



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

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

CERTIFICADO MÉDICO

N° DE INFORME : 20991-638234888428118561

FECHA DEL INFORME : 27/06/2023 17:05:16

FECHA VENCIMIENTO : 24/12/2023



EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 27/06/2023 13:55:41

Fecha de Término : 27/06/2023 17:04:43

INFORMACIÓN DEL EVALUADO

Tipo de Documento : DNI.

Número de Documento : 71026690

Nombres : LENIN FERNANDEZ CHETILAN

Grupo Sanguíneo : A - POSITIVO

Fecha de Nacimiento : 5/10/1992

CLASE Y CATEGORÍA DEL POSTULANTE

Clase : A

Categoría : A-IIIc - 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 CAPUNAY GONZALES | APTO | LIDIA CAPUNAY GONZALES CBP 5991 BIOLOGA-MICROBIOLOGA | |
| 2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DOMITILA RIOS LAVI | APTO | Lic. Domitila Rios Lavi PSICÓLOGA INTESA COP 82781 | |
| 3. EVALUACIÓN VISUAL YORKY SALDAÑA TIMANA | APTO | DR. YORKY SALDAÑA TIMANA CMP 092991 MEDICO EVALUADOR CENTRO PREVENTIVO DE SALUD INTESA | |
| 4. EVALUACIÓN AUDITIVA YORKY SALDAÑA TIMANA | APTO | DR. YORKY SALDAÑA TIMANA CMP 092991 MEDICO EVALUADOR CENTRO PREVENTIVO DE SALUD INTESA | |
| 5. EVALUACIÓN CLÍNICA ALEXIS GERMAIN SALAZAR LLONTOP | APTO | CENTRO PREVENTIVO DE SALUD INTESA Dr. Alexis G. Salazar Llontop MEDICO EVALUADOR CMP 49489 | |
| RESULTADO FINAL | APTO | 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****N° DE INFORME** : 20991-638234888428118561**FECHA** : 27/06/2023**EVALUACIÓN MÉDICA****Fecha de Inicio** : 27/06/2023**Fecha de Término** : 27/06/2023**Hora de Inicio** : 13:55:41**Hora de Término** : 17:04:43**DATOS DEL POSTULANTE****Tipo de Documento** : DNI.**N° de Documento** : 71026690**Apellido Paterno** : FERNANDEZ**Apellido Materno** : CHETILAN**Nombres** : LENIN**Fecha de** : 5/10/1992**Sexo**

: MASCULINO

Teléfono : 982966113**Dirección** : AV. TOMAS PACHAMORA 1275 URB SECTOR SINAI**CLASE, CATEGORÍA Y CONDICIÓN DEL POSTULANTE****Clase** : A**Categoría**

: A-IIIc - 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

A

FACTOR RH

POSITIVO

Resultado Final de Análisis de Laboratorio

APTO

Observaciones

Hora Inicio : 13:56

Hora Término : 14:05

LIDIA CAPUNAY GONZALES
CBP 5991
BIOLOGA-MICROBIOLOGA

Firma, sello
Responsable de 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 (+) (-)

2/1

REACTÍMETRO (+) (-)

0.38

TEST DE PUNTEO (+) (-)

35/9

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 (+) (-)

B. TEST DE DOMINOS ANSTAY

RESULTADO (+) (-)

APTO

C. TEST DE OTIS (ABREVIADO)

RESULTADO (+) (-)

PERSONALIDAD (COMPLETAR DE ACUERDO A EVALUACIÓN REALIZADA)

A. TEST PROYECTIVO KAREN MACHOVER

RESULTADO (+) (-)

APTO

B. NPF O TEST DE LOS 4 TEMPERAMENTOS

RESULTADO (+) (-)

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 (+) (-)

Resultado Final de la Evaluación Psicológica

APTO

Observaciones

Hora Inicio : 14:06

Hora Término : 15:20


Lic. Domitila Ríos Lavi
PSICÓLOGA
INTESA
COP 32761

Firma, sello
Responsable de Evaluación Psicológica
DOMITILA RÍOS 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

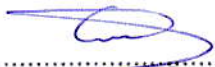
Restricciones

NINGUNA

Observaciones

Hora Inicio : 16:13

Hora Término : 16:29


DR. YORKY SALDANA TIMANA
CMP 092991
MEDICO EVALUADOR
CENTRO PREVENTIVO DE SALUD
CINTESA

Firma, sello
Responsable de Evaluación Visual
YORKY SALDANA TIMANA



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

Hora Inicio : 16:29

Hora Término : 16:44


DR. YORKY SALDAÑA TIMANA
CMP 092991
MEDICO EVALUADOR
CENTRO PREVENTIVO DE SALUD
CINTESA

Firma, sello
Responsable de Evaluación Auditiva
YORKY SALDAÑA TIMANA


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 NEUROLÓGICO

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)

58

TALLA (CM)

1.54

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

244560.63

B. SISTEMA CARDIO-RESPIRATORIO

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (MMHG)

116

PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (MMHG)

90

FRECUENCIA RESPIRATORIA EN REPOSO

19

FRECUENCIA DE PULSO EN REPOSO

60

PULSIOXIMETRÍA

97

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. ÍNDICE DE MONITOREO DE SOMNOLENCIA (POSTULANTES PROFESIONALES)

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

244560.63

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA O DIASTÓLICA

116

OROFARINGE CON CLASIFICACIÓN DE MALLAMPALLI

2

PERÍMETRO DEL CUELLO EN CENTÍMETROS

37

ESCALA DE SOMNOLENCIA EPWORTH (VERSIÓN PERUANA MODIFICADA)

01

RONQUIDO INTENSO (ATESTIGUADO POR LA PAREJA O FAMILIARES)

NO

Resultado Final de la Evaluación Clínica

APTO

Restricciones

NINGUNA


Observaciones

Hora Inicio : 16:46

Hora Término : 17:04

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD INTESA


Dr. Alexis G. Salazar Llontop
MÉDICO EVALUADOR
Firma y sello
Responsable de Evaluación Clínica
ALEXIS GERMAIN SALAZAR LLONTOP


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


Firma y huella digital
Postulante

Hora término de la evaluación completa : 17:05


ALEXIS GERMAIN SALAZAR LLONTOP
DIRECTOR MÉDICO
INTESA
CMP 49489

Director Médico
ALEXIS GERMAIN SALAZAR LLONTOP

| | | | |
|---------------------------------|----------------------------|-----------------------|--------------------|
| Fecha Inicio: 2022/07/11 | | Fecha Termino: | |
| <u>Datos Postulante</u> | | | |
| Nombres: | LENIN | Apellidos: | FERNANDEZ CHETILAN |
| Número de Documento: | 71026690 | Sexo: | MASCULINO |
| Fecha de Nacimiento: | 5/10/1992 | Edad: | 30 |
| Estado Civil: | SOLTERO/A | Ocupación: | OPERARIO |
| País: | PERU | Dpto: | SAN MARTIN |
| Grado Instrucción: | SECUNDARIO | Provincia: | ELIAS SOPLN VARGAS |
| Teléfono: | 982966113 | Email: | |
| Tipo Evaluación: | SALUD OCUPACIONAL | | |
| Dirección: | AV. TOMAS PACHAMORA N°1275 | | |
| Observaciones: | NINGUNA | | |

| | | | |
|---------------------------------|---------------|-------------------------|------|
| <u>Psicotécnicos</u> | | | |
| <u>Test de Palanca:</u> | | | |
| Errores: | 2 | Tiempo en Error: | 0.28 |
| Tiempo: | 00 min 53 seg | Intentos Prueba: | 1 |
| Resultado: | APROBADO | | |
| <u>Test de Punteado:</u> | | | |
| Aciertos: | 35 | Permanencia: | 4.70 |
| Errores: | 9 | | |
| Tiempo Prueba: | 34 seg | Intentos Prueba: | 1 |
| Resultado: | APROBADO | | |
| <u>Test de Reacción:</u> | | | |
| Intento 1: | 0.30 | Intento 2: | 0.30 |
| Intento 3: | 0.33 | Intento 4: | 0.54 |
| Intento 5: | 0.30 | Intento 6: | 0.31 |
| Intento 7: | 0.32 | Intento 8: | 0.32 |
| Intento 9: | 0.30 | Intento 10: | 0.31 |
| Promedio: | 0.34 | Tiempo Total: | 3.44 |
| Intentos: | 10 | | |
| Tiempo Prueba: | 00 min 46 seg | Intentos Prueba: | 2 |
| Resultado: | APROBADO | | |

| | | |
|-------------------------------|--|---------------------------------------|
| <u>Visión</u> | | TIEMPO DURACIÓN: 02 min 02 seg |
| <u>Agudeza Visual:</u> | | |

| | | | |
|------------|----------|----------|-------|
| 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: | 4 - C (AMARILLO) | Reconoció: Si |
| | Intento 5: | 1 - E (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 |

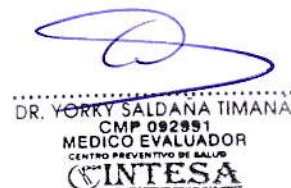
| | | | |
|--------------------------------|------------|---------------------------------|--|
| <u>Visión Nocturna:</u> | Resultado: | APROBADO - Calibración a 0.5 CD | |
|--------------------------------|------------|---------------------------------|--|

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

| | | | |
|---------------------------------------|------------|-------------------------|--|
| <u>Tiempo de Recuperación:</u> | Resultado: | APROBADO - Tiempo: 2:55 | |
|---------------------------------------|------------|-------------------------|--|

| | | | |
|----------------------------|----------------|----------|------------------|
| <u>Campimetría:</u> | Resultado: | APROBADO | |
| | Ojo Izquierdo: | 80° | Ojo Derecho: 80° |

| | |
|--------------------------|----------------|
| <u>Audio</u> | |
| <u>Audímetro:</u> | Sin Resultados |



HISTORIA CLÍNICA Nº : 71026690 **Nº FICHA:** 2705

APELLIDOS Y NOMBRES : FERNANDEZ CHETILAN LENIN

EMPRESA : LICENCIA / PARTICULAR

OCUPACIÓN : OPERARIO

FECHA: 27 de Junio de 2023

EDAD: 31 **SEXO :** M

TIEMPO DE TRABAJO: 0

APRECIACIÓN DEL RUIDO

Ruido muy intenso -
 Ruido moderado ...
 Ruido no molesto -

USO DE PROTECTORES AUDITIVOS

Tapones X
 Orejeras -
 Otro -

TIPO DE EXAMEN

Pre-ocupacional -
 Periódica .
 Retiro -
 Otro -

TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL RUIDO - TOTAL PONDERADO EN 8 Hrs/día : 8

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 -

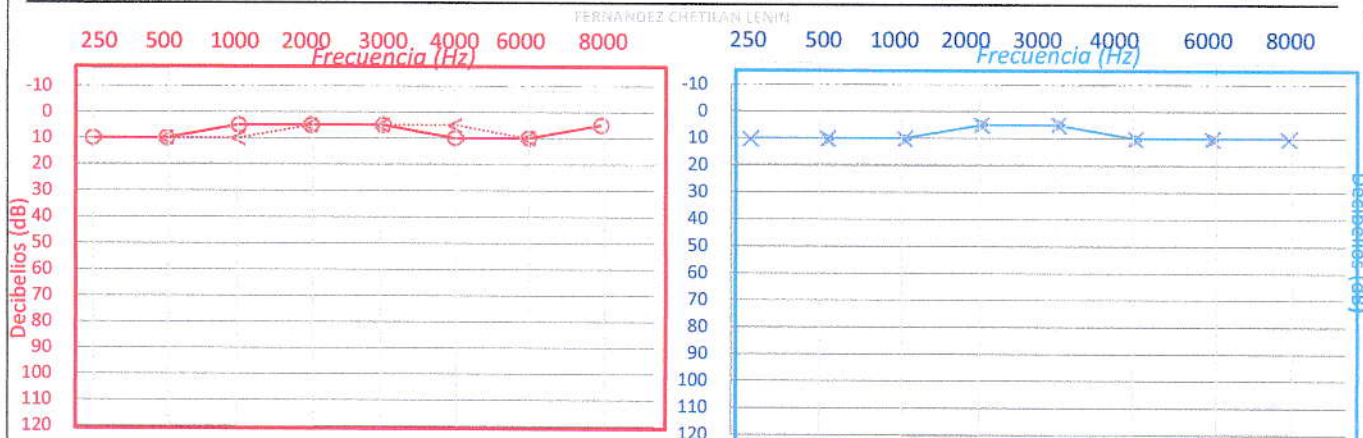
X

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

OBSERVACIÓN : 0

AUDIOGRAMA

| | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 | | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|------------|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------------|-----|-----|------|------|------|------|------|------|
| O.D. Aéreo | 10 | 10 | 5 | 5 | 5 | 10 | 10 | 5 | O.I. Aéreo | 10 | 10 | 10 | 5 | 5 | 10 | 10 | 10 |
| O.D. Óseo | | 10 | 10 | 5 | 5 | 5 | 10 | | O.I. Óseo | | 10 | 10 | 5 | 5 | 10 | 10 | |



AUDIOMETRIC MARCA: Amplivox

MODELO: 260

SERIE: 10118

PROCEDENCIA: Reino Unido

FECHA CADUCIDAD DE CALIBRACIÓN **lunes, 13 de Mayo de 2024**

CALIBRACIÓN BIOLÓGICA: martes, 27 de Junio de 2023

CONCLUSIONES:

0

RECOMENDACIONES:

0

DR. YORRY SALDANA TIMANA
 CMP 092991
 MEDICO EVALUADOR
 CENTRO PREVENTIVO DE SALUD
CINTESA

Firma y sello

* Lectura de audiometría con metodología Kioschhoff

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD



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

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

EVALUACION MÉDICA

Fecha de Inicio 27 06 23
Hora de Inicio 01:55 pm

Fecha de Terminó 27 06 23
Hora de Terminó 05:04 pm

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de documento DNI - C. EXT DNI N° documento 71026690
Ap. Paterno Fernandez Ap. Materno Chetilan
NOMBRE Lenin
Fecha de Nacimiento 05 10 1992
ESTADO CIVIL Soltero SEXO M EDAD 31 TELEFONO 71026690
GRADO DE INSTRUCCIÓN Sec. completo OCUPACIÓN Operario
NUEVA ☐ Revalidación ☒ Recategorización ☐
No Profesional ☐ Profesional ☒ Categoría A ITC
DIRECCION AV Tomas Pachamora 1275 / Elis Sople Vayas / Rioja / Rioja
517

FIRMA DEL POSTULANTE
LICENCIA DE CONDUCIR

I. ANALISIS DE LABORATORIO

1. Examen toxicológico

Hora de Inicio 01:56 pm

A. Prueba Rápida de Alcoholimetría

Resultados (+) 10

valor 0.008

B. Prueba Rápida para Cocaína, Marihuana y Drogas Sintéticas

Resultado Cocaína (+) (-)

Resultado Marihuana (+) (-)

Resultados de Drogas Sintéticas (+) (-)

Negativo
Negativo

2. Grupo Sanguíneo y Factor RH

Grupo Sanguíneo A

factor RH Positivo

RESULTADO FINAL DE ANALISIS

Hora Terminó 02:05 pm

APTO ☒

NO APTO ☐

LIDIA CAPUNAY GONZALES
CBP 5991
BIOLOGA-MICROBIOLOGA

Firma y Huella Digital del Postulante

II. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**Anamnesis**

Experiencia conducir ☒ Sí N° infracciones ☐ 0 Tipo de infracciones Leve grave Muy grave

N° Accidentes ☐ Ninguno

Hora de Inicio: 02:06 pm
Accidentes Psicopatológico**Personales:**

| | | | | | |
|---------------------|--|------|---|----------|---|
| Consumo de fármacos | Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | Tipo | — | Tiempo | — |
| Otras sustancias | Sí <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 | NORMAL | (+) (-) | (Profesional) |
| Test de Reactímetro | NORMAL | (+) (-) | (Profesional) |
| Test de punteo | NORMAL | (+) (-) | (Profesional) |

B. Pruebas o Sub Test

| | | | |
|----------------------------|--------|---------|------------------------------|
| Diseño de Cubos (Weschler) | | (+) (-) | (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 | | (+) (-) | |
| B. Test de Dominós Anstey | Normal | (+) (-) | (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 | Normal | (+) (-) |
| B. NPF o Test de los 4 Temperamentos | | (+) (-) |
| 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) | | (+) (-) |
| C. test de la persona con Arma (Sumada a una estructurada) | | No deficiente |
| SCL - 90-R | Normal | (+) (-) |

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION PSICOLOGICA
Hora Terminó: 03:20 pm

APTO ☒
NO APTO ☐
Observaciones: Ninguna.


 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

I. EVALUACIÓN VISUAL

Hora Inicio: 04:13 pm

1. Agudeza visual

S/C OD 20/20 OI 20/20 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: 04:29 pm

APTO ☒

NO APTO ☐

Observaciones: NINGUNA

SIN RESTRICCIONES

DR. YORKY SALDANA HERNANDEZ
CMP 082891
MEDICO EVALUADOR
CENTRO PREVENTIVO DE SALUD
INTESA

Firma y Huella Digital del
Postulante



II. EVALUACION AUDITIVA

Hora Inicio: 04:29 pm

1. Otoscopia con Aud. Ext.

OD NORMAL

OI NORMAL

(+) (-)

Tímpano

OD

OI

(+) (-)

2. Examen Auditivo (Audiometría)

Vía Aérea

OD = 0

OI = X

Vía Usea

OD = <

OI = >

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
Adiometria

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 |

FRECUENCIA (Hz)

| |
|------------------|
| Pérdida Auditiva |
| NO |

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION AUDITIVA

Hora Terminó: 04.44 pm

APTO ☒

NO APTO ☐

Observaciones: NINGUNA
SIN RESTRICCIONES

DR. YORLY SILDANA TIMANA
CMP 092991
MEDICO EVALUADOR
CENTRO PREVENTIVO DE SALUD
INTESA

Firma y Huella Digital del
Postulante



I. EVALUACIÓN CLINICA

Hora Inicio 04.46 pm

1. Anamnesis


Motivo: Herida Convulsa

2. Enfermedades Actuales

Tiempo de enfermedad: 7 Forma inicio — Curso: —
Síntomas principales: Asintomático

3. Antecedentes Personales

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

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| Trastornos musculares | | ✓ | | |
| Accidentes isquémico | | ✓ | | |
| Esclerosis lateral amiotrofica | | ✓ | | |
| Enfermedades de Duchenne | | ✓ | | |
| Otras enfermedades del sistema neurológico | | ✓ | | |
| Sistema Hematológicos | | | | |
| 1. Enfermedades Metabólicas y Endocrinas | | | | |
| Hipoglucemia | | ✓ | | |
| Hiperglicemia o Diabetes Mellitus | | ✓ | | |
| Enfermedad Tiroidea | | ✓ | | |
| Enfermedad Paratiroidea | | ✓ | | |
| Enfermedad Adrenal | | ✓ | | |
| Trastornos hepáticos | | ✓ | | |
| Sistema hematológico | | ✓ | | |
| Trastornos Hematológicos | | | | |
| Procesos sometidos a tratamiento quimioterapico | | ✓ | | |
| Policitemia vera y poliglobulias | | ✓ | | |
| Anemia, Leucopenia, Trombocitopenia | | ✓ | | |
| Trastornos de coagulación | | ✓ | | |
| Tratamiento anticoagulante | | ✓ | | |
| Otros trastornos hematológicos | | ✓ | | |
| Sistema Renal | | | | |
| Nefropatía | | ✓ | | |
| Trastorno Renal | | ✓ | | |
| Insuficiencia Renal | | ✓ | | |
| Otros | | | | |
| Consumo de alcohol, tabaco (si la respuesta es sí; con qué frecuencia) | ✓ | | | Alcohol 500ml/dia 01/08/2018 |
| Consumo sustancias tóxicas (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. AntropometríaPeso Talla IMC **• Sistema cardío – Respiratorio**

| | |
|--------------------------------|--------|
| Presión Arterial Sistólica | 116 |
| Presión Arterial Diastólica | 90 |
| Frecuencia Respiratoria Reposo | 19 x' |
| Frecuencia de Pulso reposo | 61 x' |
| Pulsoximetría | 97% |
| Capacidad ventilatoria | Normal |

1. Aparato Locomotor

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

CONJUNTO
BUENO
BUENO
BUENO
BUENO

2. Sistema Neurológico

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

CONJUNTO
EQUILIBRIO COMPLETO
BUENO
CONJUNTO
CONJUNTO
CONJUNTO

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)

24.45
116 / 90
II
37 cm
01
NO

Resultado ☐ valor (+) (-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION CLINICA

Hora Terminó: 05:04 PM

APTO ☒

NO APTO ☐

Observaciones: *Amo*

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD CINTESA

Jr. Alexis G. Salazar Llontop
MEDICO EVALUADOR
CNP 42289

Firma y Huella Digital del
Postulante

RESULTADO DEL PROCESO

Hora Terminó: 05:04 PM

APTO ☒

NO APTO ☐

Observaciones: *Amo*

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD CINTESA

Jr. Alexis G. Salazar Llontop
MEDICO EVALUADOR
CNP 42289

Firma y Huella Digital del
Postulante

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

DATOS DEL PACIENTE

| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|------------------|------------------|---------|
| FERNANDEZ | CHOTRON | LEVIN |

DNI 71 02 66 90

FECHA EVALUACIÓN 27 06 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) | 1 |
| * 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) | 0 |
| * 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 |
| PUNTUACION TOTAL (MAX. 24) | 01 |

RESULTADO.

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

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD INTES

Jr. Alexis G. Salazar Montu,
 MEDICO EVALUADOR

Firma y sello del Responsable del
 Evaluador

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: Lenin Fernandez Chetlan DNI: 710 266 90

EDAD: 31 años FECHA DE NACIMIENTO: 05 / 10 / 1992 LUGAR DE NAC.: Chimor / Chota

SEXO: P. ESTADO CIVIL: Soltero GRADO DE INSTRUCCIÓN: Secundaria Completa

OCUPACIÓN: Operario CATEGORÍA: P III C


MOTIVO DEL EXAMEN: Licencia de conducir FECHA DE EXAMEN: 27/06/2023

DIRECCIÓN: Pv. Tomas Pachamora N°1275 - Elías Soplín Vargas

TELÉFONO: 982 966 173 NIVEL DE INTELIGENCIA (Conocido o estimador): 60

HORA INICIO: 02:06 pm HORA TÉRMINO: 02:16 pm EXAMINADO POR: Ps. 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: | | | | | | | | | |


 Lic. Domitila Rios Lavi
 PSICÓLOGA
 INTESA
 COP 32761

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

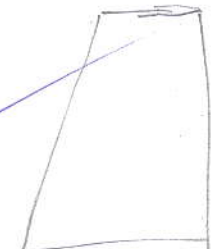
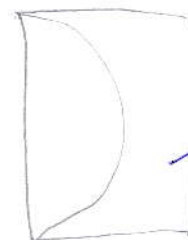
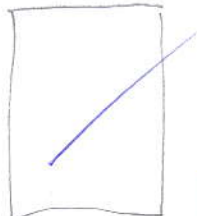
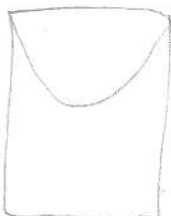
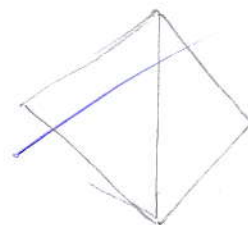
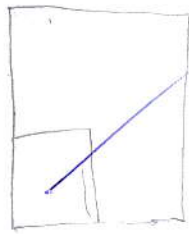
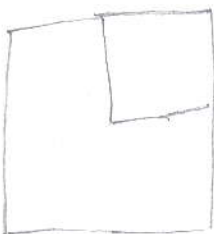
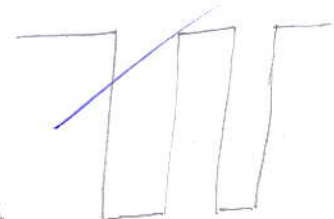
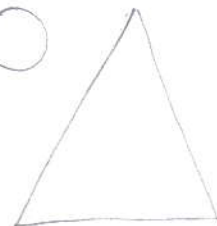
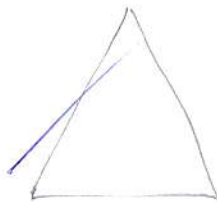
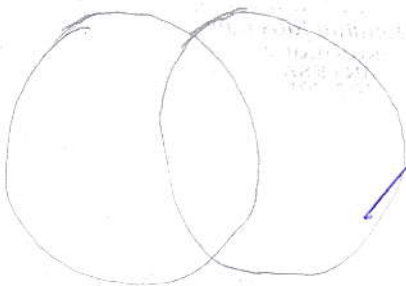
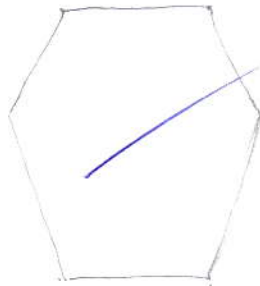
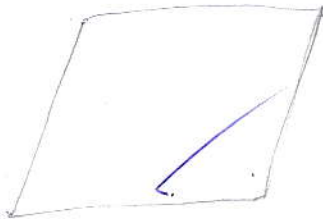
VALORACION DE ERRORES: "ESPERADAS".....OBTENIDAS.....DIFERENCIA.....

1

NOMBRES Y APELLIDOS Lenin Fernandez Chetilon

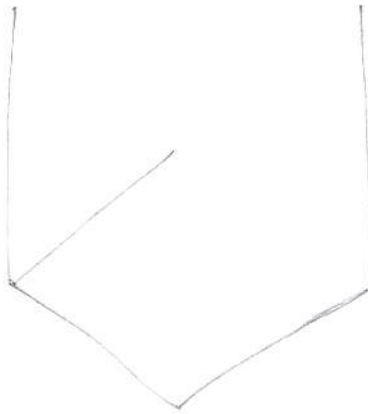
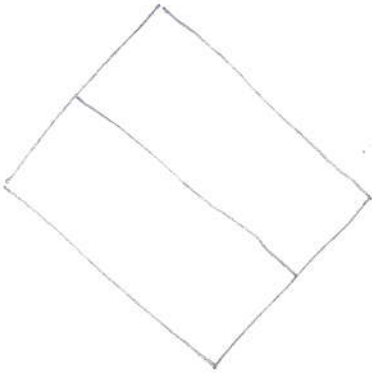
DNI 71026690

FECHA 27 06 23



FIRMA Y HUELLA DIGITAL DEL
POSTULANTE

[Signature]
Lic. *[Signature]* Rosalva
PSICÓLOGA
INTESA
COP 32761



A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Domitila'.




Eic. Domitila Rios Lavi
PSICÓLOGA
INTESA
COP 32761

Test de Dominios (Anstey)

D.N.I. 71026690

| | | | | | | | | | |
|----------------------|--|-----------------------------|----------------------|---------------|------------------|---------------------|---------------|---------------|----------|
| Nombre: | Lenin Fernandez Chetlan | | | | Escolaridad: | Secundaria Completa | | PD: | 24 |
| Fecha de Nacimiento: | 05 | 10 | 1992 | Fecha de Hoy: | 27 | 06 | 2023 | Estado Civil: | Soltero |
| Edad: | 31 | | Pc: | 60 | | G. de instrucción: | Secundaria C. | Ocupación: | Operario |
| Sexo: | <input checked="" type="checkbox"/> M. | <input type="checkbox"/> F. | Lugar de Nacimiento: | Chofa | | Rango: | III | | |
| Motivo del examen: | Licencia de conducir | | | | Fecha de examen: | 27/06/2023 | | Categoría: | A III C |
| Dirección: | Av. Tomas Pachamora 201275 - Elías Soplin Vargas | | | | | | | | |
| Teléfono: | 982 966 113 | | | | Hora inicio: | 02:16 pm | | Hora término: | 02:36 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 |

Firma y Huella Digital del Postulante

[Firma]
 Lic. Domitila Ríos Lavi
 PSICÓLOGA
 Firma y sello del Responsable del Evaluador
 INTESA
 COP 32761

| | |
|----------|----------|
| A | B |
| | |

PÁGINA 1

| | |
|----------|----------|
| C | D |
| | |

PÁGINA 2

| | |
|----------|----------|
| 1 | 2 |
| | |
| 3 | 4 |
| | |
| 5 | 6 |
| | |

PÁGINA 3

| | |
|-----------|-----------|
| 7 | 8 |
| | |
| 9 | 10 |
| | |
| 11 | 12 |
| | |

PÁGINA 4

| | |
|-----------|-----------|
| 13 | 14 |
| | |
| 15 | 16 |
| | |
| 17 | 18 |
| | |

| | |
|-----------|-----------|
| 19 | 20 |
| | |
| 21 | 22 |
| | |
| 23 | 24 |
| | |

Firma y Huella Digital del Postulante

Firma y Huella Digital del Evaluador
Dra. Domitila Ríos Lau
PSICÓLOGA
INTESA
COP 32761

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

Hora Inicio: 02:36 pm

Hora Término: 02:45 pm

NOMBRES Y APELLIDOS Lenin Fernandez Chetilan / Edad: 31a / F.N: 05-10-1992Sexo: Masculino DNI 710 266 90 G. Inst: Secundaria Completa FECHA 27 06 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 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 type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 5. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | 24. | <input checked="" type="radio"/> | <input 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 checked="" type="radio"/> | <input 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 type="radio"/> | <input checked="" 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 type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 13. | <input type="radio"/> | <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | 52. | <input checked="" type="radio"/> | <input 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 type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | 37. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | 56. | <input checked="" type="radio"/> | <input 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:

4

E:

14

L:

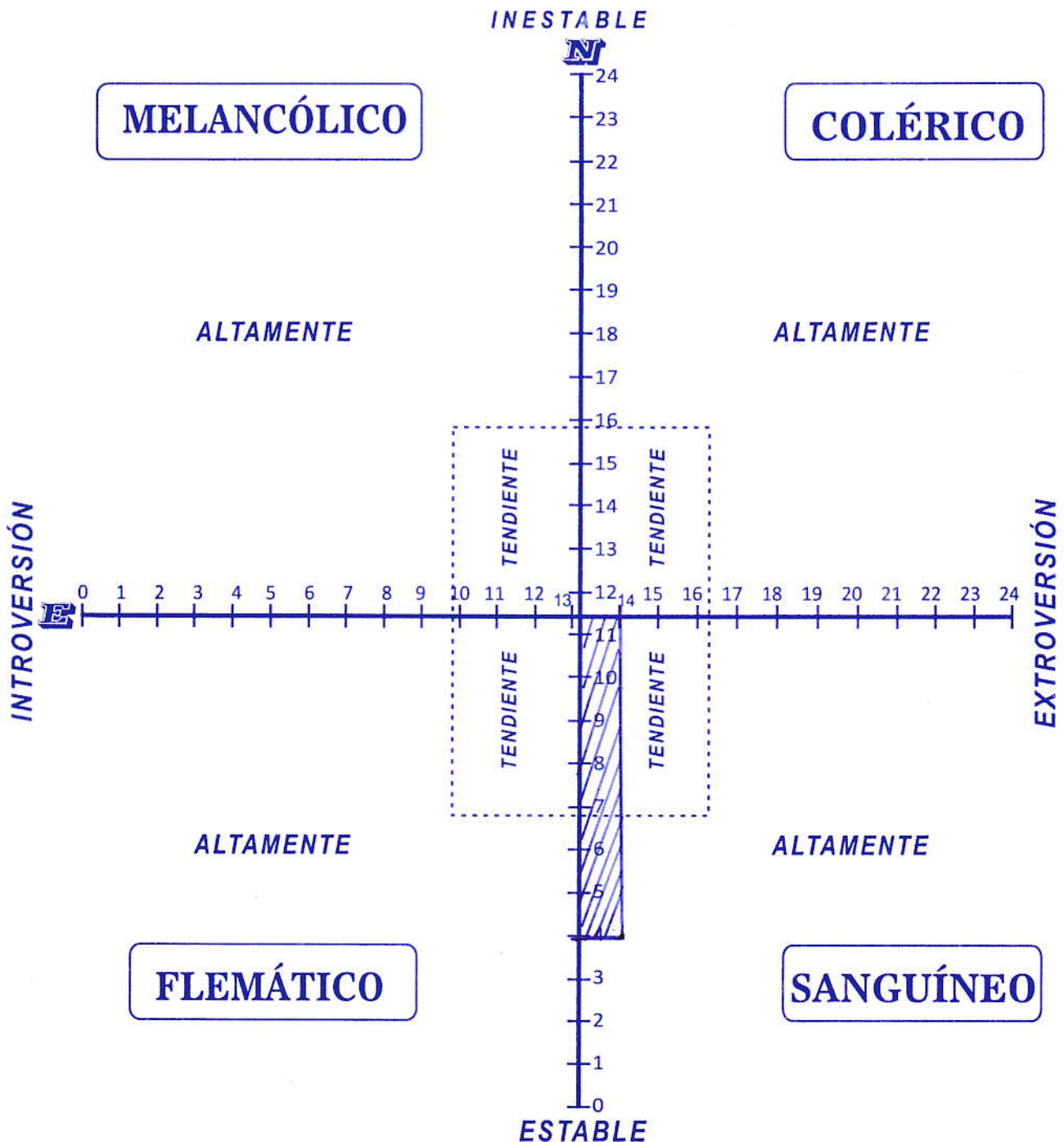
4


 Lic. Domitila Rios Lavi
 PSICÓLOGA
 INTESA
 COP. 32781

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 Extroversión.
Cóctele Emocional mto.

Firma y Huella Digital del Postulante

[Signature]



[Signature]
 Lic. Domitila Ríos Lavi
 PSICÓLOGA
 INTESA
 COP 32781
 Firma y sello del Responsable del Evaluador

TEST DE LA FIGURA HUMANA - MACHOVER

NOMBRES Y APELLIDOS

Lenin Fernandez Chetilan

EDAD

31

Años

DNI

710 266 90

SEXO M

☒

F

☐

FECHA DE NAC.

05

10

92

ESTADO CIVIL

Soltero

OCUPACIÓN

Operario

GRADO DE INST.

Secundaria Completa

CATEGORÍA

A-III

NUEVO

☒

REVALIDACIÓN

☐

RE CATEGORIZACIÓN

☐

FECHA DE EVALUACION

27

06

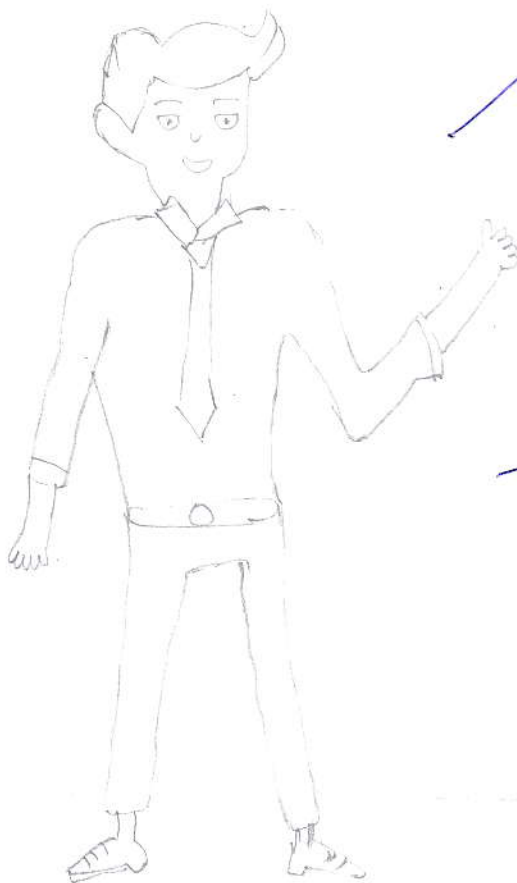
23

HORA DE INICIO

02:45 pm

HORA DE TÉRMINO

02:50 pm



Normal


Lic. Domitila Rios Lavi
PSICÓLOGA
INTESA
COP 32761
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

27 06 23

Hora Inicio: 02:50 PM Hora Término: 02:55 PM - Calculadora de alcoholimetría

Nombre: Lenin Fernandez Chetlan EDAD 31 SEXO M ☒ F ☐
DNI: 710 266 90 F. NAC: 05 10 1992 GRADO DE INST. Secundaria OCUPACIÓN Operario

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

Suma
del
puntaje de la
pregunta
1 a 3

Hombres 5 puntos a mas
Mujeres 4 puntos a mas

Consumo de riesgo

Continue en las preguntas 4 a 10

01

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

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 Ríos Lavi
PSICÓLOGA
INTESA
COP 32761

Firma y sello del Responsable del Evaluador

SCL - 90 -R

FECHA: 27/06/2023 NOMBRES Y APELLIDOS: Lenin Fernandez Chetlan DNI: 710 26690
EDAD: 31a GRADO DE INSTRUCCIÓN: Secundaria Completa SEXO: M F.NACIMIENTO: 05-10-1992
CATEGORIA: A III C HORA DE INICIO: 02:55 pm HORA DE TERMINO: 03:20 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 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 | | | | | |
| 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

| ¿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 destrozarse 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 | ✓ | | | | |

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



Firma y huella del postulante



Etc. Domitila Ríos Labi
PSICÓLOGA
INTESA
COP 32781

Firma y sello del evaluador

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

REPUBLICA DEL PERU
MINISTERIO DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES
DIRECCION GENERAL DE AUTORIZACIONES EN TRANSPORTES
LICENCIA DE CONDUCIR

Apellidos
FERNANDEZ CHETILAN

Nombres
LENIN

Nro de Licencia
Q71026690

Clase
A

Fecha de Expiración
21/07/2020

Categoría
Tres c profesional

Fecha de Renovación
21/07/2023

FIRMA DEL TITULAR



Serv. Nro Primario
6 71026690

Fecha de Nacimiento
05/10/1992

Domicilio
JR. SAMUEL VILLARAN 256 ZONA K - CIUDAD DE DIOS SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA LIMA

Restricciones
SIN RESTRICCIONES

Grupo y Factor Sanguíneo
A+

Donación de Órganos
NO

AUTORIDAD COMPETENTE

BO111015

