

NOMBRE DEL CENTRO MÉDICO

INVESTIGACION Y TECNOLOGIA PARA LA SALUD Y EL AMBIENTE S.A.C.

LOCAL :

SUC-1 - R.D. N° 012-2021-GRSM/DRTC-OZTCAM - RIOJA

**CERTIFICADO MÉDICO DE EVALUACIÓN PSICOSOMÁTICA**

N° de Informe : 2023-0970-0000163

Fecha del Informe : 03/05/2023 03:49:29 PM

**EVALUACIÓN MÉDICA**

Fecha de Inicio : 03/05/2023 01:20:43 PM

**FICHA REGULAR**

Fecha de Término : 03/05/2023 03:48:31 PM

**INFORMACIÓN DEL EVALUADO**

Apellido Paterno : ACOSTA

Tipo Documento : DNI

Apellido Materno : ABANTO

Número Documento : 75420833

Nombres : VICTOR MANUEL

Fecha Nacimiento : 18/09/1998

Grupo sanguíneo y factor RH : O+



**CLASE, CATEGORÍA Y TRÁMITE**

Clase y Categoría : A I

Trámite : Nuevo

**PROFESIONALES MÉDICOS QUE PARTICIPARON EN LA EVALUACIÓN MÉDICA: (FIRMA Y SELLO)**

Toxicológico

*[Firma]*  
Lic. Domitila Rios Lavi  
PSICÓLOGA

INTESA  
COP 32784

RIOS LAVI DOMITILA

*[Firma]*  
DR. JIM ROMERO PINEDO

MEDICO EVALUADOR

Oftalmológico

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD  
ROMERO PINEDO JIM ERICK

*[Firma]*  
DR. JIM ROMERO PINEDO

MEDICO EVALUADOR

Otorrinolaringológico  
COP 081077  
ROMERO PINEDO JIM ERICK

*[Firma]*  
Dr. Alexis G. Salazar Llontop

MEDICO EVALUADOR

CMP 44444  
Clínico

SALAZAR LLONTOP ALEXIS  
GERMAIN

**FECHA Y HORA DE LAS EVALUACIONES REALIZADAS:**

Examen de Sangre: 03/05/2023 01:22:15 PM - 03/05/2023 01:29:40 PM

Examen Psicológico: 03/05/2023 01:31:24 PM - 03/05/2023 02:34:04 PM

Examen Oftalmológico: 03/05/2023 02:56:14 PM - 03/05/2023 03:14:43 PM

Examen Otorrinolaringológico: 03/05/2023 03:15:13 PM - 03/05/2023 03:31:30 PM

Examen Clínico: 03/05/2023 03:32:42 PM - 03/05/2023 03:48:31 PM

**DICTAMEN**

**APTO**

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES

**OBSERVACIONES DEL DIRECTOR**

NINGUNA

Huella Digital del  
Evaluado



*[Firma]*  
Evaluado

ACOSTA ABANTO VICTOR MANUEL

*[Firma]*  
ALEXIS GERMAIN SALAZAR LLONTOP

DIRECTOR MÉDICO

INTESA

CMP 49489  
Director Médico

SALAZAR LLONTOP ALEXIS  
GERMAIN

**NOMBRE DEL CENTRO MÉDICO**

INVESTIGACION Y TECNOLOGIA PARA LA SALUD Y EL AMBIENTE S.A.C.

**LOCAL :**

SUC-1 - R.D. N° 012-2021-GRSM/DRTC-OZTCAM - RIOJA

**INFORME MÉDICO DE EVALUACIÓN PSICOSOMÁTICA**

**N° de Informe :** 2023-0970-0000163

**Fecha del Informe :** 03/05/2023 03:49:29 PM

**EVALUACIÓN MÉDICA**

**FICHA REGULAR**

**Fecha de Inicio :** 03/05/2023 01:20:43 PM

**Fecha de Término** 03/05/2023 03:48:31 PM

**DATOS DEL POSTULANTE**

**Tipo de Documento** DNI

**Número de Documento** 75420833

**Apellido Paterno :** ACOSTA

**Apellido Materno** ABANTO

**Nombres :** VICTOR MANUEL

**Fecha Nacimiento :** 18/09/1998

**Sexo :** MASCULINO

**Dirección :** JR. RAYMONDI 740-RIOJA-RIOJA-SAN MARTIN

**CLASE, CATEGORÍA Y TRÁMITE**

**Clase y Categoría** A I

**Trámite:** Nuevo

**EXÁMENES DEL POSTULANTE**

**1. EXAMEN DE GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH**

**DIAGNOSTICO DEL RESPONSABLE**

**RESULTADO EXAMEN:** O+

**2. EXAMEN PSICOLÓGICO**

**a) PRUEBA PSICOMÉTRICAS**

Test de reacción: Apto

Test de Palanca o equiv.: Apto

Test de Punteado o equiv.: Apto

**b) PRUEBA PSICOLÓGICA**

Organicidad: Apto

Psicopatología: Apto

Psicomotricidad: Apto

Inteligencia:

**DIAGNOSTICO DEL RESPONSABLE**

**OBSERVACIONES:** NINGUNA

**RESULTADO EXAMEN:** Apto

**3. EXAMEN OFTALMOLÓGICO**

Agudeza Visual: Apto

SC: OD: 20 OI: 30

CC: OD: 00 OI: 00

Oftalmoscopia (F. de Ojo): Apto

Visión Nocturna: Apto

Esteropsis: Apto

Visión de Colores: Apto

Campimetría: Apto

Encandilamiento: Apto

Diplopía: Apto

Motilidad Ocular: Apto

Rec. Encandilamiento: Apto

**DIAGNOSTICO DEL RESPONSABLE**

**OBSERVACIONES:** NINGUNA

**RESULTADO EXAMEN:** Apto

**RESTRICCIONES:**

#### 4. EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO

Examen Externo:	Apto		
Audiometría (OD):	5 Apto	Audiometría (OI):	5 Apto
Otoscopía:	Apto		

##### DIAGNOSTICO DEL RESPONSABLE

OBSERVACIONES:	NINGUNA
RESULTADO EXAMEN:	Apto
RESTRICCIONES:	

#### 5. EXAMEN CLÍNICO DE MEDICINA GENERAL

##### a) RESERVA CARDIO - RESPIRATORIA

Pulso:	76 Apto
Presión Arterial Diástolica:	60 Apto
Presión Arterial Sistólica:	90 Apto
Frecuencia Respiratoria:	20 Apto
Auscultación de Tórax:	Apto

##### b) CAPACIDAD FUNCIONAL Y FUERZA MUSCULAR

Fuerza Muscular:	Apto	Prueba Indice - Indice:	Apto
Romberg:	Apto	Prueba Indice - Nariz:	

##### c) AUSENCIA DE MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS

Corea - atetosis:	Apto	Parkinson:	Apto
Corea:	Apto		



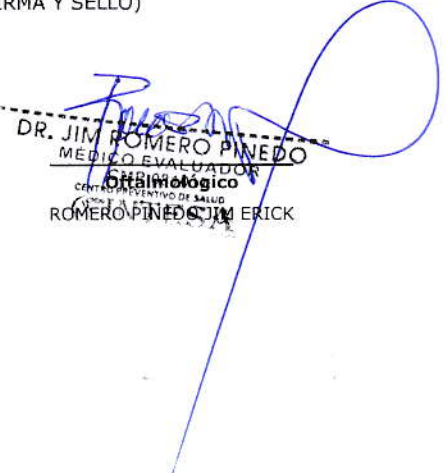

##### d) LESIONES DEFORMANTES QUE IMPIDAN LA CONDUCCION DE VEHICULOS MOTORIZADOS

Columna Vertebral:	Apto	Extremidades:	Apto
--------------------	------	---------------	------

##### DIAGNOSTICO DEL RESPONSABLE

OBSERVACIONES:	NINGUNA
RESULTADO EXAMEN:	Apto
RESTRICCIONES:	

#### PROFESIONALES MÉDICOS QUE PARTICIPARON EN LA EVALUACIÓN MÉDICA: (FIRMA Y SELLO)

 DR. JIM ROMERO PINEDO MEDICO EVALUADOR Otorrinolaringológico CENTRO PREVENTIVO DE SALUD ROMERO PINEDO, JIM ERICK	 Lic. Domitila Rios Lavi PSICÓLOGA INTESA COP 92781 RIOS LAVI DOMITILA CENTRO PREVENTIVO DE SALUD INTESA	 DR. JIM ROMERO PINEDO MEDICO EVALUADOR Otorrinolaringológico CENTRO PREVENTIVO DE SALUD ROMERO PINEDO, JIM ERICK
	 Dr. Alexis G. Salazar Llontop MEDICO EVALUADOR CNP 40000000 SALAZAR LLONTOP ALEXIS GERMAIN	

#### FECHA Y HORA DE LAS EVALUACIONES REALIZADAS:

Examen de Sangre:	03/05/2023 01:22:15 PM - 03/05/2023 01:29:40 PM
Examen Psicológico:	03/05/2023 01:31:24 PM - 03/05/2023 02:34:04 PM
Examen Oftalmológico:	03/05/2023 02:56:14 PM - 03/05/2023 03:14:43 PM
Examen Otorrinolaringológico:	03/05/2023 03:15:13 PM - 03/05/2023 03:31:30 PM
Examen Clínico:	03/05/2023 03:32:42 PM - 03/05/2023 03:48:31 PM

DICTAMEN

APTO

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES

OBSERVACIONES DEL DIRECTOR

NINGUNA

  
.....  
ALEXIS GERMAIN SALAZAR LLONTOP  
DIRECTOR MÉDICO  
INTESA  
CNP 43489  
Director Médico

SALAZAR LLONTOP ALEXIS  
GERMAIN



**HISTORIA CLÍNICA Nº :** 75420833 **Nº FICHA:** 2618  
**APELLIDOS Y NOMBRES:** ACOSTA ABANTO VICTOR MANUEL  
**EMPRESA :** LICENCIA / PARTICULAR  
**OCUPACIÓN :** AGROPECUARIO

**FECHA:** 3 de Mayo de 2023  
**EDAD:** 24 **SEXO :** M  
**TIEMPO DE TRABAJO:** 0

APRECIACIÓN DEL RUIDO		USO DE PROTECTORES AUDITIVOS		TIPO DE EXAMEN	
Ruido muy intenso	-	Tapones	X	Pre-ocupacional	-
Ruido moderado	...	Orejeras	-	Periódica	-
Ruido no molesto	-	Otro	-	Retiro	-
TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL RUIDO - TOTAL PONDERADO EN 8 Hrs/día :		8		Otro	-

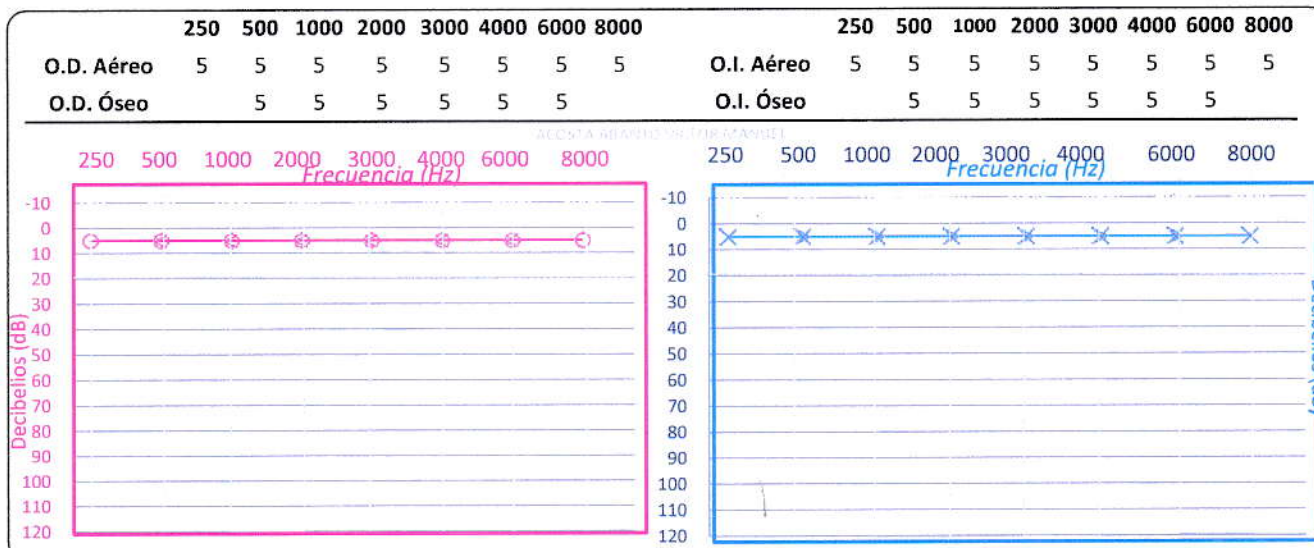
  

ANTECEDENTES	SI	NO	SINTOMAS	SI	NO
Consumo de Tabaco	-	X	Disminución de la audición	-	X
Servicio Militar	-	X	Dolor de oídos	-	X
Hobbies con exposición a ruido	-	X	Zumbidos	-	X
Exposición laboral a químicos	-	X	Mareos	-	X
Infección al oído	-	X	Infección al oído	-	X
Uso de ototóxicos	-	X	Otra	-	X

**OTOSCOPIA :** OD: CAE Permeable, membrana timpánica Integra - OI: CAE Permeable, membrana timpánica Integra

**OBSERVACIÓN :** 0

### AUDIOGRAMA



**AUDIOMETRÍA MARCA:** Amplivox

**MODELO:** 260

**SERIE:** 10118

**PROCEDENCIA:** Reino Unido

**FECHA CADUCIDAD DE CALIBRACIÓN** sábado, 13 de Mayo de 2023

**CALIBRACIÓN BIOLÓGICA:** miércoles, 3 de Mayo de 2023

**CONCLUSIONES:**

0

**RECOMENDACIONES:**

0

*Handwritten signature*



DR. JIM ROMERO PINEDO  
 MEDICO EVALUADOR  
 C.M.P. 081077  
 CENTRO PREVENTIVO DE SALUD  
 Firma y sello



## Examen Psicosensométrico

Nombre de la empresa

Dirección

Fecha Inicio: 2023/05/3

Fecha Terminó:

### Datos Postulante

Nombres:	VICTOR MANUEL	Apellidos:	ACOSTA ABANTO
Número de Documento:	75420833	Sexo:	MASCULINO
Fecha de Nacimiento:	18/09/1998	Edad:	24
Estado Civil:	SOLTERO/A	Ocupación:	AGROPECUARIO
País:	PERU	Dpto:	SAN MARTIN
Grado Instrucción:	TÉCNICO	Provincia:	RIOJA
Teléfono:	918341472	Email:	
Tipo Evaluación:	LICENCIA DE CONDUCIR - NUEVA / A-I / NO PROFESIONAL		
Dirección:	JR RAYMONDI N 740		
Observaciones:			

### Psicotécnicos

#### Test de Palanca:

Errores:	11	Tiempo en Error:	2.54
Tiempo:	00 min 53 seg	Intentos Prueba:	2
Resultado:	APROBADO		

#### Test de Punteado:

Aciertos:	26	Permanencia:	4.69
Errores:	21		
Tiempo Prueba:	34 seg	Intentos Prueba:	1
Resultado:	APROBADO		

#### Test de Reacción:

Intento 1:	0.39	Intento 2:	0.35
Intento 3:	0.51	Intento 4:	0.39
Intento 5:	0.38	Intento 6:	0.40
Intento 7:	0.35	Intento 8:	0.35
Intento 9:	0.40	Intento 10:	0.35
Promedio:	0.39	Tiempo Total:	3.87
Intentos:	10		
Tiempo Prueba:	00 min 55 seg	Intentos Prueba:	1
Resultado:	APROBADO		

### Visión

TIEMPO DURACIÓN: 02 min 37 seg

#### Agudeza Visual:

<b>Izquierdo:</b>	20/20	<b>Derecho:</b>	20/20
<b>Ambos:</b>	20/20		
<b>Resultado:</b>	APROBADO		

---

<b><u>Señales Transito:</u></b>	<b>Resultado:</b>	APROBADO	
<b>Figura 3:</b>	Si - 30%	<b>Figura 6:</b>	Si - 50%
<b>Figura 11:</b>	Si - 70%		

---

<b><u>Colores:</u></b>	<b>Resultado:</b>	APROBADO	
<b>Intento 1:</b>	2 - A (AMARILLO)	<b>Reconoció:</b>	Si
<b>Intento 2:</b>	3 - D (BLANCO)	<b>Reconoció:</b>	Si
<b>Intento 3:</b>	3 - E (ROJO)	<b>Reconoció:</b>	Si
<b>Intento 4:</b>	4 - D (AZUL)	<b>Reconoció:</b>	Si
<b>Intento 5:</b>	4 - E (VERDE)	<b>Reconoció:</b>	Si

---

<b><u>Foria:</u></b>	<b>Resultado:</b>	APROBADO	
<b>Fila - Columna:</b>	B - 7		

---

<b><u>Estereopsis:</u></b>	<b>Resultado:</b>	APROBADO - (9) Figuras Reconocidas								
<b>Figura N°:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	
<b>%:</b>	15	30	50	60	70	80	85	90	95	
<b>Reconoció:</b>	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

---

<b><u>Visión Nocturna:</u></b>	<b>Resultado:</b>	APROBADO - Calibración a 0.5 CD	
--------------------------------	-------------------	---------------------------------	--

---

<b><u>Encandilamiento:</u></b>	<b>Resultado:</b>	APROBADO - Calibración a 45 CD	
--------------------------------	-------------------	--------------------------------	--

---

<b><u>Tiempo de Recuperación:</u></b>	<b>Resultado:</b>	APROBADO - Tiempo: 1:23	
---------------------------------------	-------------------	-------------------------	--

---

<b><u>Campimetría:</u></b>	<b>Resultado:</b>	APROBADO	
<b>Ojo Izquierdo:</b>	70°	<b>Ojo Derecho:</b>	70°

---

<b><u>Audio</u></b>
<b><u>Audímetro:</u></b> Sin Resultados

07H



DR. JIM ROMERO PINEDO  
MÉDICO EVALUADOR  
CNP 081017  
CENTESA



**CENTRO PREVENTIVO DE SALUD**

INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍA PARA LA SALUD Y EL AMBIENTE

JR. VENECIA MZ. 61 LT. 01- A - (AL COSTADO  
DEL HOSPITAL II - 1 RIOJA)  
TELF. 042-595918 CEL. - 968581890 - 974910543**FICHA DE EVALUACIONES MÉDICAS Y PSICOLÓGICAS PARA POSTULANTES A LICENCIAS DE CONDUCIR****EVALUACION MÉDICA**

Fecha de Inicio 03 05 23

Hora de Inicio 01:20 pm

Fecha de Terminó 03 05 23

Hora de Terminó 03:48 pm

**DATOS DEL POSTULANTE**

Tipo de documento DNI - C. EXT DNE

N° documento 75420833

Ap. Paterno Acosta

Ap. Materno Abanto

NOMBRE Víctor Manuel

Fecha de Nacimiento 18 09 1994

ESTADO CIVIL Soltero SEXO M EDAD 24 TELEFONO 968 341472

GRADO DE INSTRUCCIÓN Sup Técnico OCUPACIÓN Agropesuario

NUEVA ☒ Revalidación ☐ Recategorización ☐No Profesional ☒ Profesional ☐ Categoría A1

DIRECCION Jr Raymondí 740 Písa - San Martín

FIRMA DEL POSTULANTE  
LICENCIA DE CONDUCIR**I. ANALISIS DE LABORATORIO****1. Examen toxicológico**

Hora de Inicio 01:22 pm

A. Prueba Rápida de Alcoholimetría

Resultados (+) (-) ☒

valor 0.00%

**B. Prueba Rápida para Cocaína, Marihuana y Drogas Sintéticas**Resultado Cocaína (+) (-) ☐Resultado Marihuana (+) (-) ☐Resultados de Drogas Sintéticas (+) (-) ☐**2. Grupo Sanguíneo y Factor RH**

Grupo Sanguíneo "O"

factor RH Positivo

**RESULTADO FINAL DE ANALISIS**

Hora Terminó 01:29 pm

APTO ☒NO APTO ☐  
LIDIA CAPUNAY GONZALES  
C.B.P. 5991  
BIOLOGA-MICROBIOLOGAFirma y Huella Digital del  
Postulante



**II. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA****Anamnesis**
 Experiencia conducir 58 N° infracciones 0 Tipo de infracciones Leve grave Muy grave

N° Accidentes

NingunaHora de Inicio: 01:31 pm**Accidentes Psicopatológico****Personales:**

Consumo de fármacos	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo	<u>—</u>	Tiempo	<u>—</u>
Otras sustancias	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo	<u>—</u>	Cantidad	<u>—</u>
Problema del sueño	<u>No</u>				

**1. Organicidad (completar A o B de acuerdo a evaluación realizada)****A. Equipo Psicométrico**

Test de Palanca

Normal (+) (-) (Profesional)

Test de Reactímetro

Normal (+) (-) (Profesional)

Test de punteo

Normal (+) (-) (Profesional)**B. Pruebas o Sub Test**

Diseño de Cubos (Weschler)

Normal (+) (-) (No profesional/profesional)

Benton forma C

Normal (+) (-)**2. Personalidad (complementar A mas b, c, o D de acuerdo a la evaluación realizada)**

A. Test Matrices Prog. De RAVEN

Normal (+) (-)

B. Test de Dominós Anstey

Normal (+) (-) (No profesional/profesional)

C. Test de Otis (abreviado)

Normal (+) (-)**3. Personalidad (completar A mas b,C,o D de acuerdo a evaluación realizada)**

A. Test Proy. Karen Macnover

Normal (+) (-)

B. NPF o Test de los 4 Temperamentos

Normal (+) (-)

C. Inventario personalidad Eysenk

Normal (+) (-)**4. Rasgos Psicopatológicos (completar A mas B,C o D de acuerdo a evaluación realizada)**

A. Test de AUDIT

Normal (+) (-)

B. Cuestionario de inventario de cambios de personalidad Neurológicas (NECHAPI)

Normal (+) (-)

C. test de la persona con Arma (Sumada a una estructurada)

SLI - 90 - R.Normal (+) (-)**RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION PSICOLOGICA**Hora Terminó: 02:34 pmAPTO ☒NO APTO ☐Observaciones: Ninguna.
  
 Lic. Domitila Rios Lavi  
 PSICÓLOGA  
 INTESA  
 COP 32781



Firma y Huella Digital del Postulante





**I. EVALUACIÓN VISUAL**

Hora Inicio: 02:56 pm

 1. Agudeza visual  
 S/C OD 20 OI 30 C/C OD ☒ OI ☒ (+) (-)

 2. Vision de Profundidad Resultados Normal (+) (-)

 3. Vision de colores Resultados Normal (+) (-)

 4. Balance Muscular Resultados Normal (+) (-)

 5. Vision nocturna Resultados Normal (+) (-)

 6. Encandilamiento Resultados Normal (+) (-)

 7. Campo Visual Resultados Normal (+) (-)
**RESULTADO DE LA EVALUACION**

Hora Terminó: 03:14 pm

APTO ☒NO APTO ☐

Observaciones:

Ninguna  
Sin Restricciones

 DR. JIM ROMERO PINEDO  
 MEDICO EVALUADOR  
 C.M.P. 081017

 Firma y Huella Digital del  
 Postulante
**II. EVALUACION AUDITIVA**

Hora Inicio: 03:15 pm

 1. Otoscopia con Aud. Ext. OD 5 OI 5 (+) (-)  
 Tímpano OD OI (+) (-)

2. Examen Auditivo (Audiometría)

Vía Aérea

OD = 0

OI = X

Vía Usea

OD = &lt;

OI = &gt;

PDT = 500+1000+2000/3

	125	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
0									
10									
20									
30									
40									
50									
60									
70									
80									
90									
100									
110									
120									

FRECUENCIA (Hz)

 Anexo  
 Ficha  
 Adimetría



# CENTRO PREVENTIVO DE SALUD



JR. VENECIA MZ. 61 LT. 01-A - (AL COSTADO  
DEL HOSPITAL II - 1 RIOJA)  
TELF. 042-595918 CEL. - 968581890 - 974910543

Oído Derecho	<i>Normal</i>
Oído Izquierdo	<i>Normal</i>
Ambos Oídos	<i>Normal</i>

FRECUENCIA (Hz)

Pérdida Auditiva

*No*

## RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION AUDITIVA

Hora Terminó: *03:37 pm*

APTO ☒

NO APTO ☐

Observaciones: *Ninguna*

DR. JIM ROMERO PINEDO  
MÉDICO EVALUADOR  
CMP 071017  
CINTESA

Firma y Huella Digital del  
Postulante



## I. EVALUACIÓN CLÍNICA

Hora Inicio *03:32 pm*

### 1. Anamnesis

Motivo: *Movido Corazón*

### 2. Enfermedades Actuales


Tiempo de enfermedad: *-* Forma inicio *-* Curso: *-*

Síntomas principales: *Asintomático*

### 3. Antecedentes Personales

A. Sistema Cardio - Respiratorio	SI	NO	OBSERVACIONES
Insuficiencia Cardíaca		<i>✓</i>	
Trastorno del ritmo		<i>✓</i>	
Marcapasos y desfibrilador automático implantable		<i>✓</i>	
Prótesis valvulares cardíacas		<i>✓</i>	
Cardiopatía Isquémica		<i>✓</i>	
Hipertensión Arterial		<i>✓</i>	
Aneurisma grandes vasos		<i>✓</i>	
Arteriopatía periférica		<i>✓</i>	
Enfermedad venosa		<i>✓</i>	
Disneas		<i>✓</i>	
Trastornos del sueño		<i>✓</i>	
Cirugía de revascularización		<i>✓</i>	
Otras enfermedades del sistema cardio - respiratorio		<i>✓</i>	
B. Aparato Locomotor			
Proceso degenerativo osteoneuromuscular		<i>✓</i>	
Prótesis		<i>✓</i>	
Otras enfermedades del aparato locomotor		<i>✓</i>	
C. Sistema Neurológicos			
Enfermedades encefálicas		<i>✓</i>	
Enfermedades medulares y del sistema periférico		<i>✓</i>	
Epilepsia y crisis convulsivas		<i>✓</i>	
Alteraciones del equilibrio		<i>✓</i>	



Trastornos musculares		2		
Accidentes isquémico		1		
Esclerosis lateral amiotrofica		1		
Enfermedades de Duchenne		1		
Otras enfermedades del sistema neurológico		1		
<b>Sistema Hematológicos</b>				
<b>1. Enfermedades Metabólicas y Endocrinas</b>				
Hipoglucemia		2		
Hiperglicemia o Diabetes Mellitus		1		
Enfermedad Tiroidea		1		
Enfermedad Paratiroidea		1		
Enfermedad Adrenal		1		
Trastornos hepáticos		1		
Sistema hematológico		1		
<b>Trastornos Hematológicos</b>				
Procesos sometidos a tratamiento quimioterapico		1		
Policitemia vera y poliglobulias		1		
Anemia, Leucopenia, Trombocitopenia		1		
Trastornos de coagulación		1		
Tratamiento anticoagulante		1		
Otros trastornos hematológicos		1		
<b>Sistema Renal</b>				
Nefropatía		1		
Trastorno Renal		1		
Insuficiencia Renal		1		
<b>Otros</b>				
Consumo de alcohol, tabaco(si la respuesta es sí; con qué frecuencia)	2			ALCOHOL 800ml 04 VET/ALD.
Consumo sustancias toxicas (cocaína, marihuana, drogas sintéticas, si la respuesta es sí, desde cuándo y con qué frecuencia)		2		
Consumo de medicamentos (especificar nombres de medicamentos, frecuencia y desde cuando los usa)		2		
Declaro haber brindado información verdadera respecto a mis antecedentes médicos y a mi estado de salud física y mental actual que se me consulto al momento de la evaluación psicosomática, por ello declaro que soy consciente que el ocultar o falsear inform ación puede conllevar consecuencias legales, por lo que asumo la responsabilidad de ello.	2			 <b>Firma y Huella Digital</b>

**1. Antropometria**
 Peso  Talla  IMC 
• **Sistema cardio – Respiratorio**

Presión Arterial Sistólica	90
Presión Arterial Diastólica	60
Frecuencia Respiratoria Reposo	20x
Frecuencia de Pulso reposo	76x
Pulsoximetria	99%
Capacidad ventilatoria	Consumo



**1. Aparato Locomotor**

Fuerza muscular  
 Ausencia o desviaciones  
 Rango o movimiento articular limitado  
 Lesiones deformantes en columna vertebral  
 Lesiones deformantes en extremidades

Conservado
Ausente
Ausente
Ausente
Ausente

**2. Sistema Neurológico**

Prueba Índice - Nariz  
 Prueba de romber Índice - Nariz  
 Movimiento involuntario  
 Tono muscular  
 Nociones temporoespaciales  
 Reflejos osteotendinosos

Conservado
Equilibrado
Ausente
Conservado
Conservado
Conservado

**3. Sistema de Monitoreo de Somnolencia (postulantes y profesionales)**

Índice de masa corporal  
 Presión arterial sistólica o diastólica  
 Orofaringe con clasificación de Mallanpati  
 Perímetro del cuello en centímetros  
 Escala de somnolencia Epworth (versión peruana)  
 Ronquido intenso (atestiguado por la pareja o familia)

24.00
90/60
II
36
02
NO

 Resultado ☒ valor (+) (-)
**RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION CLINICA**

Hora Terminó: 03:48 pm

 APTO ☒

 NO APTO ☐

Observaciones: Ninguna

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD INTESA

 Dr. Alexis G. Salazar Llantop  
 MEDICO EVALUADOR  
 CMP 40489



 Firma y Huella Digital del  
 Postulante
**RESULTADO DEL PROCESO**

Hora Terminó: 03:48 pm

 APTO ☒

 NO APTO ☐

Observaciones: Ninguna

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD INTESA

 Dr. Alexis G. Salazar Llantop  
 MEDICO EVALUADOR  
 CMP 40489



 Firma y Huella Digital del  
 Postulante




## ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

### DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
Acosop	Asanto	Vicior Mauer

DNI 75420837 FECHA EVALUACIÓN 03/09/20

RONCA USTED SI ☐ NO ☒

UTILICE LA Y ELIJA LA CIFRA ADECUADA PARA CADA SITUACIÓN

- ✓ 0= NO ME DORMIRIA
- ✓ 1= ESCASA POSIBILIDAD DE DORMIR
- ✓ 2= MODERADA POSIBILIDAD DE DORMIR
- ✓ 3= ELEVADA POSIBILIDAD DE DORMIR

Cuántas horas promedio por día, durmió la última semana? .....08.....horas

¿Cuál es la posibilidad de que Ud. se quede dormido en las siguientes situaciones en este momento?  
 Incluso si no ha realizado recientemente alguna de las actividades mencionadas a continuación, trate de imaginar en qué medida le afectarían

SITUACIÓN	PUNTUACIÓN
* SENTADO Y LEYENDO (EN ESTE MOMENTO)	0
* VIENDO LA T.V (EN ESTE MOMENTO)	0
*SENTADO, INACTIVO EN UN ACTO RELIGIOSO: MISA, CULTO (EN ESTE MOMENTO)	0
*EN CARRO, COMO ACOMPAÑANTE DE UN VIAJE DE UNA HORA (DE AQUÍ A TARAPOTO) EN ESTE MOMENTO)	2
*RECOSTADO EN UN SILLON COMODO (EN ESTE MOMENTO)	0
*SENTADO Y PLATICANDO CON LOS PADRES O LOS QUE VIVEN CERCA DE UD. (EN ESTE MOMENTO)	0
*SENTADO DESPUES DE LA COMIDA (SIN TOMAR ALCOHOL) (EN ESTE MOMENTO)	0
*EN UN CARRO O EN EL BUS DETENIDO DURANTE ALGUNOS MINUTOS DEBIDO AL TRAFICO (EN ESTE MOMENTO)	0
<b>PUNTUACION TOTAL (MAX. 24)</b>	<b>02</b>

### RESULTADO.

00 - 11 pto: RANGO NORMAL DE SOMNOLENCIA  
 11 - 14 pto: SOMNOLENCIA DIURNA LEVE  
 15 - 18 pto: SOMNOLENCIA DIURNA MODERADA

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD INTESA

JR. A. V. S. G. Solórzano Llantoy  
 MEDICO EVALUADOR  
 Firma y Sello del Responsable del Evaluador



Firma y Huella Digital del Postulante





①

## TRVB - TEST DE RETENCIÓN VISUAL DE BENTON

### HOJA DE ANOTACIÓN

Forma: C, D, E, ADMINISTRACIÓN: A, B, C, (rodéense las empleadas)

NOMBRES Y APELLIDOS: Victor Manuel Acosta Abanto DNI: 75420833

EDAD: 24a FECHA DE NACIMIENTO: 18/09/1998 LUGAR DE NAC: Rioja (San Martin)

SEXO: M ESTADO CIVIL: Soltero GRADO DE INSTRUCCIÓN: Superior Técnico

OCUPACIÓN: Agrupero CATEGORÍA: PI

MOTIVO DEL EXAMEN: Permiso de Conducir FECHA DE EXAMEN: 03/05/2023

DIRECCIÓN: Sr. Raymondí Nº 740 - Rioja

TELÉFONO: 918 341 472 NIVEL DE INTELIGENCIA (Conocido o estimador): 70

HORA INICIO: 01:31 pm HORA TÉRMINO: 01:41 pm EXAMINADO POR: B. Domitila Rios

LÁMINA	Reproducción correcta	VALORACIÓN DE ERRORES						TOTAL ERRORES	
		Omisión	Distorsión	Perseverancia	Rotación	Desplazamiento	Tamaño	Derecha	Izquierda
I	✓								
II	✓								
III	✓								
IV	✓								
V	✓								
VI	✓								
VII	✓								
VIII	✓								
IX	✓								
X	✓								
TOTALES									
TOTALES ERRORES:									

*[Firma]*  
Lic. Domitila Rios Lavi  
PSICOLOGA  
INTESA  
COP 52761

REPRODUCCIONES CORRECTAS: "ESPERADAS".....OBTENIDAS.....DIFERENCIA.....

VALORACION DE ERRORES: "ESPERADAS".....OBTENIDAS.....DIFERENCIA.....

*[Firma]*

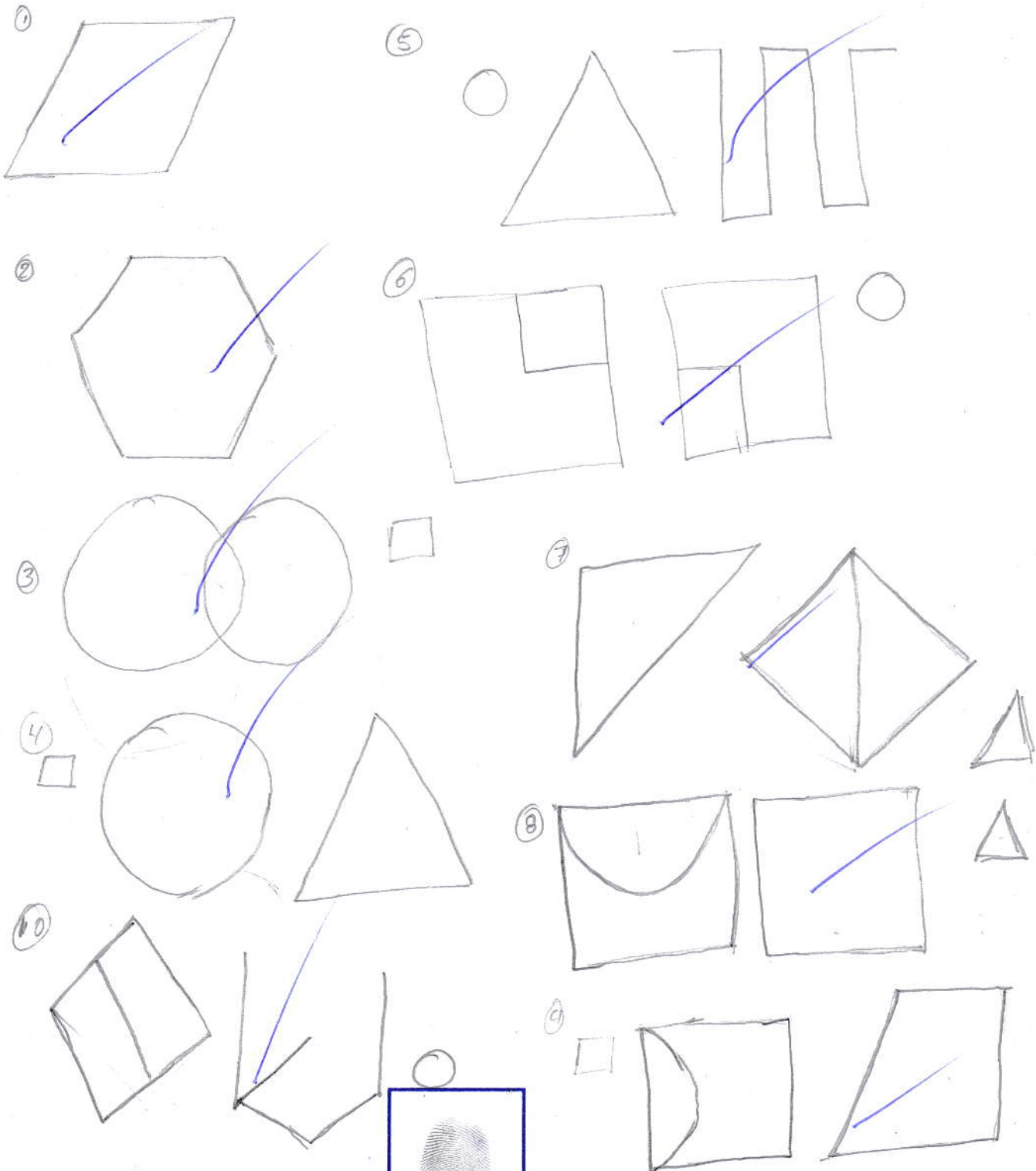


①

NOMBRES Y APELLIDOS Victor Manuel Acosta Abanto

DNI 75420833

FECHA 03 05 23



FIRMA Y HUELLA DIGITAL DEL  
POSTULANTE



*[Signature]*  
Lic. ~~Dominika Rios Laor~~  
PSICÓLOGA  
INTESA  
COP 32761

*[Handwritten signature]*



**Test de Dominios ( Anstey )**

**D.N.I. 75420833**

Nombre:	Victor Daniel Acosta Abanto			Escolaridad:	Superior Técnico			PD:	25		
Fecha de Nacimiento:	18	09	98	Fecha de Hoy:	03	05	23	Estado Civil:	Soltero		
Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Lugar de Nacimiento:	Rioja			G. de Instrucción:	Superior Te.			
Motivo del examen:	Licencia de conducir			Fecha de examen:	03/05/2023			Ocupación:	Agrupador		
Dirección:	Dr. Raymond: No 740 - Rioja										
Teléfono:	918 341 472			Hora Inicio:	01:41 PM			Hora término:	01:56 PM		
Administración:	Individual <input checked="" type="radio"/> Colectiva <input type="radio"/> test <input type="radio"/> Retest <input type="radio"/> Diagnóstico: <input type="radio"/>										

**PÁGINA 5**

25	26
27	28
29	30

**PÁGINA 6**

31	32
33	34
35	36

**PÁGINA 7**

37	38
39	40
41	42

**PÁGINA 8**

43	44
45	46
47	48

*DTA*

Firma y Huella Digital del Postulante

*Domitila Rios Lavi*  
 Lic. Domitila Rios Lavi  
 Psicóloga  
 INTESA  
 COP 32761



<b>A</b>	<b>B</b>

**PÁGINA 1**

<b>C</b>	<b>D</b>

**PÁGINA 2**

<b>1</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>4</b>
<b>5</b>	<b>6</b>

**PÁGINA 3**

<b>7</b>	<b>8</b>
<b>9</b>	<b>10</b>
<b>11</b>	<b>12</b>

**PÁGINA 4**

<b>13</b>	<b>14</b>
<b>15</b>	<b>16</b>
<b>17</b>	<b>18</b>

<b>19</b>	<b>20</b>
<b>21</b>	<b>22</b>
<b>23</b>	<b>24</b>

Firma y Huella Digital del Postulante

Firma y sello del Postulante  
**Domitila Rosado**  
PSICOLOGA  
INTESA  
COP 32761



**INVENTARIO DE PERSONALIDAD EYSENK Y EYSENCK (B)  
 HOJA DE RESPUESTAS**

*Hora Inicio:* 01:56 pm *Hora Término:* 02:06 pm  
 NOMBRES Y APELLIDOS Victor Manuel Acosta Abanto / Edad: 24 / F.N: 18-09-1998  
*Sexo:* Masculino DNI 45420833 *G. Inst:* Superior Técnico **FECHA** 03 05 23

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	20.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	39.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	21.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	40.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	22.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	41.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	23.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	42.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	24.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	43.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	25.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	44.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	26.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	45.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	27.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
9.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	28.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	47.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
10.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	29.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	48.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	30.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	49.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	31.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	50.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	32.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	51.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	33.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	52.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	34.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	53.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
16.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	35.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	54.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	36.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	55.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	37.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	56.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
19.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	38.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	57.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

N:

5

E:


12

L:

1





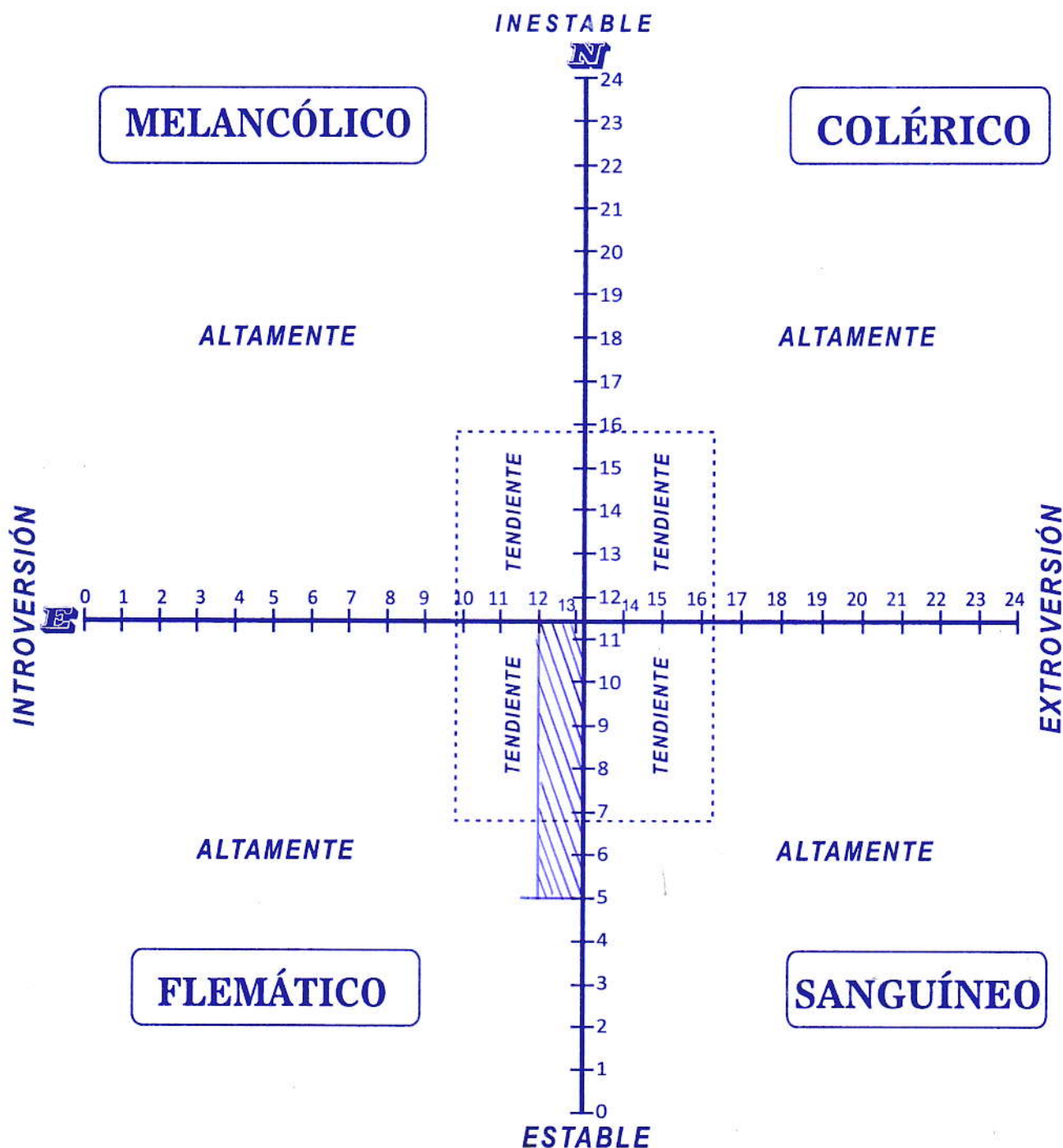
  
 Lic. Domitila Rios Lavi  
 PSICÓLOGA  
 INTESA  
 COP 32761



## TABLA DE CALIFICACIÓN EYSENK & EYSENCK

**L** = { Individual.. 4  
 Grupal: 3.80

**E** = { X=13.24 D.S.=3.10(10.14 - 16.34)  
**N** = { X=11.24 D.S.=4.44(6.90 - 15.78)



DIAGNÓSTICO: Temperamento Flemático - Tendencia a la Introversión.  
Estable Emocionalmente.

*[Signature]*

Firma y Huella Digital del Postulante



*[Signature]*  
 Lic. Domitila Ríos Laví  
 PSICÓLOGA  
 INTESA  
 COP 32761



## TEST DE LA FIGURA HUMANA - MACHOVER

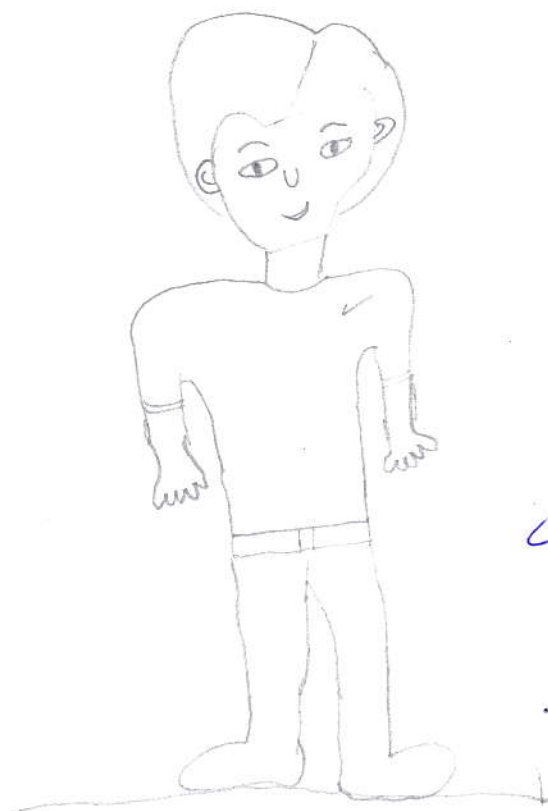
NOMBRES Y APELLIDOS Victor Manuel Aosta Abanto

EDAD 24 Años DNI 75420833 SEXO M ☒ F ☐ FECHA DE NAC. 18 09 98

ESTADO CIVIL Soltero OCUPACIÓN Agropecuario GRADO DE INST. Superior Técnico

CATEGORÍA AI NUEVO ☒ REVALIDACIÓN ☐ RE CATEGORIZACIÓN ☐

FECHA DE EVALUACION 03 05 23 HORA DE INICIO 02:06 p.m. HORA DE TÉRMINO 02:12 p.m.



✓  
Normal

  
Lic. Domitila Rios Lavi  
PSICÓLOGA  
INTESA  
COP 32761



Firma y Huella Digital del  
Postulante



# CENTRO PREVENTIVO DE SALUD



JR. VENECIA MZ. 61 LT. 01- A - (AL COSTADO DEL HOSPITAL II - 1 RIOJA)  
TELF. 042-595918 CEL. - 968581890 - 974910543

## TEST DE ALCOHOLISMO (TEST AUDIT)

FECHA

03 05 23

Hora Inicio: 02:12 pm Hora Término: 02:17 pm Calculadora de alcoholimetría

Nombre: Victor Manuel Auesta Abanto EDAD 24 SEXO M ☒ F ☐  
DNI: 75420833 F. NAC: 18 09 98 GRADO DE INST. Superior Técnico OCUPACIÓN Agrupero

### COMIENZA EL TEST:

1. ¿con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica? ☐ nunca ☒ 1 ó menos veces al mes ☐ De 2 a 4 veces al mes ☐ De 2 a 3 veces a la semana ☐ De 4 o más veces a la semana ☐

2. ¿Cuántas TRAGOS de alcohol suele consumir en un día de consumo normal? ☐ 1 ó 2 ☒ 3 ó 4 ☐ 5 ó 6 ☐ 7, 8 ó 9 ☐ 10 ó mas ☐

3. ¿con que frecuencia tomas 5 o más TRAGOS en un solo día? ☒ nunca ☐ Menos de una vez al mes ☐ mensualmente ☐ semanalmente ☐ A diario o casi a diario ☐

Hombres 0 a 4 puntos  
Mujeres 0 a 3 puntos

Consumo de bajo riesgo

Termine aca la evaluación y termine una intervención mínima

Puntaje AUDIT-C

Hombres 5 puntos a mas  
Mujeres 4 puntos a mas

Consumo de riesgo

Continúe en las preguntas 4 a 10

02

Suma del puntaje de la pregunta 1 a 3

4. ¿En el curso del último año ¿con que frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado? ☒ nunca ☐ Menos de una vez al mes ☐ mensualmente ☐ semanalmente ☐ A diario o casi a diario ☐

5. ¿En el curso del último año ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba? ☐ nunca ☐ Menos de una vez al mes ☐ mensualmente ☐ semanalmente ☐ A diario o casi a diario ☐

6. ¿En el curso del último año ¿con que frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? ☐ nunca ☐ Menos de una vez al mes ☐ mensualmente ☐ semanalmente ☐ A diario o casi a diario ☐

7. ¿En el curso del último año ¿con que frecuencia ha tenido remordimiento o sentimiento de culpa después de beber? ☐ nunca ☐ Menos de una vez al mes ☐ mensualmente ☐ semanalmente ☐ A diario o casi a diario ☐

8. ¿En el curso del último año ¿con que frecuencia ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? ☐ nunca ☐ Menos de una vez al mes ☐ mensualmente ☐ semanalmente ☐ A diario o casi a diario ☐

9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido por que usted había bebido? ☐ nunca ☐ Menos de una vez al mes ☐ mensualmente ☐ semanalmente ☐ A diario o casi a diario ☐

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? ☐ nunca ☐ Menos de una vez al mes ☐ mensualmente ☒ semanalmente ☐ A diario o casi a diario ☐

0 a 7 puntos

Consumo de bajo riesgo

Realice una intervención mínima

Puntaje AUDIT-C

8 a 15 puntos

Consumo de bajo riesgo

Realice una intervención breve

16 puntos a mas

Posible consumo

Realice una derivación Asistida para evaluación completa y una interve. Breve

Suma del puntaje de la pregunta 1 a 3

### RESULTADOS:

APTO

*[Firma]*

Firma y Huella Digital del Postulante



*[Firma]*  
Dimitila Rios Llavi  
PSICÓLOGA  
INTESA  
COP 32761

Firma y sello del Responsable del Evaluador



## SCL - 90 -R

FECHA: 03/05/2013 NOMBRES Y APELLIDOS: Víctor Daniel Acosta Abanto DNI: 75420833  
EDAD: 24 años GRADO DE INSTRUCCIÓN: Superior Técnico SEXO: M F.NACIMIENTO: 18/09/1988  
CATEGORIA: AI HORA DE INICIO: 02:17 PM HORA DE TERMINO: 02:34 PM

A continuación te presentamos una lista de problemas. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una (X) en la casilla correspondiente, pensando en como se sintió en que medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días). Tiene cinco (5) posibilidades de respuestas: NADA - MUY POCO - POCO - BASTANTE - MUCHO. No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

### ¿HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO AFECTADO POR? ...

	NADA	MUY POCO	POCO	BASTANTE	MUCHO
1 Dolores de cabeza		X			
2 Nerviosismo o agitación interior	X				
3 Pensamientos no deseados que no se le van de su cabeza	X				
4 Sensación de desmayo o mareo	X				
5 Falta de interés en las relaciones sexuales	X				
6 Criticar a los demás		X			
7 Sentir que otro puede controlar mis pensamientos	X				
8 Sentir que otros son culpables de lo que me pasa	X				
9 Tener dificultad para memorizar cosas		X			
10 Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.		X			
11 Sentirme enojado/a, malhumorado/a		X			
12 Dolores en el pecho	X				
13 Miedo a los espacios abiertos o las calles	X				
14 Sentirme con muy pocas energías	X				
15 Pensar en quitarme la vida	X				
16 Escuchar voces que otras personas no oyen	X				
17 Temblores en mi cuerpo	X				
18 Perder la confianza en la mayoría de las personas			X		
19 No tener ganas de comer	X				
20 Llorar por cualquier cosa	X				
21 Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.	X				
22 Sentirme atrapado/a o encerrado/a	X				
23 Asustarme de repente sin razón alguna	X				
24 Explotar y no poder controlarme	X				
25 Tener miedo a salir solo/a de mi casa	X				
26 Sentirme culpable por cosas que ocurren		X			
27 Dolores en la espalda		X			
28 No poder terminar las cosas que empecé a hacer		X			
29 Sentirme solo/a		X			
30 Sentirme triste		X			
31 Preocuparme demasiado por todo lo que pasa	X				
32 No tener interés por nada	X				
33 Tener miedos		X			
34 Sentirme herido en mis sentimientos		X			
35 Creer que la gente sabe qué estoy pensando	X				
36 Sentir que no me comprenden		X			
37 Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto		X			
38 Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas		X			
39 Mi corazón late muy fuerte, se acelera	X				
40 Náuseas o dolor de estómago	X				
41 Sentirme inferior a los demás	X				
42 Calambres en manos, brazos o piernas	X				
43 Sentir que me vigilan o que hablan de mí		X			

*[Firma]*  
Lic. Domitila Ríos Lavi  
PSICÓLOGA  
INTESA  
COP 32761

*[Firma]*



HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO AFECTADO POR? ...	NADA	MUY POCO	POCO	BASTANTE	MUCHO
44 Tener problemas para dormirme		X			
45 Tener que controlar una o más veces lo que hago		X			
46 Tener dificultades para tomar decisiones		X			
47 Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos	X				
48 Tener dificultades para respirar bien	X				
49 Ataques de frío o de calor	X				
50 Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo	X				
51 Sentir que mi mente queda en blanco		X			
52 Hormigueos en alguna parte del cuerpo		X			
53 Tener un nudo en la garganta		X			
54 Perder las esperanzas en el futuro	X				
55 Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo		X			
56 Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo		X			
57 Sentirme muy nervioso/a, agitado/a	X				
58 Sentir mis brazos y piernas muy pesados		X			
59 Pensar que me estoy por morir	X				
60 Comer demasiado		X			
61 Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.			X		
62 Tener ideas, pensamientos que no son los míos	X				
63 Necesitar golpear o lastimar a alguien	X				
64 Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad		X			
65 Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas	X				
66 Dormir con problemas, muy inquieto/a		X			
67 Necesitar romper o destruir cosas	X				
68 Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden		X			
69 Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí	X				
70 Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente	X		X		
71 Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo		X			
72 Tener ataques de mucho miedo o de pánico	X				
73 Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público	X				
74 Meterme muy seguido en discusiones		X			
75 Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a	X				
76 Sentir que los demás no me valoran como merezco	X				
77 Sentirme solo/a aún estando con gente	X				
78 Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme	X				
79 Sentirme un/a inútil	X				
80 Sentir que algo malo me va a pasar		X			
81 Gritar o tirar cosas	X				
82 Miedo a desmayarme en medio de la gente			X		
83 Sentir que se aprovechan de mí si los dejo			X		
84 Pensar cosas sobre el sexo que me molestan	X				
85 Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados	X				
86 Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo	X				
87 Sentir que algo anda mal en mi cuerpo	X				
88 Sentirme alejado/a de las demás personas		X			
89 Sentirme culpable	X				
90 Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien	X				

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



  
 Lic. Domitila Ríos Lavi  
 PSICÓLOGA  
 INTESA  
 COP 32761

SOM: 35	HOS: 50
OBS: 35	FOB: 50
S.I: 50	PAR: 50
DEP: 50	PSIC: 35
ANS: 50	

Firma y sello del evaluador



