

**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****Nº de Informe :** 2023-0970-0000152**Fecha del Informe :**

22/04/2023 10:42:27 AM

**EVALUACIÓN MÉDICA****Fecha de Inicio :** 22/04/2023 08:28:30 AM**FICHA REGULAR****Fecha de Término** 22/04/2023 10:41:34 AM**INFORMACIÓN DEL EVALUADO****Apellido Paterno :** CASTILLO**Tipo Documento :** DNI**Apellido Materno** JIMENEZ**Número Documento** 40682917**Nombres :** JULIO CESAR**Fecha Nacimiento :** 01/06/1980**Grupo sanguíneo y factor RH** O+**CLASE, CATEGORÍA Y TRÁMITE****Clase y Categoría** A I**Trámite :** Revalidación**PROFESIONALES MÉDICOS QUE PARTICIPARON EN LA EVALUACIÓN MÉDICA: (FIRMA Y SELLO)**

*Domitila Rios Lavi*  
Lic. Domitila Rios Lavi  
PSICÓLOGA  
INTESA  
COP 32781  
Psicólogo

*VK*  
DR. VICTOR KEVIN MENA PALOMINO  
MÉDICO EVALUADOR  
CMP 092554  
CENTRO PREVENTIVO DE SALUD  
INTESA  
Oftalmológico  
MENA PALOMINO VICTOR KEVIN

*VK*  
Toxicológico  
DR. VICTOR KEVIN MENA PALOMINO  
MÉDICO EVALUADOR  
CMP 092554  
CENTRO PREVENTIVO DE SALUD  
INTESA  
Otorrinolaringológico  
MENA PALOMINO VICTOR KEVIN

*Alexis Germain Salazar Llontop*  
CENTRO PREVENTIVO DE SALUD  
Dr. Alexis Germain Salazar Llontop  
EVALUADOR  
SALAZAR LLONTOP ALEXIS  
GERMAIN

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

Examen de Sangre: 22/04/2023 08:29:19 AM - 22/04/2023 08:35:52 AM  
Examen Psicológico: 22/04/2023 08:39:44 AM - 22/04/2023 09:44:26 AM  
Examen Oftalmológico: 22/04/2023 09:45:55 AM - 22/04/2023 10:02:10 AM  
Examen Otorrinolaringológico: 22/04/2023 10:02:48 AM - 22/04/2023 10:21:13 AM  
Examen Clínico: 22/04/2023 10:22:34 AM - 22/04/2023 10:41:34 AM

**DICTAMEN****APTO****RESTRICCIONES**

CON LENTES

**OBSERVACIONES DEL DIRECTOR**

USO DE CORRECTOR VISUAL

Huella Digital del  
Evaluado



*Julio Cesar*  
Evaluado  
CASTILLO JIMENEZ JULIO CESAR

*AG*  
ALEXIS GERMAIN SALAZAR LLONTOP  
DIRECTOR MÉDICO  
INTESA  
CMP 49489  
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

**Nº de Informe :** 2023-0970-0000152

**Fecha del Informe :** 22/04/2023 10:42:27 AM

#### EVALUACIÓN MÉDICA

#### FICHA REGULAR

**Fecha de Inicio :** 22/04/2023 08:28:30 AM

**Fecha de Término :** 22/04/2023 10:41:34 AM

#### DATOS DEL POSTULANTE

**Tipo de Documento** DNI

**Número de Documento** 40682917

**Apellido Paterno** CASTILLO

**Apellido Materno** JIMENEZ

**Nombres** JULIO CESAR

**Fecha Nacimiento :** 01/06/1980

**Sexo :** MASCULINO

**Dirección :** CALLE SALAZAR BONDI URB COVIMA H 32-LA MOLINA-LIMA-LIMA

#### CLASE, CATEGORÍA Y TRÁMITE

**Clase y Categoría** A I

**Trámite:** Revalidación

#### 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	Psicomotricidad:	Apto
Psicopatología:	Apto	Inteligencia:	

###### DIAGNOSTICO DEL RESPONSABLE

**OBSERVACIONES:** NINGUNA

**RESULTADO EXAMEN:** Apto

##### 3. EXAMEN OFTALMOLÓGICO

Agudeza Visual: Apto

SC: OD: 50 OI: 50 CC: OD: 20 OI: 30

Oftalmoscopía (F. de Ojo): Apto

Esteropsis: Apto

Visión Nocturna: Apto

Campimetria: Apto

Visión de Colores: Apto

Diplopia: Apto

Encandilamiento: Apto

Rec. Encandilamiento: Apto

Motilidad Ocular: Apto

###### DIAGNOSTICO DEL RESPONSABLE

**OBSERVACIONES:** USO DE CORRECTOR VISUAL

**RESULTADO EXAMEN:** Apto

**RESTRICCIONES:** CON LENTES

**4. EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO**

Examen Externo: Apto  
Audiometría (OD): 10 Apto      Audiometría (OI): 10 Apto  
Otoscopía: Apto

**DIAGNOSTICO DEL RESPONSABLE**

OBSERVACIONES: NINGUNA

RESULTADO EXAMEN: Apto

RESTRICCIONES:

**5. EXAMEN CLÍNICO DE MEDICINA GENERAL****a) RESERVA CARDIO - RESPIRATORIA**

Pulso: 74 Apto  
Presión Arterial Diástolica: 62 Apto  
Presión Arterial Sistólica: 114 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

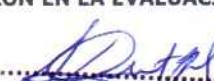
**DIAGNOSTICO DEL RESPONSABLE**

OBSERVACIONES: USO DE CORRECTOR VISUAL

RESULTADO EXAMEN: Apto

RESTRICCIONES:

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

  
Lic. Domitila Rios Lavi  
PSICÓLOGA  
INTESA  
COP 32761

Toxicológico

  
Dr. VÍCTOR KEVIN MENA PALOMINO  
MEDICO EVALUADOR  
CMP 092554  
CENTRO PREVENTIVO DE SALUD  
INTESA

Oftalmológico

MENA PALOMINO VICTOR KEVIN

  
DR. VÍCTOR KEVIN MENA PALOMINO  
MEDICO EVALUADOR  
CMP 092554  
CENTRO PREVENTIVO DE SALUD  
INTESA  
Oftalmológico  
MENA PALOMINO VICTOR KEVIN

  
CENTRO PREVENTIVO DE SALUD INTESA  
Dr. ALEXIS G. Salazar Llontop  
MEDICO EVALUADOR  
Clínico 189  
SALAZAR LLONTOP ALEXIS  
GERMAIN

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

Examen de Sangre: 22/04/2023 08:29:19 AM - 22/04/2023 08:35:52 AM  
Examen Psicológico: 22/04/2023 08:39:44 AM - 22/04/2023 09:44:26 AM  
Examen Oftalmológico: 22/04/2023 09:45:55 AM - 22/04/2023 10:02:10 AM  
Examen Otorrinolaringológico: 22/04/2023 10:02:48 AM - 22/04/2023 10:21:13 AM  
Examen Clínico: 22/04/2023 10:22:34 AM - 22/04/2023 10:41:34 AM

**DICTAMEN**

**APTO**

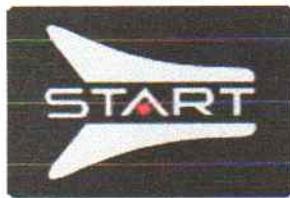
**RESTRICCIONES**

CON LENTES

OBSERVACIONES DEL DIRECTOR

USO DE CORRECTOR VISUAL

.....  
ALEXIS GERMAIN SALAZAR LLONTOP  
DIRECTOR MÉDICO  
INTESA  
DCEMP 48483  
SALAZAR LLONTOP ALEXIS  
GERMAIN



## Examen Psicosensométrico

Nombre de la empresa

Direccion

Fecha Inicio:	2023/04/22	Fecha Termino:	
<b><u>Datos Postulante</u></b>			
Nombres:	JULIO CESAR	Apellidos:	CASTILLO JIMENEZ
Número de Documento:	40682917	Sexo:	MASCULINO
Fecha de Nacimiento:	1/06/1980	Edad:	42
Estado Civil:	CASADO/A	Ocupación:	INGENIERO
País:	PERU	Dpto:	SAN MARTIN
Grado Instrucción:	UNIVERSITARIO	Provincia:	RIOJA
Teléfono:	Email:		
Tipo Evaluación:	LICENCIA DE CONDUCIR - REVALIDACIÓN / A-I / NO PROFESIONAL		
Dirección:	JR REIMONDI 802		
Observaciones:			

### Psicotécnicos

#### Test de Palanca:

Errores:	7	Tiempo en Error:	0.98
Tiempo:	00 min 14 seg	Intentos Prueba:	1
Resultado:	APROBADO		

#### Test de Punteado:

Aciertos:	44	Permanencia:	7.06
Errores:	9		
Tiempo Prueba:	34 seg	Intentos Prueba:	3
Resultado:	APROBADO		

#### Test de Reacción:

Intento 1:	0.34	Intento 2:	0.33
Intento 3:	0.36	Intento 4:	0.32
Intento 5:	0.30	Intento 6:	0.32
Intento 7:	0.35	Intento 8:	0.32
Intento 9:	0.34	Intento 10:	0.42
Promedio:	0.34	Tiempo Total:	3.40
Intentos:	10		
Tiempo Prueba:	01 min 08 seg	Intentos Prueba:	2
Resultado:	APROBADO		

### Visión

TIEMPO DURACIÓN: 03 min 35 seg

#### Agudeza Visual:

Izquierdo:	20/30	Derecho:	20/30
Ambos:	20/30		
Resultado:	APROBADO		
<u>Señales Transito:</u>	<u>Resultado:</u>	APROBADO	
	Figura 3:	Si - 30%	Figura 6: Si - 50%
	Figura 11:	Si - 70%	
<u>Colores:</u>	<u>Resultado:</u>	APROBADO	
	Intento 1:	1 - A (ROJO)	Reconoció: Si
	Intento 2:	1 - B (AMARILLO)	Reconoció: Si
	Intento 3:	1 - C (BLANCO)	Reconoció: Si
	Intento 4:	1 - D (VERDE)	Reconoció: Si
	Intento 5:	1 - E (AZUL)	Reconoció: Si
<u>Foria:</u>	<u>Resultado:</u>	APROBADO	
	Fila - Columna:	B - 6	
<u>Estereopsis:</u>	<u>Resultado:</u>	APROBADO - (8) 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 No	
<u>Visión Nocturna:</u>	<u>Resultado:</u>	APROBADO - Calibración a 0.5 CD	
<u>Encandilamiento:</u>	<u>Resultado:</u>	APROBADO - Calibración a 45 CD	
<u>Tiempo de Recuperación:</u>	<u>Resultado:</u>	APROBADO - Tiempo: 1:43	
<u>Campimetria:</u>	<u>Resultado:</u>	APROBADO	
	Ojo Izquierdo:	80°	Ojo Derecho: 70°

### Audio

Audímetro: Sin Resultados




  
 DR. VICTOR KEVIN MENA PALOMINO  
 MÉDICO EVALUADOR  
 CMP 092554  
 CENTRO PREVENTIVO DE SALUD  
**CINTESA**

HISTORIA CLÍNICA Nº : 40682917 N° FICHA: 2596

APELLIDOS Y NOMBRES: CASTILLO JIMENEZ JULIO CESAR

EMPRESA : LICENCIA/PARTICULAR

OCCUPACIÓN : INGENIERO QUÍMICO

FECHA: 19 de Abril de 2023

EDAD: 42 SEXO : M

TIEMPO DE TRABAJO: 0

**APRECIACIÓN DEL RUIDO**

Ruido muy intenso	-	Tapones	X
Ruido moderado	...	Orejeras	-
Ruido no molesto	-	Otro	-
TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL RUIDO - TOTAL PONDERADO EN 8 Hrs/día :		8	Otro

Pre-ocupacional -

Periódica -

Retiro -

Otro -

**ANTECEDENTES**

Consumo de Tabaco -  
 Servicio Militar -  
 Hobbies con exposición a ruido -  
 Exposición laboral a químicos -  
 Infección al oído -  
 Uso de ototóxicos -

SI

NO

**SINTOMAS**

SI

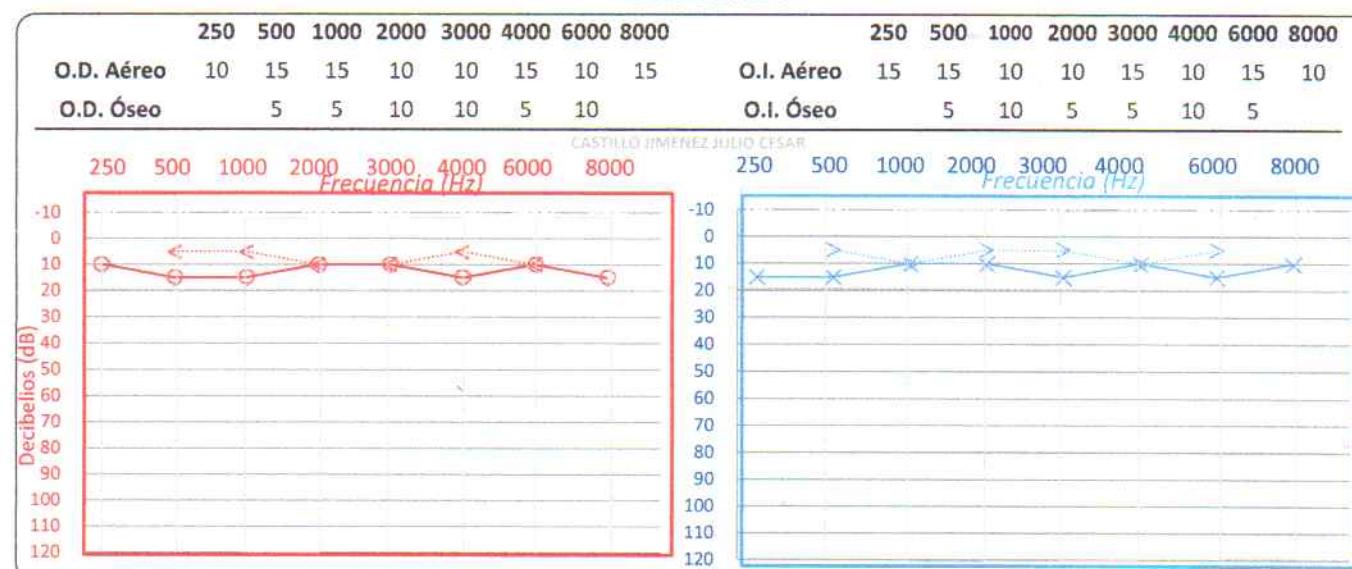
NO

Disminución de la audición -  
 Dolor de oídos -  
 Zumbidos -  
 Mareos -  
 Infección al oído -  
 Otra -

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

OBSERVACIÓN : 0

**AUDIOGRAMA**



AUDIOMETRIC MARCA: Amplivox

MODELO: 260

SERIE: 10118

PROCEDENCIA: Reino Unido

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

CALIBRACIÓN BIOLÓGICA: miércoles, 19 de Abril de 2023

CONCLUSIONES:

0

*Julio Cesar*



RECOMENDACIONES:

0

*V. Palomino*  
 DR. VICTOR KEVIN MENA PALOMINO  
 MÉDICO EVALUADOR  
 CMP 092554  
 CENTRO PREVENTIVO DE SALUD  
**CINTESA**

Firma y sello

\* Lectura de audiometría con metrada en la Knockoff

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

**EVALUACION MÉDICA**

Fecha de Inicio **22/04/23**  
 Hora de Inicio **08:28 am**

Fecha de Termino **22/04/23**  
 Hora de Termino **10:47 am**

**DATOS DEL POSTULANTE**

Tipo de documento DNI - C. EXT **DNI** N° documento **40682917**  
 Ap. Paterno **Castillo** Ap. Materno **Jiménez**  
 NOMBRE **Julio Cesar**  
 Fecha de Nacimiento **01/06/80**  
 ESTADO CIVIL **Casado** SEXO **M** EDAD **42** TELEFONO **945 971776**  
 GRADO DE INSTRUCCIÓN **Sup. Universitario** OCUPACIÓN **Ing enero.**  
 NUEVA **Revalidación**  Recategorización **Categoría** **AI**  
 No Profesional **Profesional**   
 DIRECCION **Jr Raimondi 802 Rioja - San Martín.**


FIRMA DEL POSTULANTE  
 LICENCIA DE CONDUCIR

**I. ANALISIS DE LABORATORIO**

1. Examen toxicológico Hora de Inicio **08:29 am**  
 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 Termino **08:35 am** APTO **O** NO APTO

LIDIA CAPUNAY GONZALEZ  
 CBP 5991  
 BIOLOGA-MICROBIOLOGA

Firma y Huella Digital del Postulante



## II. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

## Anamnesis

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

 N° Accidentes  Ninguno

## Accidentes Psicopatológico

## Personales:

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

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

## A. Equipo Psicométrico

Test de Palanca	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	(+) (-) (Profesional)
Test de Reactímetro	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	(+) (-) (Profesional)
Test de punteo	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	(+) (-) (Profesional)

## B. Pruebas o Sub Test

Diseño de Cubos (Weschler)	<input type="checkbox"/>	(+) (-) (No profesional/profesional)
Benton forma C	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	(+) (-)

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

A. Test Matrices Prog. De RAVEN	<input type="checkbox"/>	(+) (-)
B. Test de Dominós Anstey	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	(+) (-) (No profesional/profesional)
C. Test de Otis (abreviado)	<input type="checkbox"/>	(+) (-)

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

A. Test Proy. Karen Macnover	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	(+) (-)
B. NPF o Test de los 4 Temperamentos	<input type="checkbox"/>	(+) (-)
C. Inventario personalidad Eysenck	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	(+) (-)

## 4. Rasgos Psicopatológicos (completar A mas B,C o D de acuerdo a evaluación realizada)

A. Test de AUDIT	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	(+) (-)
B. Cuestionario de inventario de cambios de personalidad Neurológicas (NECHAPI)	<input type="checkbox"/>	(+) (-)
C. test de la persona con Arma (Sumada a una estructurada)	<input type="checkbox"/>	1/Modificado
SCL - 90 - R.	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	(+) (-)

## RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION PSICOLOGICA

 Hora Termino:  09:44 am

 APTO 

 NO APTO 

Observaciones: Ninguna.

  
 Lic. Domitila Ríos Lavi  
 PSICÓLOGA  
 INTESA  
 COP 32751

  
 Julio César  
 Firma y Huella Digital del  
 Postulante



## I. EVALUACIÓN VISUAL

**Hora Inicio :** 09:45 am

1. Agudeza visual  
S/C OD **50** OI **50** C/C OD **30** OI **20** (+) (-)

2. Vision de Profundidad Resultados	Apto	(+) (-)
3. Vision de colores Resultados	Apto	(+) (-)
4. Balance Muscular Resultados	Apto	(+) (-)
5. Vision nocturna Resultados	Apto	(+) (-)
6. Encandilamiento Resultados	Apto	(+) (-)
7. Campo Visual Resultados	Apto	(+) (-)

## RESULTADO DE LA EVALUACION

**Hora Termino:** 10:02 am

APTO X<sup>no</sup>

NO APTO

### Observaciones:

122 *Acta Palaeobiologica*

## 1.2. ANSWER VI

W  
MIUAI  
DR. VICTOR KEVIN MEDICO  
INMANA FALC  
ALUA BOR  
CNP 19554  
SANTO DOMINGO  
CINTE

### **Firma y Huella Digital del Postulante**



## II. EVALUACION AUDITIVA

**Hora Inicio :**

1. Otoscopia	con Aud. Ext.	OD	Normal	OI	Normal	(+) (-)
	Tímpano	OD		OI		(+) (-)
2. Examen Auditivo (Audiometría)						

## Vía Aérea

$$\text{OP} = 0$$

01 = X

200

## Via Usea

UD = <

$$PDT = 500 + 1000 + 2000/3$$

Anexo  
Ficha  
Adiometria

Oído Derecho	NORMAL
Oído Izquierdo	NO RUM
Ambos Oídos	NO RUM

FRECUENCIA (Hz)

Pérdida Auditiva

P

## RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION AUDITIVA

Hora Termino: 10:21 am

Observaciones:

NINGUNA

SIN RUM



APTO

NO APTO

Firma y Huella Digital del Postulante



## I. EVALUACIÓN CLINICA

Hora Inicio

10:22 am

## 1. Anamnesis

Motivo: *Acumulo* *CONFUSIÓN*

## 2. Enfermedades Actuales

Tiempo de enfermedad: *—* Forma inicioCurso: *—*Síntomas principales: *Acumulo*

## 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		✗	
Disneas		✗	
Trastornos del sueño		✗	

Cirugía de revascularización

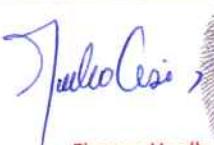
Otras enfermedades del sistema cardio - respiratorio

## 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	✓		
Accidentes isquémico	✓		
Esclerosis lateral amiotrofica	✓		
Enfermedades de Duchenne	✓		
Otras enfermedades del sistema neurológico	✓		
<b>Sistema Hematológico</b>			
<b>1. Enfermedades Metabólicas y Endocrinias</b>			
Hipoglucemia	✓		
Hiperglicemia o Diabetes Mellitus	✓		
Enfermedad Tiroidea	✓		
Enfermedad Paratiroides	✓		
Enfermedad Adrenal	✓		
Trastornos hepáticos	✓		
Sistema hematológico	✓		
<b>Trastornos Hematológicos</b>			
Procesos sometidos a tratamiento quimioterapico	✓		
Policitemia vera y poliglobulias	✓		
Anemia, Leucopenia, Trombocitopenia	✓		
Trastornos de coagulación	✓		
Tratamiento anticoagulante	✓		
Otros trastornos hematológicos	✓		
<b>Sistema Renal</b>			
Nefropatía	✓		
Trastorno Renal	✓		
Insuficiencia Renal	✓		
<b>Otros</b>			
Consumo de alcohol, tabaco (si la respuesta es sí; con qué frecuencia)	✓		
Consumo sustancias toxicas (cocaína, marihuana, drogas sintéticas, si la respuesta es sí, desde cuándo y con qué frecuencia)	✓		
Consumo de medicamentos (especificar nombres de medicamentos, frecuencia y desde cuando los usa)	✓		
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 información puede conllevar consecuencias legales, por lo que asumo la responsabilidad de ello.	✓		  Firma y Huella Digital

**1. Antropometria**Peso **106**Talla **1.80**IMC **32.71****• Sistema cardio – Respiratorio**
 Presión Arterial Sistólica  
 Presión Arterial Diastólica  
 Frecuencia Respiratoria Reposo  
 Frecuencia de Pulso reposo  
 Pulsoximetría  
 Capacidad ventilatoria

 114  
 62  
 20 x/  
 74 b/  
 96 %  
 Común

## 1. Aparato Locomotor

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

CONSERVADO
AUSCONE
AUSCONE
AUSCONE
AUSCONE

## 2. Sistema Neurológico

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

SINERGIA
BAJAMENTO CONSERVADO
AUSCONE
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)

32.71
114/62
II
47 cm.
02
NO

Resultado  valor (+) (-)

## RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION CLINICA

Hora Termino:

APTO

NO APTO

Observaciones:

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD CINTESA  
 Dr. A. Luis G. Salazar Llontop  
 MEDICO EVALUADOR  
 C.M.P. 47129

Firma y Huella Digital del Postulante



## RESULTADO DEL PROCESO

Hora Termino:

APTO

NO APTO

Observaciones:

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD CINTESA  
 Dr. A. Luis G. Salazar Llontop  
 MEDICO EVALUADOR  
 C.M.P. 47129

Firma y Huella Digital del Postulante



## ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

### DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
Casimiro	Timonet	Jairo Casimiro
DNI	40682917	FECHA EVALUACIÓN
RONCA USTED	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

UTILICE LA TABLA DE ABAJO 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? .....0.7.....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)	1
*RECOSTADO EN UN SILLÓN COMODO (EN ESTE MOMENTO)	1
*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
PUNTUACION TOTAL (MAX. 24)	02

### RESULTADO.

00 - 11 ptos: RANGO NORMAL DE SOMNOLENCIA

11 - 14 ptos: SOMNOLENCIA DIURNA LEVE

15 - 18 ptos: SOMNOLENCIA DIURNA MODERADA

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD CINTESA  
 Dr. ALEXIS G. SALAZAR LLONTO  
 MEDICO EVALUADOR  
 MEDICINA GENERAL  
 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: Julio Cesar Castillo Jiménez DNI: 40682917

EDAD: 42 FECHA DE NACIMIENTO: 01/06/1980 LUGAR DE NAC: Sullana / Piura

SEXO: M ESTADO CIVIL: Casado GRADO DE INSTRUCCIÓN: Superior Universitario

OCCUPACIÓN: Ingeniero CATEGORÍA: A1

MOTIVO DEL EXAMEN:  licencia de conducir FECHA DE EXAMEN: 22/04/2023

DIRECCIÓN: Dr. Reimondi N° 802 - Piura

TELÉFONO: 945 971 776 NIVEL DE INTELIGENCIA (Conocido o estimador): 90

HORA INICIO: 08:39 AM HORA TÉRMINO: 08:49 AM EXAMINADO POR: Lic. Domitila Ríos

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:								

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

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

*Julio Cesar*



1

NOMBRES Y APELLIDOS

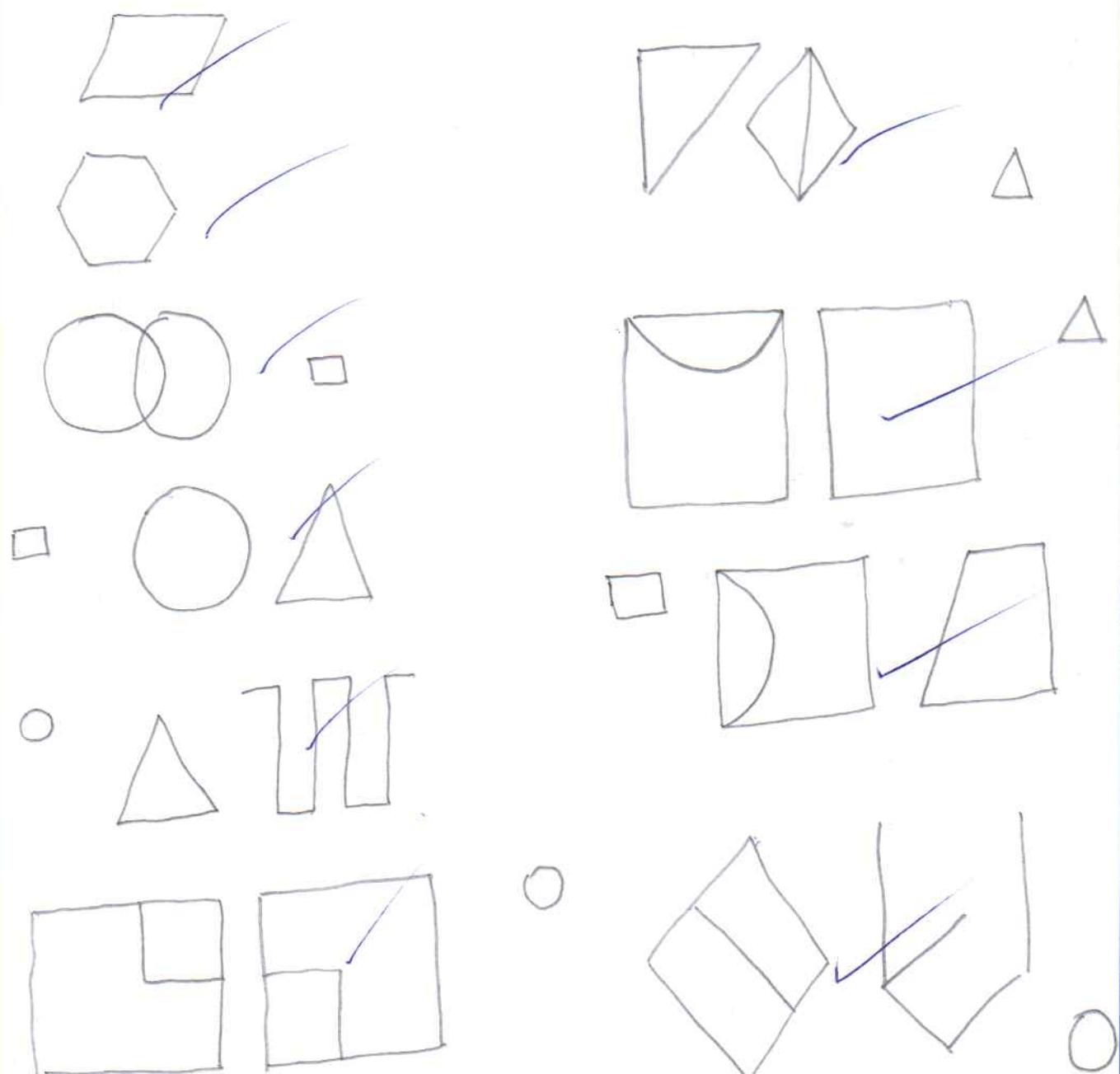
Julio Cesar Castillo Simón

DNI

80688917

FECHA

22 04 23



  
FIRMA DEL POSTULANTE



  
Lic. Domitila Ríos Lavi  
PSICÓLOGA  
CINTESA  
COP 32781

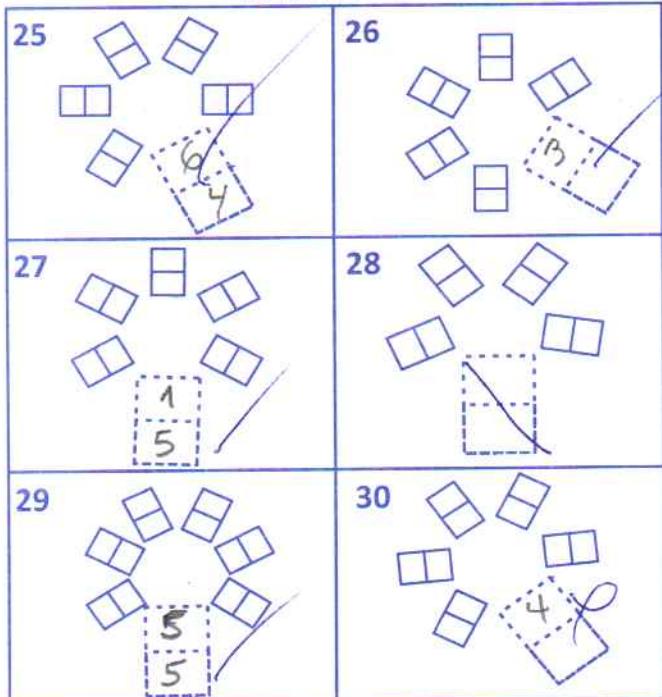
FIRMA DEL EVALUADOR

## Test de Dominios (Anstey)

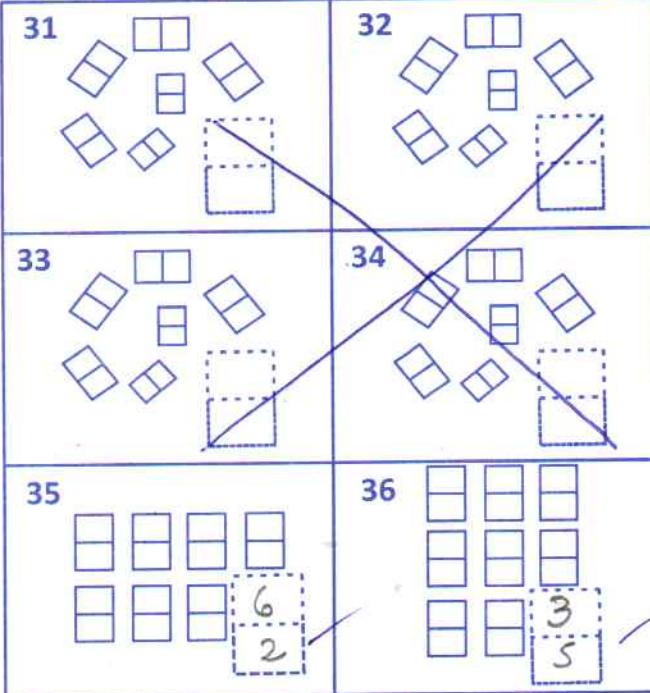
D.N.I. 40682912

Nombre:	Julio Cesar Castillo Jiménez			Escolaridad:	Superior Universitario		PD	30					
Fecha de Nacimiento:	01	06	1980	Fecha de Hoy:	82	04	2023	Estado Civil:	Casado	Edad:	42	Pc	90
Sexo:	♂	Lugar de Nacimiento:	Juliana			G. de instrucción:	Superior		Ocupación:	Ingeniero		Rango:	I
Motivo del examen:	Licencia de Conducir			Fecha de examen:	82/04/2023			Categoría:	A1				
Dirección:	Jr. Raimondi No 802 - Rioja												
Teléfono:	945 971 776			Hora inicio:	08:50 am		Hora término:	09:05 am					
Administración:	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> test <input type="checkbox"/> Retest <input type="checkbox"/> Diagnóstico: <input type="checkbox"/>												

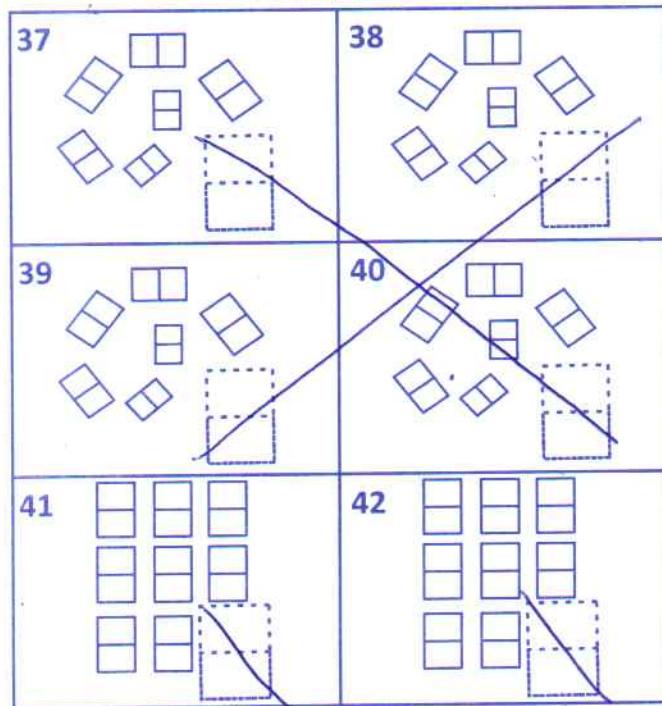
PÁGINA 5



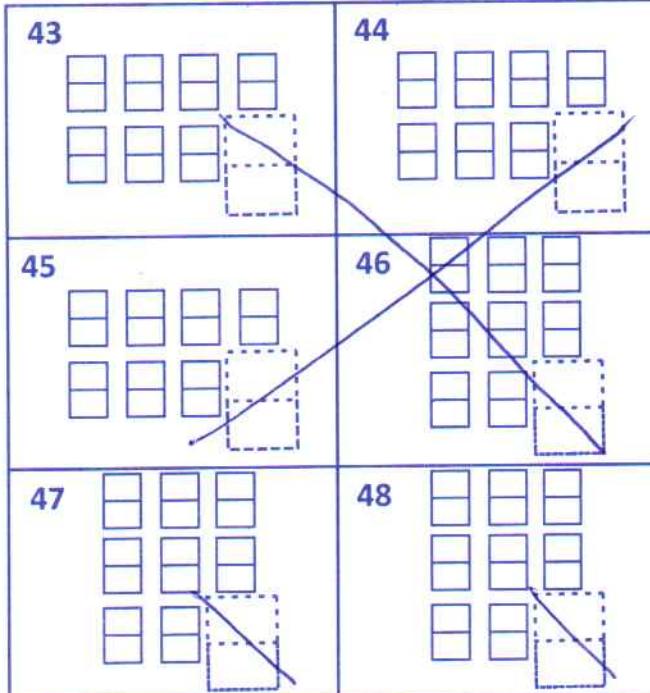
PÁGINA 6



PÁGINA 7

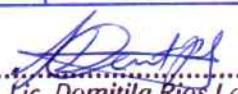


PÁGINA 8



Firma y Huella Digital del Postulante




  
 Lic. Domitila Ríos Lavi  
 PSICOLOGA  
**CINTESA**  
 Firma y sello de identificación del Evaluador  
 COP 32781

**HOJA DE RESPUESTAS  
 EJEMPLOS**

**A**

1		
3		

**B**

	5	
	2	

**C**

	4	
	6	

**D**

		1

PÁGINA 1

PÁGINA 2

**1**

2		
4		

**2**

	6	
	1	

**7**

5			
2			

**8**

			4

**3**

3		
5		

**4**

		2

**9**

2		
6		

**10**

3		
3		

**5**

4		
1		

**6**

3		
6		

**11**

		4

**12**

		5
		1

PÁGINA 3

PÁGINA 4

**13**

2			
3			

**14**

5			
6			

**19**

2		
2		

**20**

1		
5		

**15**

1		
4		

**16**

2		
5		

**21**

4		

**22**

6		
3		

**17**

6		

**18**

1		
4		

**23**

2		
1		

**24**

3		
5		

*J. Salazar*



Firma y Huella Digital del Postulante

*Dormita Rios Lave*  
 Página y Sello del Responsable del Evaluador  
 PSICOLOGA  
 INTESA  
 COP 32761

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Julio Cesar Castillo Jimenez DNI: 40 682917  
 EDAD: 42 FECHA DE NACIMIENTO: 01/06/1980 LUGAR DE NAC: Sullana / Piura  
 SEXO: M ESTADO CIVIL: Casado GRADO DE INSTRUCCIÓN: Superior Universitario  
 OCUPACIÓN: Ingeniero CATEGORÍA: PI  
 MOTIVO: Licencia de Conducir FECHA DE EXAMEN: 22/04/2023  
 DIRECCIÓN: Jr. Reimundi N°802 - Rioja  
 TELÉFONO: 945 771 776

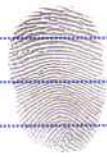
HORA INICIO: 09:05 am HORA TÉRMINO: 09:15 am

	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 checked="" type="radio"/>	<input 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 checked="" type="radio"/>	<input 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 checked="" type="radio"/>	<input 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 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 checked="" type="radio"/>	<input 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	33.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	52.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
15.	<input checked="" type="radio"/>	<input 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	55.	<input type="radio"/>	<input checked="" 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 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: 6

E: 14

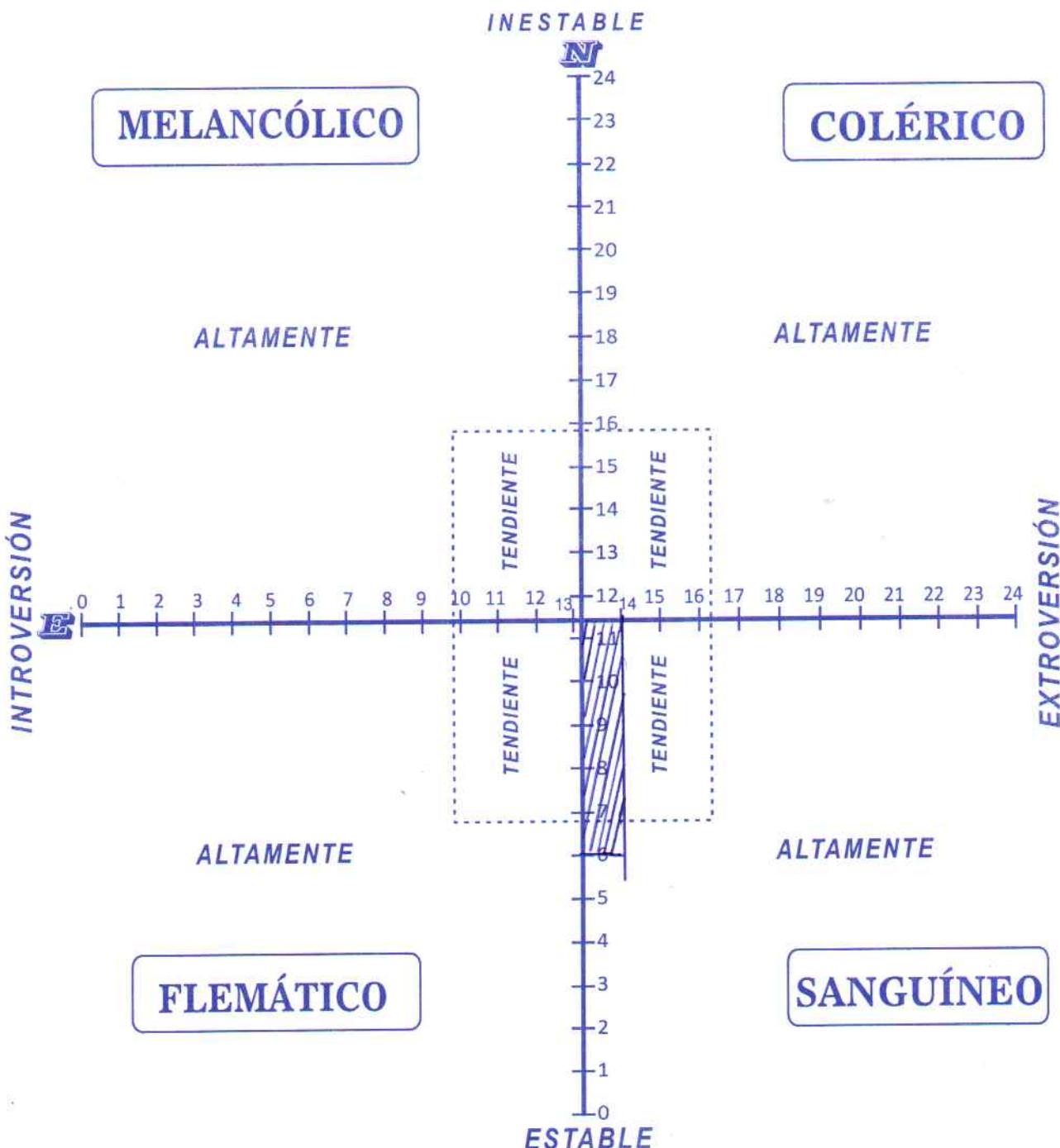
L: 3

  
  
  
 Lic. Domitila Rios Lavi  
 PSICÓLOGA  
 CINTESA  
 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 Sanguíneo - Tendencia a la Extraversión.  
 Estable Emocionalmente.

  
 Firma y Huella Digital del Postulante

  
 Lic. Domitila Ríos Lavi  
 PSICÓLOGA  
**CINTESA**  
 COP 32781

Firma y sellado del Responsable del Evaluador

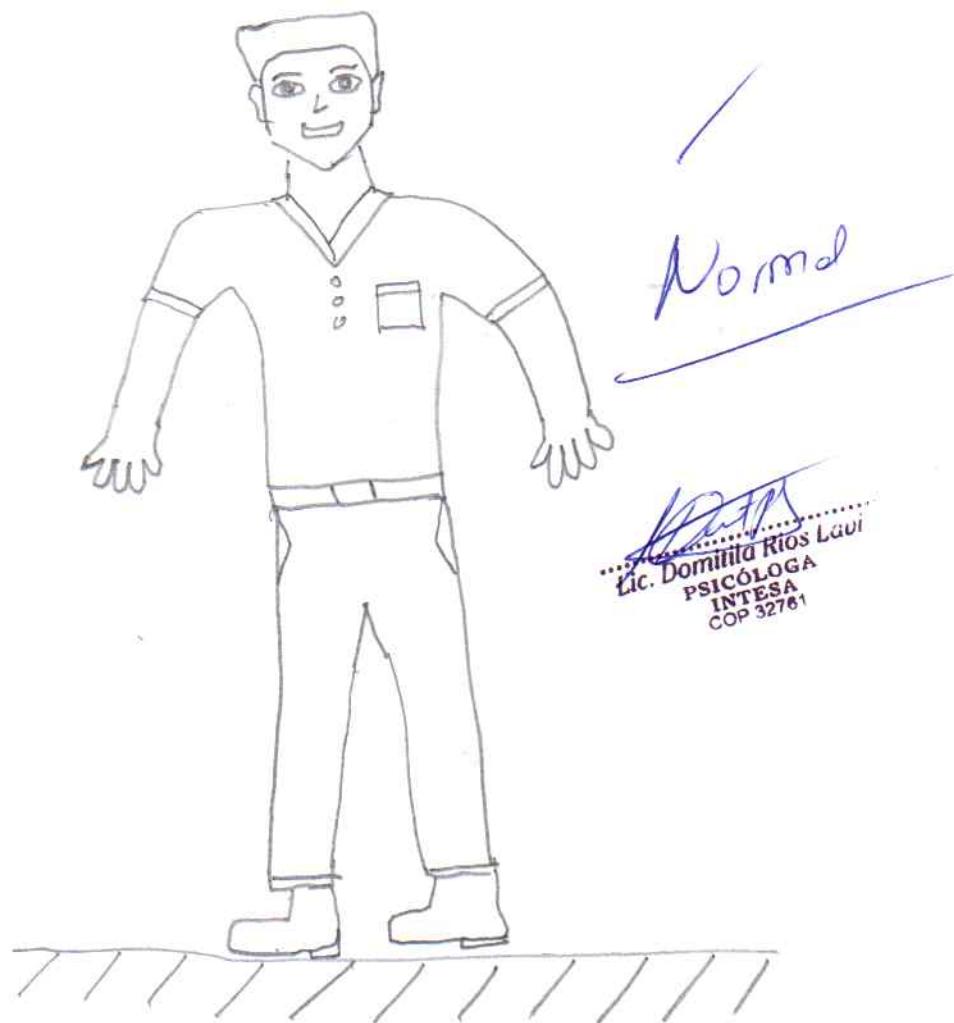
CENTRO PREVENTIVO DE SALUD



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

TEST DE LA FIGURA HUMANA - MACHOVER

NOMBRES Y APELLIDOS		Julio Cesar Castillo Simenez						
EDAD	42	Años	DNI	4068 2917				
SEXO	M	<input checked="" type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	FECHA DE NAC.	01	06	80
ESTADO CIVIL	Casado	OCCUPACIÓN	Ingeniero	GRADO DE INST.	Superior Universitario			
CATEGORÍA	AI	NUEVO		REVALIDACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	RE CATEGORIZACIÓN		
FECHA DE EVALUACION	22	04	23	HORA DE INICIO	09:15 am	HORA DE TÉRMINO	09:20 am	



  
Firma y Huella Digital del  
Postulante



TEST DE ALCOHOLISMO  
 (TEST AUDIT)

FECHA

22 04 23

Calculadora de alcoholimetría

Hora Inicio: 09:20 am

Hora Término: 09:25 am

Nombre: Julio Cesar Castillo Jimenez

EDAD: 42

SEXO: M  F 

DNI: 4068 2917

F. NAC:

01

06

80

GRADO DE INST.

Spiral U.

OCCUPACIÓN

Diseñador

## COMIENZA EL TEST:

1. ¿Con qué 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 semana2. ¿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 más3. ¿Con qué frecuencia tomas 5 o más TRAGOS en un solo día?  nunca  Menos de una vez al mes  mensualmente  semanalmente  A diario o casi a diarioHombres 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

02

Suma del puntaje de la pregunta 1 a 3

4. ¿En el curso del último año ¿con qué 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 diario5. ¿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 diario6. ¿En el curso del último año ¿con qué 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 diario7. ¿En el curso del último año ¿con qué 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 diario8. ¿En el curso del último año ¿con qué 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 diario9. ¿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 diario10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que dejede 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 inversión mínima

Puntaje AUDIT-C

Suma del puntaje de la pregunta 1 a 3

8 a 15 puntos Consumo de bajo riesgo Realice una intervención breve

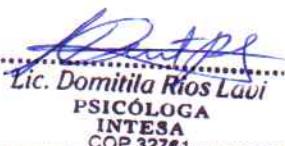
16 puntos a mas Posible consumo Realice una derivación Asistida para evaluación completa y una interve. Breve

## RESULTADOS:

APTO



Firma y Huella Digital del Postulante



  
 Lic. Domitila Rios Lavi  
 PSICÓLOGA  
 CINTESA  
 COP 32761

Firma y sello del Responsable del Evaluador

**SCL - 90 -R**

FECHA: 22/04/2023 NOMBRES Y APELLIDOS: *Julio Cesar Castillo Simenez* DNI: 90682917  
 EDAD: 42 - GRADO DE INSTRUCCIÓN: *Superior Universitario* SEXO: *H* F.NACIMIENTO: 01/06/1980  
 CATEGORÍA: *AI* HORA DE INICIO: *09:25 am* HORA DE TERMINO: *09:44 am*

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

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

Y	APTO
	NO APTO

  
  
 Firma y huella del postulante

  
 Lic. Domitila Rios Lavi  
 PSICÓLOGA  
 INTESA  
 COP.32761

Firma y sello del evaluador

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

