



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

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

CERTIFICADO MÉDICO



Nº DE INFORME : 20991-638240068427887350

FECHA DEL INFORME : 3/07/2023 17:06:19

FECHA VENCIMIENTO : 30/12/2023

EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 3/07/2023 13:49:09

Fecha de Término : 3/07/2023 17:05:47

INFORMACIÓN DEL EVALUADO

Tipo de Documento : DNI.

Número de Documento : 03229454

Nombres : ELAUTERIO BRUNO CUNIA

Grupo Sanguíneo : O - POSITIVO

Fecha de Nacimiento : 7/08/1965

CLASE Y CATEGORÍA DEL POSTULANTE

Clase : A

Categoría : A-IIb - REVALIDACIÓN

CONDICIÓN DEL POSTULANTE : APTO

RESULTADO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS Y PSICOLÓGICAS DEL POSTULANTE			
EXAMEN	RESULTADO	FIRMA Y SELLO	OBSERVACIONES
1. ANÁLISIS DE LABORATORIO MARIA LIDIA CAPUÑAY GONZALES	APTO	Lidia Capunay Gonzales CBP 5991 BIOLOGA-MICROBIOLOGA	
2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DOMITILA RIOS LAVI	APTO	Lic. Domitila Rios Lavi PSICÓLOGA INTESA COP 32761	
3. EVALUACIÓN VISUAL NEY ALBERTH GARCIA ARCE	APTO	Dr. Ney Alberth Garcia Arce MÉDICO CIRUJANO	
4. EVALUACIÓN AUDITIVA NEY ALBERTH GARCIA ARCE	APTO	Dr. Ney Alberth Garcia Arce MÉDICO CIRUJANO	
5. EVALUACIÓN CLÍNICA ALEXIS GERMAIN SALAZAR LLONTOP	APTO	Jr. Alexis G. Salazar Llontop CENTRO PREVENTIVO DE SALUD INTESA Dr. Alexis G. Salazar Llontop MEDICO EVALUADOR CMP 49489	
RESULTADO FINAL	APTO	Jr. Alexis G. Salazar Llontop CENTRO PREVENTIVO DE SALUD INTESA Dr. Alexis G. Salazar Llontop MEDICO EVALUADOR CMP 49489	

RESTRICCIONES: NINGUNA



Firma y Huella Digital del Postulante Evaluado

ALEXIS GERMAIN SALAZAR LLONTOP
DIRECTOR MÉDICO
INTESA
CMP 49489

Director Médico
ALEXIS GERMAIN SALAZAR LLONTOP



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

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

INFORME MÉDICO

Nº DE INFORME : 20991-638240068427887350

FECHA : 3/07/2023

EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 3/07/2023

Fecha de Término : 3/07/2023

Hora de Inicio : 13:49:09

Hora de Término : 17:05:47

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de Documento : DNI.

Nº de Documento : 03229454

Apellido Paterno : BRUNO

Apellido Materno : CUNIA

Nombres : ELAUTERIO

Fecha de : 7/08/1965

Sexo

: MASCULINO

Teléfono : 951986301

Dirección : JR. ALAMEDA OLMEDO CARDENAS INFANTES 112 BELLAVISTA

CLASE, CATEGORÍA Y CONDICIÓN DEL POSTULANTE

Clase : A

Categoría

: A-IIb - PROFESIONAL

Trámite

: REVALIDACIÓN

Condición

: APTO

Postulante a licencia de conducir



Huella dactilar

1. ANÁLISIS DE LABORATORIO

EXAMEN TOXICOLÓGICO (MUESTRA DE ORINA)

A. PRUEBA RÁPIDA DE ALCOHOLIMETRÍA

RESULTADO (+) (-)

0.00

B. PRUEBA RÁPIDA PARA COCAÍNA, MARIHUANA Y DROGAS SINTÉTICAS

RESULTADO COCAÍNA (+) (-)

0.00

RESULTADO MARIHUANA(+)(-) (-)

0.00

GRUPO SANGUÍNEO O FACTOR RH

GRUPO SANGUÍNEO

O

FACTOR RH

POSITIVO

Resultado Final de Análisis de Laboratorio

APTO

Observaciones

Hora Inicio	: 13:49	Hora Término	: 13:56
-------------	---------	--------------	---------

LIDIA CAPUNAY GONZALES
CBP 5991
BIOLOGA-MICROBIOLOGA

Firma, sello
Responsable del Análisis de Laboratorio
MARIA LIDIA CAPUNAY GONZALES


Firma y huella digital
Postulante



2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

ORGANICIDAD (COMPLETAR DE ACUERDO A EVALUACIÓN REALIZADO)

A. PRUEBAS PSICOMÉTRICAS

TEST DE PALANCA (+) (-)

9/1
0,39
35/22

REACTÍMETRO (+) (-)

TEST DE PUNTEO (+) (-)

B. PRUEBAS

WECHSLER - DISEÑO DE CUBOS (+) (-)

BENTON FORMA C (+) (-)

APTO

INTELIGENCIA (COMPLETAR DE ACUERDO A EVALUACIÓN REALIZADO)

A. TEST DE MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN

RESULTADO (+) (-)

APTO

B. TEST DE DOMINOS ANSTEY

RESULTADO (+) (-)

APTO

C. TEST DE OTIS (ABREVIADO)

RESULTADO (+) (-)

APTO

PERSONALIDAD (COMPLETAR DE ACUERDO A EVALUACIÓN REALIZADA)

A. TEST PROYECTIVO KAREN MACHOVER

RESULTADO (+) (-)

APTO

B. NPF O TEST DE LOS 4 TEMPERAMENTOS

RESULTADO (+) (-)

APTO

C. INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK

RESULTADO (+) (-)

APTO

RASGO PSICOPATOLÓGICO (COMPLETAR DE ACUERDO A EVALUACIÓN REALIZADA)

A. TEST DE AUDIT

RESULTADO (+) (-)

APTO

B. INVENTARIO DE 90 SÍNTOMAS - SCL-90-R

RESULTADO (+) (-)

APTO

C. CUESTIONARIO DE INVENTARIO DE CAMBIOS DE PERSONALIDAD NEUROLÓGICOS(NECHAPI)

RESULTADO (+) (-)

APTO

Resultado Final de la Evaluación Psicológica

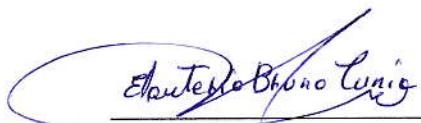
Observaciones

Hora Inicio : 13:57

Hora Término : 15:09


Lic. Domitila Rios Lavi
PSICÓLOGA
INTESA
COP 32761

Firma, sello
Responsable de Evaluación Psicológica
DOMITILA RIOS LAVI



Firma y huella digital
Postulante

3. EVALUACIÓN VISUAL

AGUDEZA VISUAL (VISIÓN LEJANA)

OD

RESULTADO (+) (-)

20

OI

RESULTADO (+) (-)

20

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

20

VISIÓN DE PROFUNDIDAD

OD

RESULTADO (+) (-)

100

OI

RESULTADO (+) (-)

100

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

100

VISIÓN DE COLORES

OD

RESULTADO (+) (-)

100

OI

RESULTADO (+) (-)

100

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

100

BALANCE MUSCULAR

OD

RESULTADO (+) (-)

2

OI

RESULTADO (+) (-)

2

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

2

VISIÓN NOCTURNA

OD

RESULTADO (+) (-)

35

OI

RESULTADO (+) (-)

35

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

35

ENCANDILAMIENTO

OD

RESULTADO (+) (-)

45

OI

RESULTADO (+) (-)

45

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

45

CAMPO VISUAL

OD

RESULTADO (+) (-)

85

OI

RESULTADO (+) (-)

85

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

85

Resultado Final de la Evaluación Visual

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

[Empty box]

Hora Inicio

: 16:03

Hora Término

: 16:20


Ney Alberth Garcia Arce
 MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 81054

Firma, sello
Responsable de Evaluación Visual
NEY ALBERTH GARCIA ARCE


Elauterio Bruno Runig

Firma y huella digital
Postulante



4. EVALUACIÓN AUDITIVA

OTOSCOPIA

RESULTADO (+) (-)

APTO

EXAMEN AUDITIVO

A. OIDO DERECHO

RESULTADO (+) (-) (dB)

10

B. OIDO IZQUIERDO

RESULTADO (+) (-) (dB)

10

C. AMBOS OIDOS

RESULTADO (+) (-) (dB)

10

Resultado Final de la Evaluación Auditiva

APTO

Restricciones

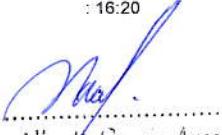
NINGUNA

Observaciones

[Empty box]

Hora Inicio : 16:20

Hora Término : 16:37


Dr. Ney Alberth García Arce



MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 61054

Firma, sello
Responsable de Evaluación Auditiva
NEY ALBERTH GARCIA ARCE


El auténtico Bruno Punio



Firma y huella digital
Postulante

5. EVALUACIÓN CLÍNICA

ANAMNESIS - EXAMEN FÍSICO

RESULTADO (+) (-)

LICENCIA DE CONDUCIR - ASINTOMATICO

ANTECEDENTES PERSONALES

A. SISTEMA CARDIO - RESPIRATORIO

INSUFICIENCIA CARDIACA

NO

TRASTORNOS DEL RITMO

NO

MARCAPASOS Y DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE

NO

PRÓTESIS VALVULARES CARDIACAS

NO

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

NO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

NO

ANEURISMA DE GRANDES VASOS

NO

ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA

NO

ENFERMEDAD VENOSA

NO

DISNEA

NO

TRASTORNOS DEL SUEÑO

NO

CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN

NO

OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIACO RESPIRATORIO

NO

B. APARATO LOCOMOTOR

PROCESO DEGENERATIVO OSTEONEUROMUSCULAR

NO

PRÓTESIS

NO

OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO LOCOMOTOR

NO

C. SISTEMA NEUROLOGICO

ENFERMEDADES ENCEFÁLICAS, MEDULARES Y DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO

NO

EPILEPSIA Y CRISIS CONVULSIVAS

NO

ALTERACIONES DE EQUILIBRIO

NO

TRASTORNOS MUSCULARES

NO

ACCIDENTE ISQUÉMICO

NO

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

NO

ENFERMEDAD DE DUCHENNE

NO

OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NEUROLÓGICO

NO

D.1. SISTEMA HEMATOLOGICO (ENFERMEDADES METABOLICAS Y ENDOCRINAS)

HIPOGLUCEMIA

NO

HIPERGLICEMIA O DIABETES MELLITUS

NO

ENFERMEDAD TIROIDEA

NO

ENFERMEDAD PARATIROIDEA

NO

ENFERMEDAD ADRENAL

NO

TRASTORNOS HEPÁTICOS

NO

SISTEMA HEMATOLÓGICO

NO

D.2. SISTEMA HEMATOLOGICO (TRANSTORNOS HEMATOLOGICOS)

PROCESOS SOMETIDOS A TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO

NO

POLICITEMIA VERA Y POLIGLOBULIAS

NO

ANEMIA, LEUCOPENIA, TROMBOCITOPENIA

NO

TRASTORNOS DE COAGULACIÓN

NO

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

NO

OTROS TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS	NO
OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMATOLÓGICO	NO
E. SISTEMA RENAL	
NEFROPATÍA	NO
TRASPLANTE RENAL	NO
INSUFICIENCIA RENAL	NO
OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RENAL	NO
F. OTROS	
CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO (SI LA RESPUESTA ES SI, CON QUE FRECUENCIA?, ANOTARLO EN OBSERVACIÓN)	NO
CONSUMO SUSTANCIAS TÓXICAS (COCAÍNA, MARIHUANA, DROGAS SINTÉTICAS.. SI LA RESPUESTA ES SI, DESDE CUANDO Y CON QUE FRECUENCIA, ANOTARLO EN OBSERVACIÓN)	NO
CONSUMO MEDICAMENTOS (ESPECIFICAR LOS NOMBRES DE LOS MEDICAMENTOS, LA FRECUENCIA Y DESDE CUANDO LOS USA, ANOTARLO EN OBSERVACIONES))	NO
EXAMEN FÍSICO	
A. ANTROPOMETRÍA	
PESO (KG)	82
TALLA (CM)	1.63
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	308630.36
B. SISTEMA CARDIO-RESPIRATORIO	
PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (MMHG)	112
PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (MMHG)	79
FRECUENCIA RESPIRATORIA EN REPOSO	19
FRECUENCIA DE PULSO EN REPOSO	90
PULSioxIMETRÍA	99
CAPACIDAD VENTILATORIA	APTO
C. APARATO LOCOMOTOR	
FUERZA MUSCULAR	SI
AUSENCIA O DESVIACIONES	AUSENTE
RANGO DE MOVIMIENTOS ARTICULAR LIMITADO	AUSENTE
LESIONES DEFORMANTES EN COLUMNA VERTEBRAL	AUSENTE
LESIONES DEFORMANTES EN EXTREMIDADES	AUSENTE
D. SISTEMA NEUROLÓGICO	
PRUEBA ÍNDICE - ÍNDICE	SINERGIA
ROMBERT PRUEBA ÍNDICE - NARIZ	EQUILIBRIO CONSERVADO
MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS	AUSENTE
TONO MUSCULAR	APTO
NOCIONES TEMPOROESPACIALES	APTO
REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS	APTO
E. INDICE DE MONITOREO DE SOMNOLENCIA (POSTULANTES PROFESIONALES)	
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	308630.36
PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA O DIASTÓLICA	112
OROFARINGE CON CLASIFICACIÓN DE MALLAMPALLI	2
PERÍMETRO DEL CUELLO EN CENTÍMETROS	38
ESCALA DE SOMNOLENCIA EPWORTH (VERSIÓN PERUANA MODIFICADA)	05
RONQUIDO INTENSO (ATESTIGUADO POR LA PAREJA O FAMILIARES)	SI

Resultado Final de la Evaluación Clínica

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

Hora Inicio : 16:41

Hora Término : 17:05

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD INTESA

ALEXIS G. Salazar Llonto
MÉDICO EVALUADOR
CMP 49489

Firma, sello
Responsable de Evaluación Clínica
ALEXIS GERMAIN SALAZAR LLONTOP

Eduardo Blyno Cunig



Firma y huella digital
Postulante

RESULTADO FINAL

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

ALEXIS GERMAIN SALAZAR LLONTOP
DIRECTOR MÉDICO
INTESA
CMP 49489

Firma, sello y huella digital
Director Médico
ALEXIS GERMAIN SALAZAR LLONTOP

Eduardo Blyno Cunig



Firma y huella digital
Postulante

Hora término de la evaluación completa : 17:06

ALEXIS GERMAIN SALAZAR LLONTOP
DIRECTOR MÉDICO
INTESA
CMP 49489

Director Médico
ALEXIS GERMAIN SALAZAR LLONTOP

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD  <small>INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍA PARA LA SALUD Y EL AMBIENTE</small>	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL FORMATO DE FICHA AUDIOMÉTRICA	Código : Telem- S.A.2724 Versión: 0.0 Página : 1 de 1
---	--	--

HISTORIA CLÍNICA Nº : 03229454 N° FICHA: 2721

APELLIDOS Y NOMBRES : BRUNO CUNIA ELAUTERIO

EMPRESA : LICENCIA/PARTICULAR

OCCUPACIÓN : CONDUCTOR

FECHA: 3 de Julio de 2023

EDAD: 57 SEXO : M

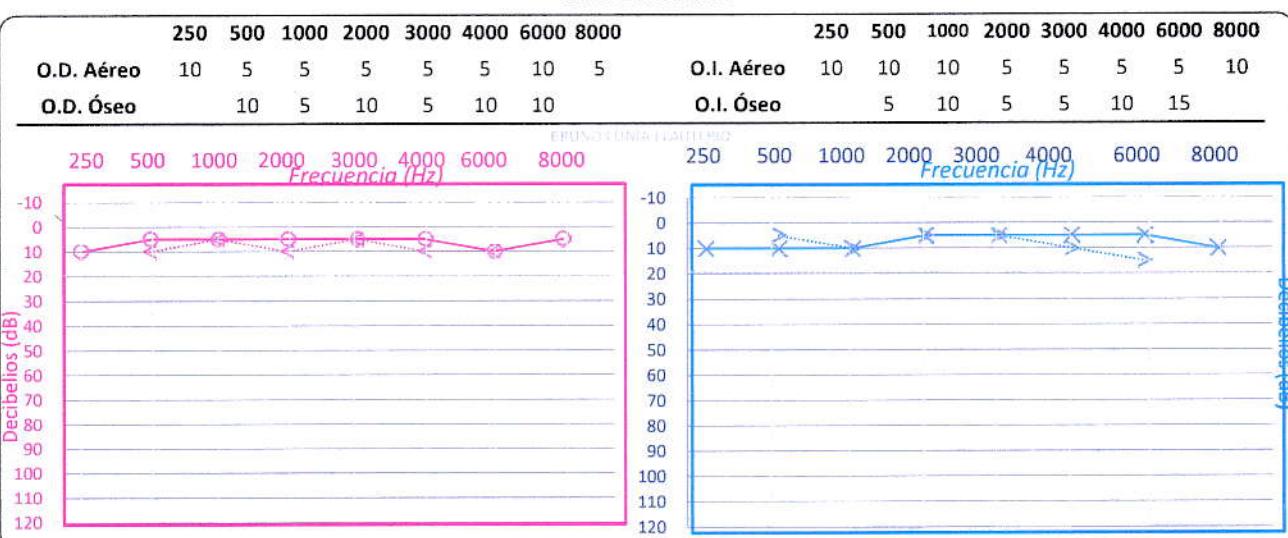
TIEMPO DE TRABAJO: 0

APRECIACIÓN DEL RUIDO		USO DE PROTECTORES AUDITIVOS		TIPO DE EXAMEN	
Ruido muy intenso	-	Tapon	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 RELACIONADOS		SI	NO	SINTOMAS	SI
Consumo de Tabaco	-	X		Disminución de la audición	-
Servicio Militar	-	X		Dolor de oídos	-
Hobbies con exposición a ruido	-	X		Zumbidos	-
Exposición laboral a químicos	-	X		Mareos	-
Infección al oído	-	X		Infección al oído	-
Uso de ototóxicos	-	X		Otra	-

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 **lunes, 13 de Mayo de 2024**

CALIBRACIÓN BIOLÓGICA: lunes, 3 de Julio de 2023

CONCLUSIONES:

0

Bruno Cunia Elauterio



RECOMENDACIONES:

0

Por el médico informante en su oficina en fecha 03/07/2023

nd
 Dr. Ney Alberti García Arce
 MÉDICO CIRUJANO
 C.M.P. 81064

Firma y sello

Examen Psicosensométrico
 INVESTIGACION Y TECNOLOGIA PARA LA SALUD Y EL
 JR.VENECIA MZ.61 LT01- A
 20600217608

Fecha Inicio:	2023/07/3	Fecha Termino:	
Datos Postulante			
Nombres:	ELAUTERIO	Apellidos:	BRUNO CUNIA
Número de Documento:	03229454	Sexo:	MASCULINO
Fecha de Nacimiento:	7/08/1965	Edad:	57
Estado Civil:	SOLTERO/A	Ocupación:	CONDUCTOR
País:	PERU	Dpto:	SAN MARTIN
Grado Instrucción:	SECUNDARIA	Provincia:	BELLAVISTA
Teléfono:	951986301	Email:	
Tipo Evaluación:	LICENCIA DE CONDUCIR - REVALIDACIÓN / A-II-B / PROFESIONAL		
Dirección:	JR ALAMEDA OLMEDO CARDENAS INFANTES 112 BELLAVISTA		
Observaciones:			

Psicotécnicos			
Test de Palanca:			
Errores:	9	Tiempo en Error:	1.28
Tiempo:	00 min 43 seg	Intentos Prueba:	1
Resultado:	APROBADO		
Test de Punteado:			
Aciertos:	35	Permanencia:	5.72
Errores:	22		
Tiempo Prueba:	34 seg	Intentos Prueba:	2
Resultado:	APROBADO		
Test de Reacción:			
Intento 1:	0.35	Intento 2:	0.36
Intento 3:	0.37	Intento 4:	0.35
Intento 5:	0.39	Intento 6:	0.33
Intento 7:	0.33	Intento 8:	0.35
Intento 9:	0.37	Intento 10:	0.33
Promedio:	0.39	Tiempo Total:	3.85
Intentos:	10		
Tiempo Prueba:	00 min 41 seg	Intentos Prueba:	1
Resultado:	APROBADO		

Visión		TIEMPO DURACIÓN:	04 min 25 seg
Agudeza Visual:			

Izquierdo:	20/20	Derecho:	20/20		
Ambos:	20/20				
Resultado:	APROBADO				
<u>Señales Transito:</u>		Resultado:	APROBADO		
		Figura 3:	Si - 30%		
		Figura 6:	Si - 50%		
		Figura 11:	Si - 70%		
<u>Colores:</u>		Resultado:	APROBADO		
		Intento 1:	1 - A (ROJO)	Reconoció:	Si
		Intento 2:	2 - B (VERDE)	Reconoció:	Si
		Intento 3:	3 - D (BLANCO)	Reconoció:	Si
		Intento 4:	3 - A (AMARILLO)	Reconoció:	Si
		Intento 5:	4 - D (AZUL)	Reconoció:	Si
<u>Foria:</u>		Resultado:	APROBADO		
		Fila - Columna:	B - 8		
<u>Estereopsis:</u>		Resultado:	APROBADO - (9) Figuras Reconocidas		
		Figura N°:	1 2 3 4 5 6 7 8 9		
		%:	15 30 50 60 70 80 85 90 95		
		Reconoció:	Si Si Si Si Si Si Si Si Si		
<u>Visión Nocturna:</u>		Resultado:	APROBADO - Calibración a 0.5 CD		
<u>Encandilamiento:</u>		Resultado:	APROBADO - Calibración a 45 CD		
<u>Tiempo de Recuperación:</u>		Resultado:	APROBADO - Tiempo: 1:43		
<u>Campimetria:</u>		Resultado:	APROBADO		
	Ojo Izquierdo:	80°	Ojo Derecho:	80°	
<u>Audio</u>					
<u>Audímetro:</u>	Sin Resultados				



.....

 Dr. Ney Alberth García Arce
 MÉDICO CIRUJANO
 CMP. 81054

FICHA DE EVALUACIONES MÉDICAS Y PSICOLÓGICAS PARA POSTULANTES A LICENCIAS DE CONDUCIR

EVALUACION MÉDICA

Fecha de Inicio **03 07 23**

Fecha de Termino **03 07 23**

Hora de Inicio **01:49 pm**

Hora de Termino **05:05 pm**

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de documento DNI - C. EXT **DNI**

Nº documento **03 229454**

Ap. Paterno **Bruno**

Ap. Materno **Cunia**

NOMBRE **Elauterio**

Fecha de Nacimiento **07 08 65**

ESTADO CIVIL **Soltero** SEXO **M** EDAD **58** TELEFONO **951 986 301**

GRADO DE INSTRUCCIÓN **Sec. Completa** OCUPACIÓN **Conductor**

NUEVA **Revalidación** Y Recategorización

No Profesional **Profesional** X Categoría **AUB**

DIRECCION **JR. Alameda Olmedo Cárdenas Infantes 112 Bellavista
 San Martín - Rioja.**

FIRMA DEL POSTULANTE
 LICENCIA DE CONDUCIR



I. ANALISIS DE LABORATORIO

1. Examen toxicológico

A. Prueba Rápida de Alcoholimetría

Resultados (+) (X)

Hora de Inicio

01:49 pm

valor

0,00 %

B. Prueba Rápida para Cocaína, Marihuana y Drogas Sintéticas

Resultado Cocaína (+) (X)

Resultado Marihuana (+) (P)

Resultados de Drogas Sintéticas (+) (-)

Negativo

Negativo (P)

-

2. Grupo Sanguíneo y Factor RH

Grupo Sanguíneo **O-**

factor RH

Positivo

RESULTADO FINAL DE ANALISIS

Hora Termino **01:56 pm**

APTO

X

NO APTO

LIDIA CAPUNAY GONZALES
 CBP 5991
 BIOLOGA-MICROBIOLOGA

Firma y Huella Digital del Postulante



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

II. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Anamnesis

Experiencia conducir N° infracciones 0 Tipo de infracciones Leve grave Muy grave

Nº Accidentes

Accidentes Psicopatológico

Personales:

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

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

A. Equipo Psicométrico

Test de Palanca

(+) (-) (Profesional)

Test de Reactímetro

(+) (-) (Profesional)

Test de punteo

(+) (-) (Profesional)

B. Pruebas o Sub Test

Diseño de Cubos (Weschler)

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

Benton forma C

(+) (-)

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

A. Test Matrices Prog. De RAVEN

(+) (-)

B. Test de Dominós Anstey

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

C. Test de Otis (abreviado)

(+) (-)

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

A. Test Proy. Karen Macnover

(+) (-)

B. NPF o Test de los 4 Temperamentos

(+) (-)

C. Inventario personalidad Eysenck

(+) (-)

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)

(+) (-)

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

Normal (+) (-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION PSICOLOGICA

Hora Termino: 03:09 PM

APTO

NO APTO

Observaciones: Ninguna.

Lic. Domitila Ríos 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

Oído Derecho	Normal
Oído Izquierdo	Normal
Ambos Oídos	Normal

Pérdida Auditiva

FRECUENCIA (Hz)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION AUDITIVA

Hora Termino: 04:37 pm

APTO

NO APTO

Observaciones: Ninguna

Sin restricciones

Dra. Nay Alberth García Arce
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 81054

Firma y Huella Digital del Postulante



I. EVALUACIÓN CLINICA

1. Anamnesis

Hora Inicio 04:41 pm

Motivo: Lloroncia Conducir

2. Enfermedades Actuales

Tiempo de enfermedad: — Forma inicio — Curso: —

Síntomas principales: ASINTOMATICO

3. Antecedentes Personales

A. Sistema Cardio - Respiratorio	SI	NO	OBSERVACIONES
Insuficiencia Cardiaca		✓	
Trastorno del ritmo		✓	
Marcapasos y desfibrilador automático implantable		✓	
Prótesis valvulares cardíacas		✓	
Cardiopatía Isquémica		✓	
Hipertensión Arterial		✓	
Aneurisma grandes vasos		✓	
Arteriopatía periférica		✓	
Enfermedad venosa		✓	
Disnea		✓	
Trastornos del sueño		✓	
Cirugía de revascularización		✓	
Otras enfermedades del sistema cardio – respiratorio		✓	

B. Aparato Locomotor

Proceso degenerativo osteoneuromuscular		✓	
Prótesis		✓	
Otras enfermedades del aparato locomotor		✓	

C. Sistema Neurológicos

Enfermedades encefálicas		✓	
Enfermedades medulares y del sistema periférico		✓	
Epilepsia y crisis convulsivas		✓	
Alteraciones del equilibrio		✓	

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

1. AntropometriaPeso **82**Talla **1.63**IMC **30.86****• Sistema cardio – Respiratorio**

- Presión Arterial Sistólica
- Presión Arterial Diastólica
- Frecuencia Respiratoria Reposo
- Frecuencia de Pulso reposo
- Pulsoximetría
- Capacidad ventilatoria

112
79
19 x /
90 x /
99 %
CONFIRMO

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

1. Aparato Locomotor

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

CONSERVADA
AUSCIENTE
AUSCIENTE
AUSCIENTE
AUSCIENTE

2. Sistema Neurológico

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

SIN NADA
FAUJONTE CONVULSO
AUSCIENTE
CONVULSO
CONVULSO
CONVULSO

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)

30.86
112/79
II
38 cm
OS
SI 07-04-2011 Sombra

Resultado (+) (-) valor (+) (-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION CLINICA

Hora Termino: 05:05 pm

APTO X

NO APTO

Observaciones: *Rincon*

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD CINTESA
DR. A. G. Salazar Llontop
MEDICO EVALUADOR
CNP 6189

Eduardo Brullo C.
Firma y Huella Digital del Postulante



RESULTADO DEL PROCESO

Hora Termino: 05:05 pm

APTO P

NO APTO

Observaciones: *Rincon*

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD CINTESA
DR. A. G. Salazar Llontop
MEDICO EVALUADOR
CNP 6189

Eduardo Brullo C.
Firma y Huella Digital del Postulante



ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
Pánu	Cunip	Eduardo
DNI	03229454	FECHA EVALUACIÓN
RONCA USTED	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	03/07/23

02-04-1807/Somno.

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

Cuantas horas promedio por dúa, 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)	1
*EN CARRO, COMO ACOMPAÑANTE DE UN VIAJE DE UNA HORA (DE AQUÍ A TARAPOTO) EN ESTE MOMENTO)	2
*RECOSTADO EN UN SILLÓN 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)	2
*EN UN CARRO O EN EL BUS DETENIDO DURANTE ALGUNOS MINUTOS DEBIDO AL TRAFICO (EN ESTE MOMENTO)	0
PUNTUACION TOTAL (MAX. 24)	
05	

RESULTADO.

00 - 11 ptos: RANGO NORMAL DE SOMNOLENCIA

11 - 14 ptos: SOMNOLENCIA DIURNA LEVE

15 - 18 ptos: SOMNOLENCIA DIURNA MODERADA

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD INTESA
 Dr. Alexis G. Salazar Llontor
 MEDICO EVALUADOR
 C.A.P. 18199

Firma y sello del Responsable del Evaluador

Eduardo Bruno Llorio
 Firma y Huella Digital del Postulante





TRVB - TEST DE RETENCIÓN VISUAL DE BENTON
HOJA DE ANOTACIÓN

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Eduardo Bruno Curio DNI: 03229454
 EDAD: 58 FECHA DE NACIMIENTO: 07/08/1965 LUGAR DE NAC: Huancabamba / Perú
 SEXO: M. ESTADO CIVIL: Soltero GRADO DE INSTRUCCIÓN: Secundaria Completo
 OCUPACIÓN: Conductor CATEGORÍA: AIB
 MOTIVO DEL EXAMEN: Licencia de Conducir FECHA DE EXAMEN: 03/07/2023
 DIRECCIÓN: Sc. Alameda Olmedo Corderos Infantes 112 - Bellavista
 TELÉFONO: 951 986 301 NIVEL DE INTELIGENCIA (Conocido o estimador): 60
 HORA INICIO: 01:57 pm HORA TÉRMINO: 02:07 pm EXAMINADO POR: P. Domitila Ríos

LÁMINA	Reproducción correcta	VALORACIÓN DE ERRORES						TOTAL ERRORES	
		Omisión	Distorsión	Perseverancia	Rotación	Desplazamiento	Tamaño	Derecha	Izquierda
<i>I</i>	<input checked="" type="checkbox"/>		✓						
<i>II</i>	<input checked="" type="checkbox"/>								
<i>III</i>	<input checked="" type="checkbox"/>								
<i>IV</i>	<input checked="" type="checkbox"/>								
<i>V</i>	<input checked="" type="checkbox"/>								
<i>VI</i>	<input checked="" type="checkbox"/>								
<i>VII</i>	<input checked="" type="checkbox"/>								
<i>VIII</i>	<input checked="" type="checkbox"/>								
<i>IX</i>	<input checked="" type="checkbox"/>								
<i>X</i>	<input checked="" type="checkbox"/>								
TOTALES									
	TOTALES ERRORES:								

REPRODUCCIONES CORRECTAS: "ESPERADAS" OBTENIDAS DIFERENCIA

VALORACION DE ERRORES: "ESPERADAS" OBTENIDAS DIFERENCIA

Eduardo Bruno Curio

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD



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

1

NOMBRES Y APELLIDOS

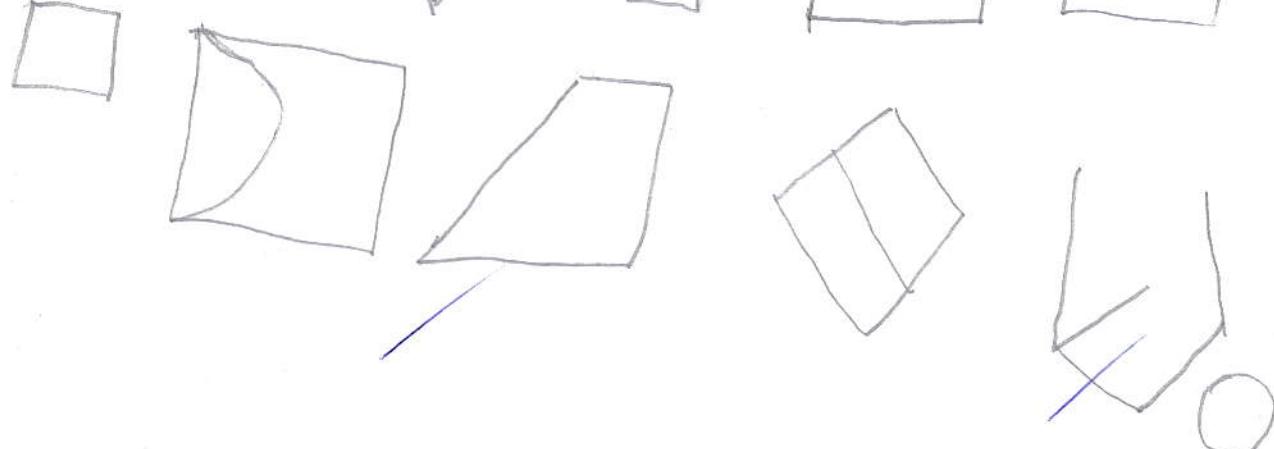
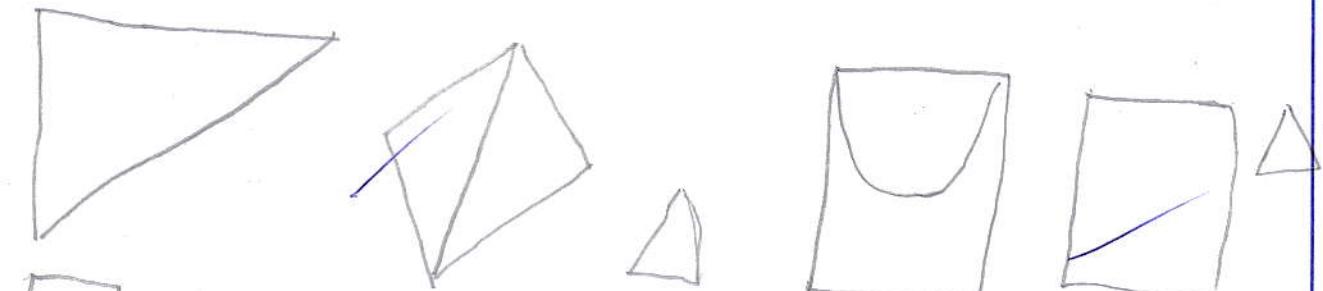
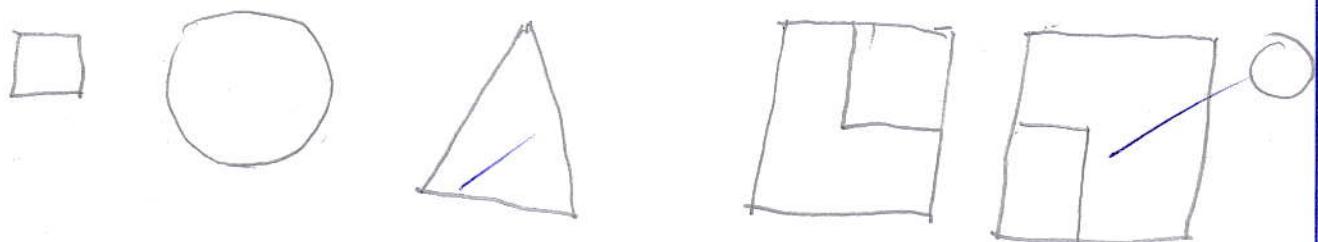
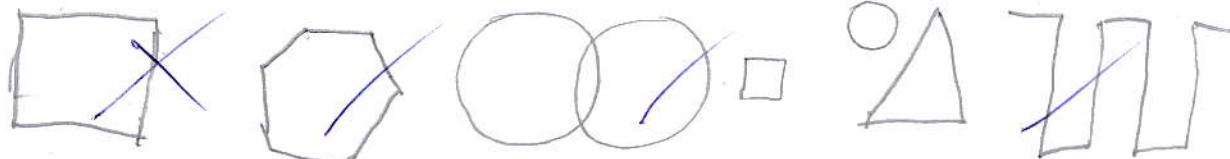
Elautero Bruno Cunia

DNI

03229454

FECHA

03 07 23



FIRMA Y HUELLA DIGITAL DEL POSTULANTE



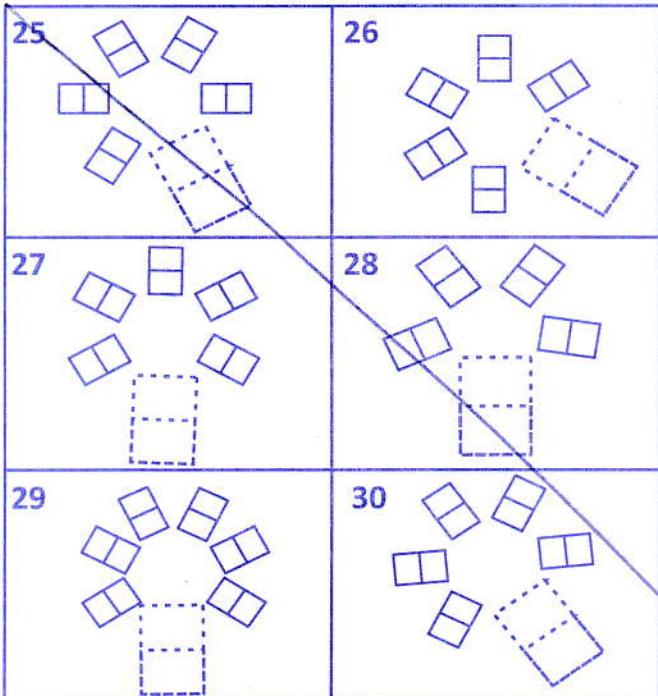
Lic. Domitila Ríos Lavi
PSICÓLOGA
INTESA
FIRMA DEL EVALUADOR

Test de Dominios (Anstey)

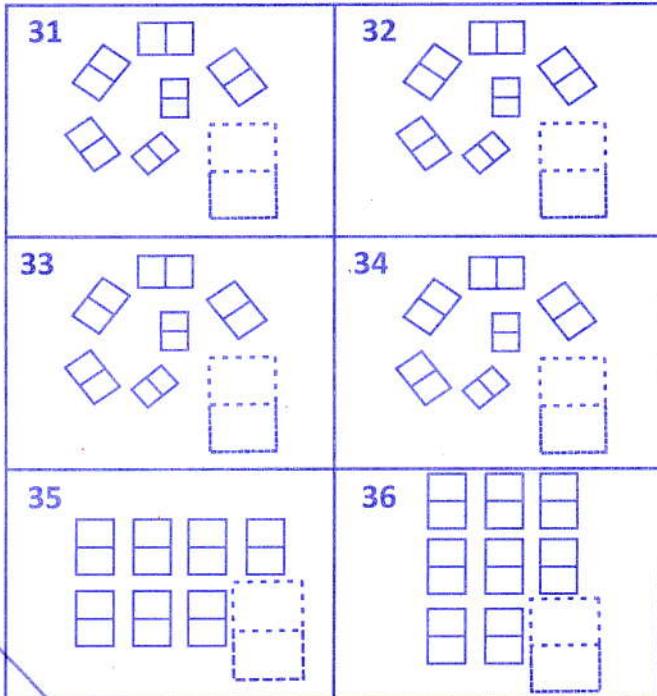
D.N.I. 0 3229454

Nombre:	Elauterio Bruno Canio						Escolaridad:	Secundaria Completa	PD:	17	
Fecha de Nacimiento:	07	08	1965	Fecha de Hoy:	03	07	23	Estado Civil:	Soltero	Edad: 58	Pc: 60
Sexo:	M	Lugar de Nacimiento:	Huancabamba	G. de instrucción:	Secundario	Ocupación:	Conductor	Rango:	III		
Motivo del examen:	Pertenencia de Conducir						Fecha de examen:	03/07/2023	Categoría:	A II B	
Dirección:	Sra. Plomed Olmedo Cordobas, Infantes 112 - Bellavista										
Teléfono:	951 986 301			Hora inicio:	02:07 p.m		Hora término:	02: 25 p.m			
Administración:	Individual <input checked="" type="checkbox"/>	Colectiva <input type="checkbox"/>	test <input type="checkbox"/>	Retest <input type="checkbox"/>	Diagnóstico:						

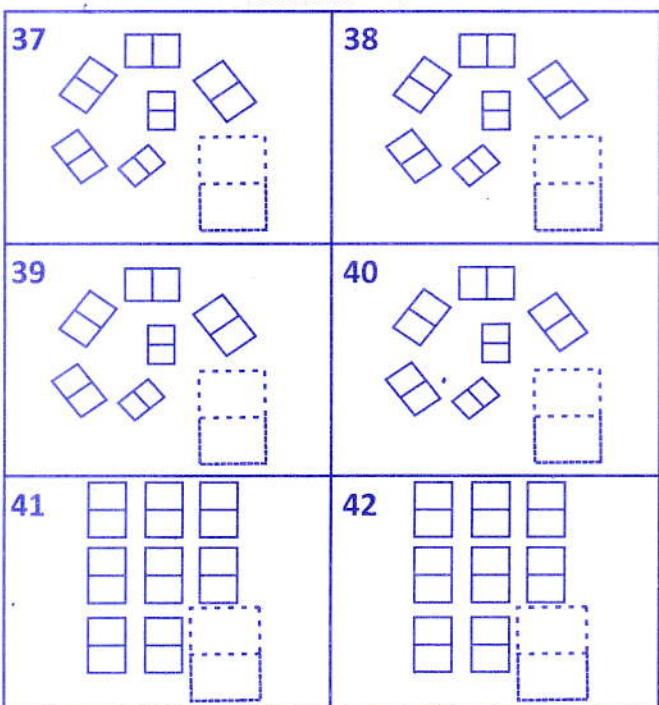
PÁGINA 5



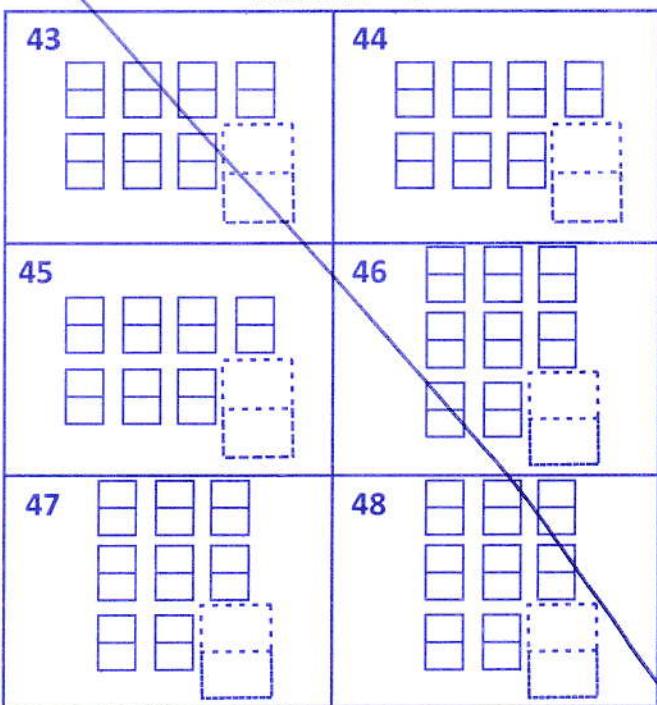
PÁGINA 6



PÁGINA 7



PÁGINA 8



Firma y Huella Digital del Postulante

 Firma y sello del Psicólogo del Evaluador
 PSICOLOGO
CINTESA
 COP 32781

HOJA DE RESPUESTAS EJEMPLOS

PÁGINA 1

PÁGINA 2

PÁGINA 3

PÁGINA 4


Firma y Huella Digital del Postulante




Firma y Sello Electrónico del Evaluador
INTESA
COP 32761

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

Hora Inicio: 02:25 pm Hora Termino: 02:35 pm
 NOMBRES Y APELLIDOS: Elauterio Bruno Cunio / Edad: 58 / F.N.: 07-08-1965
 Sexo: Masculino DNI: 03829459 G. Inst: Secundaria Completa FECHA: 03 07 22

	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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	21.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	40.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	22.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	41.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	23.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	42.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	24.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	43.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	25.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	44.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	26.	<input checked="" type="radio"/>	<input 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	47.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
10.	<input type="radio"/>	<input checked="" 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	50.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	32.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	51.	<input type="radio"/>	<input checked="" 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 type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	34.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	53.	<input checked="" type="radio"/>	<input 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 type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	56.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	38.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	57.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

N: 9

E: 16

L: 2

Elauterio Bruno Cunie

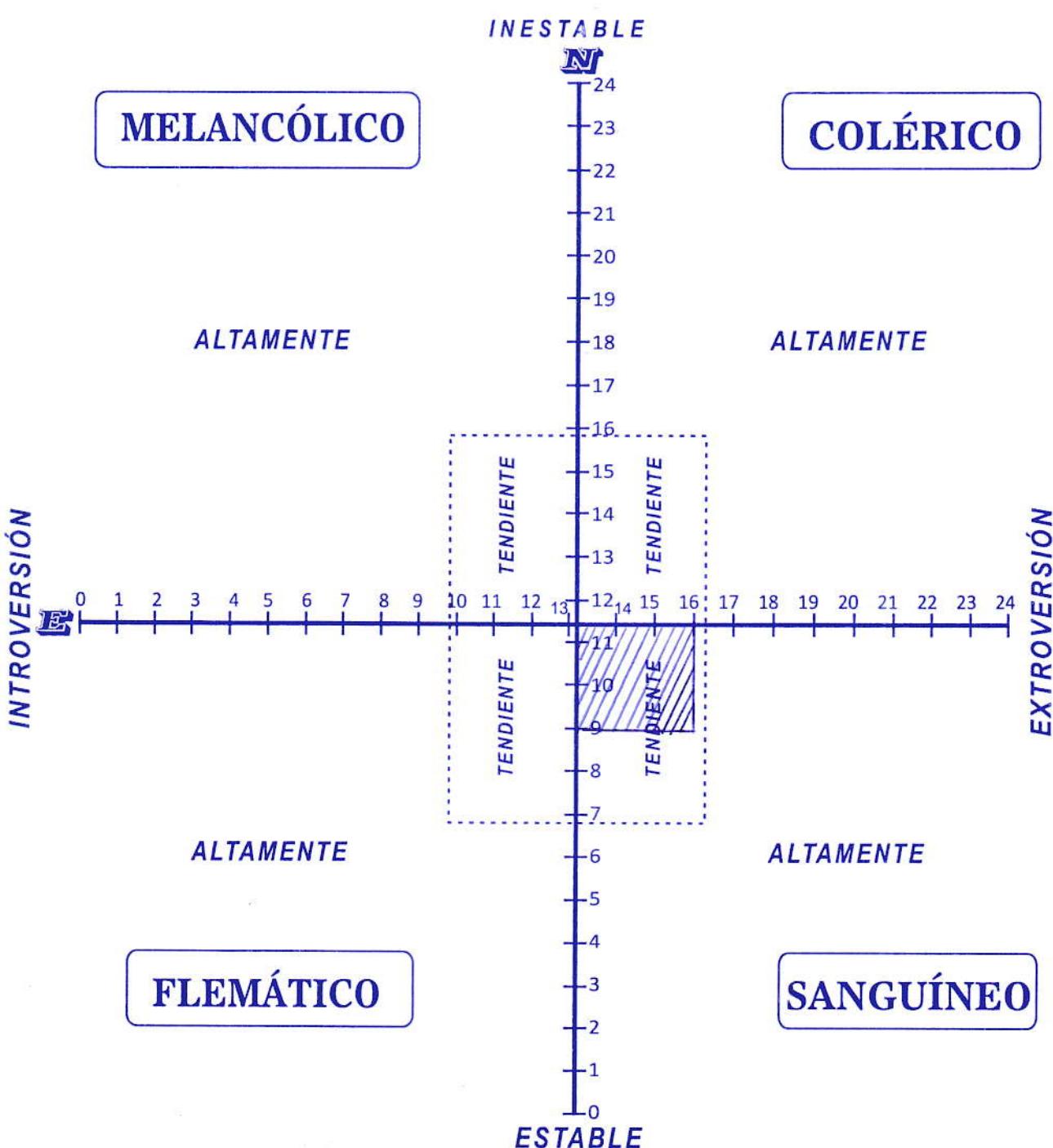


Dentro
 Lic. Domitila Rios Lavi
 PSICÓLOGA
 INTESA
 COP 32761

TABLA DE CALIFICACIÓN EYSENK & EYSENCK

$$\textbf{L} = \begin{cases} \text{Individual.. 4} \\ \text{Grupal: 3.80} \end{cases}$$

$$\textbf{E} = \begin{cases} X=13.24 \text{ D.S.=3.10(10.14 - 16.34)} \\ \textbf{N} = \begin{cases} X=11.24 \text{ D.S.=4.44(6.90 - 15.78)} \end{cases} \end{cases}$$



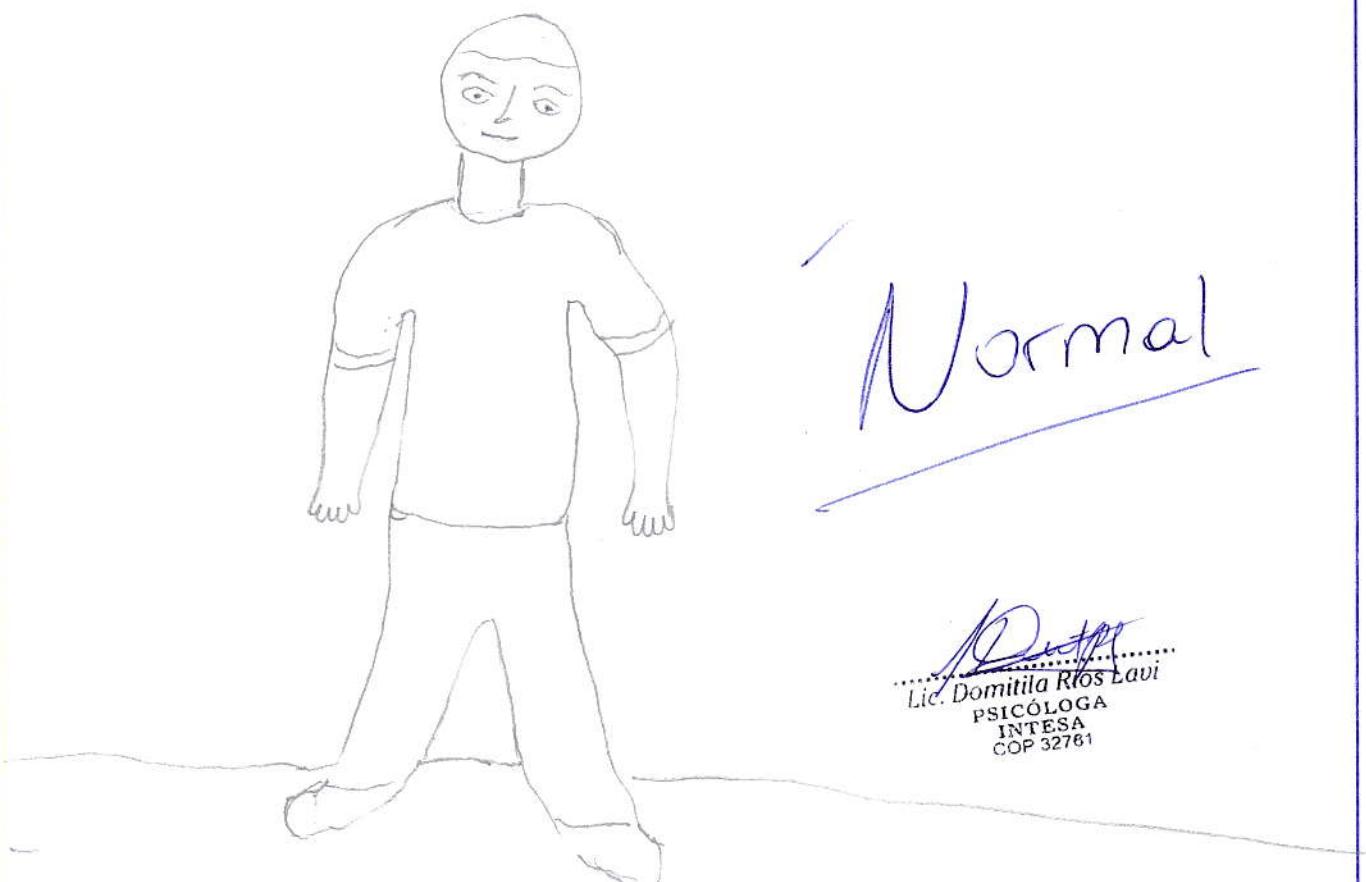
DIAGNÓSTICO: Temperamento Sanguíneo - Tendencia a lo Extroversión.

Firma y Huella Digital del Postulante

Lic. Domitila Ríos Lavi
 PSICOLOGA
 CINTESA
 COP 32781

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**TEST DE LA FIGURA HUMANA – MACHOVER**NOMBRES Y APELLIDOS *Eduardo Bruno Cunia*EDAD **58** Años DNI **03229454** SEXO **M** F FECHA DE NAC. **07 08 65**ESTADO CIVIL **Soltero** OCUPACIÓN **Conductor** GRADO DE INST. **Secundaria Completa**CATEGORÍA **AII3** NUEVO REVALIDACIÓN **Y** RE CATEGORIZACIÓN FECHA DE EVALUACION **03 07 23** HORA DE INICIO **02:35 p.m.** HORA DE TÉRMINO **02:40 p.m.**

Lic. Domitila Ríos Lavi
PSICÓLOGA
INTESA
COP 32761

Eduardo Bruno Cunia
Firma y Huella Digital del
Postulante



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

TEST DE ALCOHOLISMO (TEST AUDIT)

FECHA

03 07 23

Hora Inicio: 02:40pm

Hora Termino: 02:45 pm

Calculadora de alcoholometría

Nombre: Eleuterio Bruno Cunia		EDAD: 58	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
DNI: 03229454	F. NAC: 07/08/1965	GRADO DE INST.: Secundaria C.	OCCUPACIÓN: Conductor
COMIENZA EL TEST:			
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? <input checked="" type="radio"/> nunca <input type="radio"/> 1 ó menos veces al mes <input type="radio"/> De 2 a 4 veces al mes <input type="radio"/> De 2 a 3 veces a la semana <input type="radio"/> De 4 o más veces a la semana			
2. ¿Cuántas TRAGOS de alcohol suele consumir en un día de consumo normal? <input checked="" type="radio"/> 1 ó 2 <input type="radio"/> 3 ó 4 <input type="radio"/> 5 ó 6 <input type="radio"/> 7, 8 ó 9 <input type="radio"/> 10 ó mas			
3. ¿Con qué frecuencia tomas 5 o más TRAGOS en un solo día? <input checked="" type="radio"/> nunca <input type="radio"/> Menos de una vez al mes <input type="radio"/> mensualmente <input type="radio"/> semanalmente <input type="radio"/> 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	
Hombres 5 puntos a mas Mujeres 4 puntos a mas		Consumo de riesgo Continue en las preguntas 4 a 10	
Puntaje AUDIT-C 0			
4. ¿En el curso del último año ¿con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado? <input checked="" type="radio"/> nunca <input type="radio"/> Menos de una vez al mes <input type="radio"/> mensualmente <input type="radio"/> semanalmente <input type="radio"/> A diario o casi a diario			
5. ¿En el curso del último año ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba? <input checked="" type="radio"/> nunca <input type="radio"/> Menos de una vez al mes <input type="radio"/> mensualmente <input type="radio"/> semanalmente <input type="radio"/> A diario o casi a diario			
6. ¿En el curso del último año ¿con qué frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? <input checked="" type="radio"/> nunca <input type="radio"/> Menos de una vez al mes <input type="radio"/> mensualmente <input type="radio"/> semanalmente <input type="radio"/> A diario o casi a diario			
7. ¿En el curso del último año ¿con qué frecuencia ha tenido remordimiento o sentimiento de culpa después de beber? <input checked="" type="radio"/> nunca <input type="radio"/> Menos de una vez al mes <input type="radio"/> mensualmente <input type="radio"/> semanalmente <input type="radio"/> A diario o casi a diario			
8. ¿En el curso del último año ¿con qué frecuencia ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? <input checked="" type="radio"/> nunca <input type="radio"/> Menos de una vez al mes <input type="radio"/> mensualmente <input type="radio"/> semanalmente <input type="radio"/> A diario o casi a diario			
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido por que usted había bebido? <input checked="" type="radio"/> nunca <input type="radio"/> Menos de una vez al mes <input type="radio"/> mensualmente <input type="radio"/> semanalmente <input type="radio"/> 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 dejese beber? <input checked="" type="radio"/> nunca <input type="radio"/> Menos de una vez al mes <input type="radio"/> mensualmente <input type="radio"/> semanalmente <input type="radio"/> A diario o casi a diario			
0 a 7 puntos 8 a 15 puntos 16 puntos a mas		Consumo de bajo riesgo Consumo de bajo riesgo Posible consumo	
		Realice una inversión mínima Realice una intervención breve Realice una derivación Asistida para evaluación completa y una interve. Breve	
Puntaje AUDIT-C -			
RESULTADOS: APTO			
		 Lic. Domitila Ríos Lavi PSICOLOGA INTESA COP-82761 Firma y sello del Responsable del Evaluador	
 Firma y Huella Digital del Postulante			

SCL - 90 -R

FECHA:	03/07/2023	NOMBRES Y APELLIDOS:	Eduardo Bruno Cunio	DNI:	03229454
EDAD:	58 a.	GRADO DE INSTRUCCIÓN:	Secundaria Completa	SEXO:	M
CATEGORIA:	A II B	HORA DE INICIO:	02:45 p.m	F.NACIMIENTO:	07/08/1965
				HORA DE TERMINO:	03:00 p.m

A continuación te presentamos una lista de problemas. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una (x) en la casilla correspondiente, pensado 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		x		
10	Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.	x		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	Tremblores 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 atrapada/o 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				

Eduardo Bruno Cunio
 Lic. Domitila Ríos Lavi
 PSICOLOGA
 INTESA
 COP 32761

¿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 destrozar 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				
71	Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo		X	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

El autor de este informe

Lic. Domitila Ríos Lavi
PSICÓLOGA
INTESA
COP.32761

SOM: 35 HOS: 65
OBS: 50 FOB: 50
S.I.: 50 PAR: 50
DEP: 50 PSIC: 35
ANS: 50



