterial, diabetes, otras patologías crónicas. |
| DM <input type="checkbox"/> H.Col <input type="checkbox"/> Artropatía <input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> C.A. <input type="checkbox"/> | |
| ASMA <input type="checkbox"/> Prob CV <input type="checkbox"/> Pt Columna <input type="checkbox"/> Qx <input type="checkbox"/> Pb.Ren. <input type="checkbox"/> | |
| EPILEPSIA <input type="checkbox"/> IMA/SICA <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Prob. Psiquiátricos <input type="checkbox"/> | |
| RAM <input type="checkbox"/> | |
| Medicación actual --- | NEGIA TENER ANTECEDENTES MEDICOS DE IMPORTANCIA <input type="checkbox"/> |

Por la presente declaro que la información consignada de mis antecedentes medicos es correcta y que no he ocultado ninguna información 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.

Firma y DNI del Paciente Evaluado 

Refiere Discapacidad **No** CIE 10 --- Tipo ---

| | | | | |
|--|---|--------------------------|------------------------|---------------------|
| ANTECEDENTES FAMILIARES NO REFIERE | INMUNIZACIONES | SIN HIJOS | NÚMERO DE HIJOS | |
| | Tétano: <input type="checkbox"/> Hepatitis B: <input type="checkbox"/> Fiebre Amarilla: <input type="checkbox"/> Covid: <input checked="" type="checkbox"/> N° 3 dosis | <input type="checkbox"/> | VIVOS 1 | MUERTOS 0 |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---------------------------|------------------------|-----------------------------|------|------|--------------------|---------|
| HÁBITOS: | Tabaco <input checked="" type="checkbox"/> | Alcohol <input checked="" type="checkbox"/> | Coca <input checked="" type="checkbox"/> | TALLA 178 cmts. | PESO 94.8 Kg | FUNCIÓN RESPIRATORIA | Abs | % | TEMPERATURA | |
| Nada <input checked="" type="checkbox"/> | Poco <input type="checkbox"/> | Habitual <input type="checkbox"/> | Excesivo <input type="checkbox"/> | IMC 29.9 kg/m2 | | FVC | 5.09 | 94 | 36.5 °C | |
| Obs. | | | | | | FEV1 | 4.05 | 91 | | |
| | | | | | | FEV1 / FVC | 0.80 | 96 % | Cintura : | 104 cm |
| | | | | | | FEF 25-75% | 3.74 | 80 % | Cadera : | 111 cm |
| | | | | | | Conclusión: NORMAL | | | ICC : | 0.94 cm |

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

ECTOSCOPIA NORMAL ANORMAL
Aparente buen estado general, aparente buen estado de hidratación, aparente regular estado nutricional.

PIEL Y FANERAS NORMAL ANORMAL
Tibia, seca, lisa, de turgencia, elasticidad, grosor, y movilidad normales, con buena higiene y sin lesiones.

Fecha de Generación de Reporte: 22/08/2024 - 09:15 hs. CS-HC - C0000187956 - 01152024040725

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: **4**

Piezas que faltan: **4**

| OJOS | Sin corregir | | Corregida | | ENFERMEDADES OCULARES |
|-------------------|--|-------|-----------|-------|---|
| | OD | OI | OD | OI | |
| VISIÓN DE CERCA | 1,25 | 1,25 | 0,50 | 0,50 | Trastornos de la acomodación y de la refracción |
| VISIÓN DE LEJOS | 20/100 | 20/70 | 20/20 | 20/20 | |
| VISIÓN DE COLORES | Adecuado 24/24 Laminas Observadas: ninguna | | | | REFLEJOS PUPILARES |
| | | | | | CONSERVADOS |

| OIDOS | | | | | | | |
|---|-----|------|------|---|------|------|------|
| Audición derecha 500 1000 2000 3000 4000 8000 | | | | Audición izquierda 500 1000 2000 3000 4000 8000 | | | |
| Hz | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
| dB (A) | 15 | 5 | 5 | 20 | 10 | 5 | 15 |

OTOSCOPIA

OD : Normal

OI : Normal

EN REPOSO

| Pulso x min | Presión Arterial Sistémica | | F. Respiratoria : | Sat. O2 : |
|-------------|----------------------------|----------|-------------------|-----------|
| 65 puls/min | Sistólica | 100 mmHg | 18 resp/min | 97 % |
| | 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.

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

Equilibrio y coordinación motora normales.

APARATO LOCOMOTOR

Rangos Articulares: 4 puntos

Aptitud de Espalda: 4 puntos

COLUMNA VERTEBRAL

Curvaturas fisiológicas adecuadas, movilidad y rangos articulares dentro de lo aceptable. (Test de Adams Negativo)

ABDOMEN

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

TACTO RECTAL

NO SE HIZO

ANORMAL

NORMAL

Describir en Observac.

ANILLOS INGUINALES

No protrusión de masas a través de anillos inguinales.

HERNIAS

No se evidencia al examen físico hernias inguinales, umbilicales.

VARICES

No se evidencia al examen físico.

GENITALES

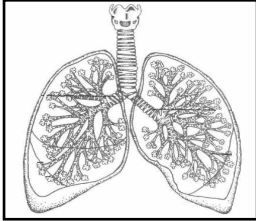
DIFERIDO

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 47294904
Fecha 8/08/2024 01
Calidad 2
Símbolos OD

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: 18.9 g/dL

HEMATOCRITO: 55.1 %

| | | | | | | | | | | |
|--------------|-----------|----------------|-------------|----------------|------------|------------|------------|-----------|------------|----------|
| ORINA | Color : | Amarillo Claro | Leu : | No se observan | Densidad : | 1.03 g/cm3 | Bili Ori : | Negativo | Nitritos : | Negativo |
| | Aspecto : | Transparente | Herm : | No se observan | Prot Ori : | Negativo | Uro Ori : | 0.2 mg/dl | | |
| | Cel Epi : | Escasos | Cristales : | No se observan | Glu Ori : | Negativo | Hem Ori : | Negativo | | |
| | Ger : | Escasos | PH : | 5 | Cue Ceto : | Negativo | Est Leu : | Negativo | | |

Exámenes Auxiliares Complementarios

NO APLICA.

Riesgo Coronario / Score de Framingham: NO APLICA

APTITUD:

MEDICAMENTO APTO
MEDICAMENTO APTO CON RESTRICCIONES
MEDICAMENTO OBSERVADO
MEDICAMENTO NO APTO

NATCLAR
Juan José Retamozo Padilla
Dr. Juan José Retamozo Padilla
Médico de salud ocupacional
CMP: 040850 / RNE: 030270
Lector OIT: 22R72-1306930460-18-174
S.G. NATCLAR S.A.C.
Medico Ocupacional
RETAMOZO PADILLA, JUAN JOSE
C.M.P 40850

NATCLAR
Luis Alberto Henríquez Ordoñez
Dr. Luis Alberto Henríquez Ordoñez
Evaluador de Salud Ocupacional
CMP: 100474
S.G. NATCLAR S.A.C.
Medico Evaluador
HENRIQUEZ ORDOÑEZ, LUIS ALBERTO
C.M.P 100474

NATCLAR
Antonieta Liduvina González Díaz
Dra. Antonieta Liduvina González Díaz
Evaluador de salud ocupacional
CMP: 090070 RNA: A12051
S.G. NATCLAR S.A.C.
Medico Auditor
GONZALEZ DIAZ, ANTONIETA LIDUVINA
C.M.P 90070

APTITUD EXAMENES COMPLEMENTARIOS

| | | | |
|---|-----------|-------------------------------|-------------------|
| PARA GRANDES ALTITUDES GEOGRAFICAS (16A) | APTO | PARA MANEJO | APTO CON RESTRICC |
| PARA TRABAJOS EN ALTURA ESTRUCTURAL (>1.8m) | NO APLICA | PARA MANIPULADOR DE ALIMENTOS | NO APLICA |
| PARA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS | NO APLICA | PARA TRABAJOS EN CALIENTE | NO APLICA |

EXAMENES COMPLEMENTARIOS : EVALUACION PSICOLOGICA: Apto para el puesto de trabajo habitual.



| OBSERVACIONES | | |
|--------------------------|---|--|
| CIE | DESCRIPCION | RECOMENDACIONES /RESTRICCIONES |
| - E78.1 | Hipergliceridemia pura | Hipertrigliceridemia. Se recomienda reducir consumo de carbohidratos y grasas. Control de triglicéridos en 3 meses. |
| - D75.1 | Policitemia secundaria | Policitemia secundaria. Se recomienda evaluacion por medicina interna. Evaluado el día 08/08/24 por Dr Blanco CMP32910 RNE20799 quien diagnostica policitemia secundaria. Brinda aptitud laboral. Control 08/08/2025 |
| - E67 | Otros tipos de hiperalimentación: Sobrepeso Antropométrico | Sobrepeso. Se recomienda dieta baja en grasas, harinas y ejercicio físico. |
| - H52 | Trastornos de la acomodación y de la refracción | Ametropia bilateral corregida. Se recomienda uso permanente de lentes correctores y control oftalmologico anual |
| - Z01.1 | Examen de oídos y de la audición | Normoacusia. Se recomienda uso de EPP auditivo estricto a ruido mayor de 80 dB. |
| - Z01.6 | Examen radiológico, no clasificado en otra parte | Radiografía de tórax postero anterior normal. Se recomienda control anual y uso de protector respiratorio. |
| - K08.3 | Raíz dental retenida | Remanente radicular. Pieza: 1.6. Se recomienda exodonciade la pieza. Paciente inicio tratamiento de conducto de la pieza 1.6 con la Dra Melissa Soto Carpio COP: 28061 |
| - K02.0 | Caries limitada al esmalte | Caries de esmalte. Piezas: 3.7; 3.6; 3.3; 4.7. Se recomienda restauraciones de las piezas. |
| - K08.1 | Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad ad periodontal local | Ausencia de piezas. Piezas. 3.4; 4.5 . Se recomienda tratamiento de rehabilitación oral. |
| SERRANO TRAVEZAÑO, ROBIN | | 47294904 |

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.

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

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES: SERRANO TRAVEZAÑO, ROBIN

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
47294904

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa):
26/04/1991
EDAD: 33 Años

SEXO:
Masculino Femenino

DIRECCIÓN: PROG. LOS OLIVOS MZ X LT 1, 1 LIMA, CHACLACAYO

EMPLEADOR:
SANDVIK DEL PERU S A

ACTIVIDAD A REALIZAR:
SENIOR TECHNICIAN ROCK TOOLS

1. FUNCIONES VITALES

FC: 65 puls/min **PA:** 100/60 mmHg **FR:** 18 resp/min **IMC:** 29.90 kg/m2 **SO2:** 97.00 %
FUR: N/A

2. ANAMNESIS :

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

- | | | | | | |
|---|----|-------------------------------------|----|-------------------------------------|---|
| - Cirugía mayor reciente | NO | <input checked="" type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | |
| - 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 hepática, 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 | | | | | Sin alteraciones |

3. EXAMEN FÍSICO

3.1 APARATO CARDIOVASCULAR:

Características del pulso 65 Latidos por minuto, palpable, rítmico 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: **18.90 g/dL** Valor Hematocrito: **55.10 %** Glucosa en Sangre: **85.70 mg/dL** Hemoglobina Glicosilada: **NO APLICA**

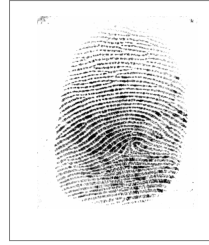
Interpretación EKG: **NO APLICA.**

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

Declaro que las respuestas dadas en el presente documento son verdaderas y estoy consciente que el ocultar o falsear información me puede causar daño por lo que asumo total responsabilidad de ello.





Firma del Paciente



Huella Dactilar

Conforme a la declaración del paciente certifico que se encuentra **APTO** para ascender a grandes altitudes, mayor a 2,500 m.s.n.m, sin embargo no aseguro el desempeño durante el ascenso ni durante su permanencia.

| DATOS DEL MÉDICO | | |
|--|--------------------------|-----------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRES: RETAMOZO PADILLA, JUAN JOSE | | |
| DIRECCIÓN: Av. Manuel Olgúin 906 Monterrico, Lima - Santiago de Surco, LIMA | | |
| CMP: 40850 | FECHA: 08/08/2024 | FIRMA Y SELLO: |



Dr. Juan José Retamozo Padilla
Médico de salud ocupacional
CMP: 040850 / RNE: 030270
Lector OIT: 2ZR72-1306930460-18-174
S.G NATCLAR S.A.C

Firma del Medico Ocupacional

Fecha de Generación de Reporte: 22 / 08 / 2024 - 09 : 15 hs.
CS-HC- C0000187956 - 01152024040725