



PERÚ

Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones

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

## CERTIFICADO MÉDICO

Nº DE INFORME : 20991-638234888428118561

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

## EVALUACIÓN MÉDICA

FECHA VENCIMIENTO : 24/12/2023



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

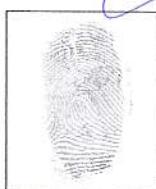
Clase : A

Categoría : A-IIc - 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 32761	
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	
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

Nº 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.

Nº 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

LIDIA CAPUNAY GONZALES  
CBP 5991  
BIOLOGA-MICROBIOLOGA

Hora Término : 14:05

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 (+) (-)

APTO

BENTON FORMA C (+) (-)

### INTELIGENCIA (COMPLETAR DE ACUERDO A EVALUACIÓN REALIZADO)

#### A. TEST DE MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN

RESULTADO (+) (-)

\_\_\_\_\_

#### B. TEST DE DOMINOS ANSTEY

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 Rios Lavi  
PSICÓLOGA  
INTESA  
COP 32761

Firma, sello  
Responsable de Evaluación Psicológica  
DOMITILA RIOS LAVI

  
Firma y huella digital  
Postulante



### **3. EVALUACIÓN VISUAL**

---

#### **AGUDEZA VISUAL (VISIÓN LEJANA)**

**OD**

RESULTADO (+) (-)

20
----

**OI**

RESULTADO (+) (-)

20
----

**AMBOS**

RESULTADO (+) (-)

20
----

#### **VISIÓN DE PROFUNDIDAD**

**OD**

RESULTADO (+) (-)

100
-----

**OI**

RESULTADO (+) (-)

100
-----

**AMBOS**

RESULTADO (+) (-)

100
-----

#### **VISIÓN DE COLORES**

**OD**

RESULTADO (+) (-)

100
-----

**OI**

RESULTADO (+) (-)

100
-----

**AMBOS**

RESULTADO (+) (-)

100
-----

#### **BALANCE MUSCULAR**

**OD**

RESULTADO (+) (-)

2
---

**OI**

RESULTADO (+) (-)

2
---

**AMBOS**

RESULTADO (+) (-)

2
---

#### **VISIÓN NOCTURNA**

**OD**

RESULTADO (+) (-)

35
----

**OI**

RESULTADO (+) (-)

35
----

**AMBOS**

RESULTADO (+) (-)

35
----

#### **ENCANDILAMIENTO**

**OD**

RESULTADO (+) (-)

45
----

**OI**

RESULTADO (+) (-)

45
----

**AMBOS**

RESULTADO (+) (-)

45
----

#### **CAMPO VISUAL**

**OD**

RESULTADO (+) (-)

85
----

**OI**

RESULTADO (+) (-)

85
----

**AMBOS**

RESULTADO (+) (-)

85

Resultado Final de la Evaluación Visual

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

[Empty box]

Hora Inicio : 16:13

Hora Término : 16:29



DR. YORKY SALDANA TIMANA  
CNP 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

[Large empty rectangular box]

Hora Inicio : 16:29

Hora Término : 16:44

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


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 NEUROLOGICO

ENFERMEDADES ENCEFÁLICAS, MEDULARES Y DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO

NO

EPILEPSIA Y CRISIS CONVULSIVAS

NO

ALTERACIONES DE EQUILIBRIO

NO

TRASTORNOS MUSCULARES

NO

ACCIDENTE ISQUÉMICO

NO

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

NO

ENFERMEDAD DE DUCHENNE

NO

OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NEUROLÓGICO

NO

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

HIPOGLUCEMIA

NO

HIPERGLICEMIA O DIABETES MELLITUS

NO

ENFERMEDAD TIROIDEA

NO

ENFERMEDAD PARATIROIDEA

NO

ENFERMEDAD ADRENAL

NO

TRASTORNOS HEPÁTICOS

NO

SISTEMA HEMATOLÓGICO

NO

#### D.2. SISTEMA HEMATOLOGICO (TRANSTORNOS HEMATOLOGICOS)

PROCESOS SOMETIDOS A TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO

NO

POLICITEMIA VERA Y POLIGLOBULIAS

NO

ANEMIA, LEUCOPENIA, TROMBOCITOPENIA

NO

TRASTORNOS DE COAGULACIÓN

NO

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

NO

OTROS TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS	NO
OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMATOLÓGICO	NO

#### E. SISTEMA RENAL

NEFROPATÍA	NO
TRASPLANTE RENAL	NO
INSUFICIENCIA RENAL	NO
OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RENAL	NO

#### F. OTROS

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO (SI LA RESPUESTA ES SI, CON QUE FRECUENCIA?, ANOTARLO EN OBSERVACIÓN)	NO
CONSUMO SUSTANCIAS TÓXICAS (COCAÍNA, MARIHUANA, DROGAS SINTÉTICAS., SI LA RESPUESTA ES SI, DESDE CUANDO Y CON QUE FRECUENCIA, ANOTARLO EN OBSERVACION)	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. INDICE 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

Jr. A. 415 G. Salazar Llontop  
MEDICO EVALUADOR

Firma, 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  
CNP 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  
CNP 49489

Director Médico  
ALEXIS GERMAIN SALAZAR LLONTOP

## Examen Psicosensométrico

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

**Fecha Inicio:**

2022/07/11

**Fecha Termino:**

### Datos Postulante

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

### Psicotécnicos

**Test de Palanca:**

<b>Errores:</b>	2	<b>Tiempo en Error:</b>	0.28
<b>Tiempo:</b>	00 min 53 seg	<b>Intentos Prueba:</b>	1
<b>Resultado:</b>	APROBADO		

**Test de Punteado:**

<b>Aciertos:</b>	35	<b>Permanencia:</b>	4.70
<b>Errores:</b>	9		
<b>Tiempo Prueba:</b>	34 seg	<b>Intentos Prueba:</b>	1
<b>Resultado:</b>	APROBADO		

**Test de Reacción:**

<b>Intento 1:</b>	0.30	<b>Intento 2:</b>	0.30
<b>Intento 3:</b>	0.33	<b>Intento 4:</b>	0.54
<b>Intento 5:</b>	0.30	<b>Intento 6:</b>	0.31
<b>Intento 7:</b>	0.32	<b>Intento 8:</b>	0.32
<b>Intento 9:</b>	0.30	<b>Intento 10:</b>	0.31
<b>Promedio:</b>	0.34	<b>Tiempo Total:</b>	3.44
<b>Intentos:</b>	10		
<b>Tiempo Prueba:</b>	00 min 46 seg	<b>Intentos Prueba:</b>	2
<b>Resultado:</b>	APROBADO		

Visión

TIEMPO DURACIÓN: 02 min 02 seg

**Agudeza Visual:**

<b>Izquierdo:</b>	20/20	<b>Derecho:</b>	20/20
<b>Ambos:</b>	20/20		
<b>Resultado:</b>	APROBADO		
<b>Señales Transito:</b>	<b>Resultado:</b> APROBADO		
	<b>Figura 3:</b> Si - 30%	<b>Figura 6:</b> Si - 50%	
	<b>Figura 11:</b> Si - 70%		
<b>Colores:</b>	<b>Resultado:</b> APROBADO		
	<b>Intento 1:</b> 1 - A (ROJO)	<b>Reconoció:</b>	Si
	<b>Intento 2:</b> 2 - B (VERDE)	<b>Reconoció:</b>	Si
	<b>Intento 3:</b> 3 - D (BLANCO)	<b>Reconoció:</b>	Si
	<b>Intento 4:</b> 4 - C (AMARILLO)	<b>Reconoció:</b>	Si
	<b>Intento 5:</b> 1 - E (AZUL)	<b>Reconoció:</b>	Si
<b>Foria:</b>	<b>Resultado:</b> APROBADO		
	<b>Fila - Columna:</b> B - 8		
<b>Estereopsis:</b>	<b>Resultado:</b> APROBADO - (9) Figuras Reconocidas		
	<b>Figura N°:</b> 1 2 3 4 5 6 7 8 9		
	<b>%:</b> 15 30 50 60 70 80 85 90 95		
	<b>Reconoció:</b> Si Si Si Si Si Si Si Si Si		
<b>Visión Nocturna:</b>	<b>Resultado:</b> APROBADO - Calibración a 0.5 CD		
<b>Encandilamiento:</b>	<b>Resultado:</b> APROBADO - Calibración a 45 CD		
<b>Tiempo de Recuperación:</b>	<b>Resultado:</b> APROBADO - Tiempo: 2:55		
<b>Campimetría:</b>	<b>Resultado:</b> APROBADO		
	<b>Ojo Izquierdo:</b> 80°	<b>Ojo Derecho:</b>	80°

### Audio

**Audímetro:** Sin Resultados



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

HISTORIA CLÍNICA Nº : 71026690 Nº FICHA: 2705

APELLIDOS Y NOMBRES: FERNANDEZ CHETILAN LENIN

EMPRESA : LICENCIA / PARTICULAR

OCCUPACIÓN : OPERARIO

FECHA: 27 de Junio de 2023

EDAD: 31 SEXO : M

TIEMPO DE TRABAJO: 0

**APRECIACIÓN DEL RUIDO**

Ruido muy intenso -

USO DE PROTECTORES AUDITIVOS

TIPO DE EXAMEN

Tapones X

Pre-ocupacional -

Ruido moderado ...

Orejeras -

Periódica -

Ruido no molesto -

Otro -

Retiro -

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

Otro -

**ANTECEDENTES**

SI

NO

**SINTOMAS**

SI

NO

Consumo de Tabaco -

X

Disminución de la audición -

X

Servicio Militar -

X

Dolor de oídos -

X

Hobbies con exposición a ruido -

X

Zumbidos -

X

Exposición laboral a químicos -

X

Mareos -

X

Infección al oído -

X

Infección al oído -

X

Uso de ototóxicos -

X

Otra -

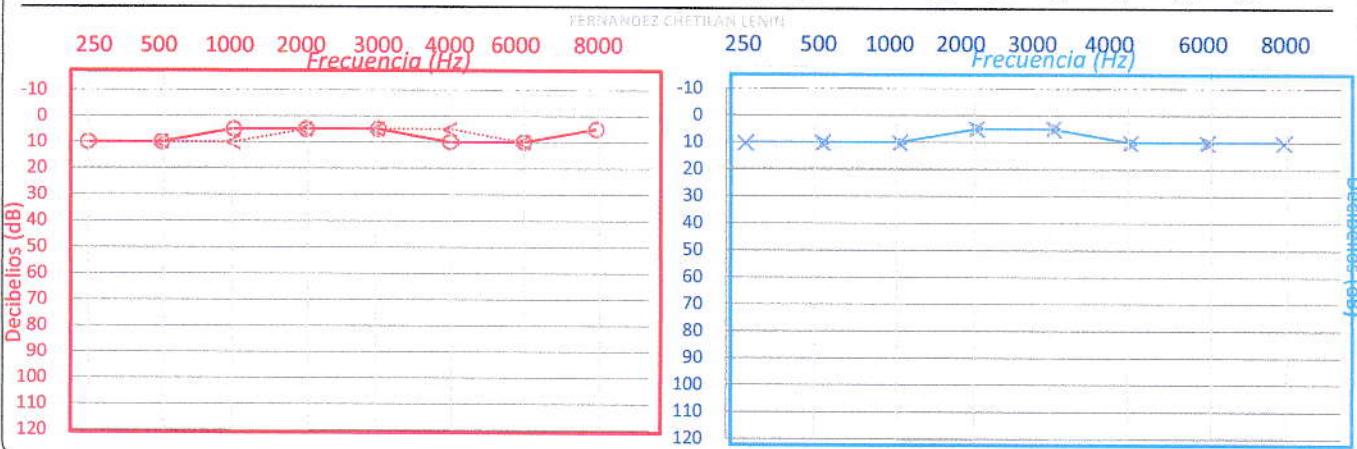
X

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

OBSERVACIÓN : 0

**AUDIOGRAMA**

	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	5	10	-	O.I. Óseo	10	10	5	5	10	10	10	10



AUDIOMETRICO 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

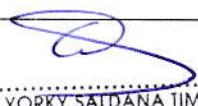
**CONCLUSIONES:**

0



**RECOMENDACIONES:**

0

  
 DR. YORKY SAIDANA TIMANA  
 CMP 092851  
 MEDICO EVALUADOR  
 CENTRO PREVENTIVO DE SALUD  
**CINTESA**

Firma y sello

**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 Termino **27/06/23**  
 Hora de Termino **05:04 pm**

**DATOS DEL POSTULANTE**

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

Nº documento **71026690**

Ap. Paterno **Fernández**

Ap. Materno **Chetilán**

NOMBRE **Lenín.**

Fecha de Nacimiento **05/10/1992**

ESTADO CIVIL **Soltero** SEXO **M** EDAD **31** TELEFONO **71026690**

GRADO DE INSTRUCCIÓN **Sec. Couplet** OCUPACIÓN **Operario**

NUEVA

Revalidación

R

Recategorización

No Profesional

Profesional

P.

Categoría

A ITC

DIRECCION **AV Tomás Pachamosa 1275 / Elisa Sopena Vargas (Ríoja) Ríoja**

**517**

**FIRMA DEL POSTULANTE**  
**LICENCIA DE CONDUCIR**

**I. ANALISIS DE LABORATORIO**

**1. Examen toxicológico**

A. Prueba Rápida de Alcoholimetría

Resultados (+) **10**

Hora de Inicio **01:56 pm**

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 Termino **02:05 pm**

**APTO**

**X**

**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

*Niega*

## 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	<i>No</i>					

## 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

 (+) (-) (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 Eysenck

 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)

*Prodeficido**SCL - 90 - R* Normal (+) (-)

## RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION PSICOLOGICA

Hora Termino: *03:20 pm*APTO  *Y*NO APTO Observaciones: *Ninguna.*

*Dominica Rios Lavi*  
 Lic. Dominica Rios Lavi  
 PSICÓLOGA  
 INTESA  
 COP-32761

Firma / 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 Termino: 04:29 pm

**APTO**

**NO APTO**

Observaciones: **NINGUNA**

**SIN RESTRICCIONES**

DR. YORKY SALDANA JIMENA  
CNP 082291  
MEDICO EVALUADOR  
CENTRO PREVENTIVO DE SALUD  
**CINTESA**

Firma y Huella Digital del Postulante



## II. EVALUACION AUDITIVA

Hora Inicio: 04:29 pm

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

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  
Audiometria

**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

Oído Derecho	NORMAL
Oído Izquierdo	NORMAL
Ambos Oídos	NORMAL

FRECUENCIA (Hz)

Pérdida Auditiva

NO

**RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION AUDITIVA**

Hora Termino: 04:49 pm

APTO

NO APTO

Observaciones: NINGUNA

SIN RESTRICCIONES

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

Firma y Huella Digital del Postulante



**I. EVALUACIÓN CLINICA**

Hora Inicio

04:46 pm

**1. Anamnesis**

Motivo: *Acnecia Convuls*

**2. Enfermedades Actuales**

Tiempo de enfermedad: — Forma inicio —

Curso: —

Síntomas principales: *Asinronismo*

**3. Antecedentes Personales**

A. Sistema Cardio - Respiratorio	SI	NO	OBSERVACIONES
Insuficiencia Cardiaca		<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"/>	
Disnea		<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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prótesis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Otras enfermedades del aparato locomotor	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

**C. Sistema Neurológicos**

Enfermedades encefálicas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Enfermedades medulares y del sistema periférico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Epilepsia y crisis convulsivas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Alteraciones del equilibrio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Trastornos musculares		✓	
Accidentes isquémico		✗	
Esclerosis lateral amiotrofica		✗	
Enfermedades de Duchenne		✗	
Otras enfermedades del sistema neurológico		✗	
<b>Sistema Hematológicos</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)		✗	Allanol Sodipromo OLIVE/MOL
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 **58.00**Talla **1-54**IMC **24.48****• Sistema cardio – Respiratorio**

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

116
90
19'
61%
97%
COMUN

# CENTRO PREVENTIVO DE SALUD



INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍA PARA LA SALUD Y EL AMBIENTE

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

## 1. Aparato Locomotor

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

Conjunto  
Ausente  
Ausente  
Ausente  
Ausente  
Ausente

## 2. Sistema Neurológico

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

Sintesis  
Equilibrio  
Ausente  
Ausente  
Ausente  
Ausente  
Ausente

## 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  
77 cm  
01  
No

Resultado  valor (+) (-)

## RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION CLINICA

Hora Termino: 05:04 p.m.

APTO

NO APTO

Observaciones: *Ninguna*

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD CINTESA

Jr. ALEXIS G. SALAZAR LLONTOY  
MEDICO EVALUADOR  
CNP 29489

Firma y Huella Digital del Postulante



## RESULTADO DEL PROCESO

Hora Termino: 05:04 p.m.

APTO

NO APTO

Observaciones: *Ninguna*

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD CINTESA

Jr. ALEXIS G. SALAZAR LLONTOY  
MEDICO EVALUADOR  
CNP 29489

Firma y Huella Digital del Postulante



### ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

#### DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
FERNANDEZ	GUTIERREZ	LENIN
DNI	71026690	FECHA EVALUACIÓN
RONCA USTED	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

UTILICE LA Y ELIJA LA CIFRA ADECUADA PARA CADA SITUACIÓN

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

Cuantas horas promedio por dúa, durmió la última semana? 08 horas

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

SITUACIÓN	PUNTUACIÓN
* SENTADO Y LEYENDO (EN ESTE MOMENTO)	0
* VIENDO LA T.V (EN ESTE MOMENTO)	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
<b>PUNTUACION TOTAL (MAX. 24)</b>	<b>01</b>

#### 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

Jr. Alexis G. Galazari Hontu,  
 MEDICO EVALUADOR  
 N° MP 19489

Firma y sello del Responsable del  
 Evaluador

Firma y Huella Digital del  
 Postulante



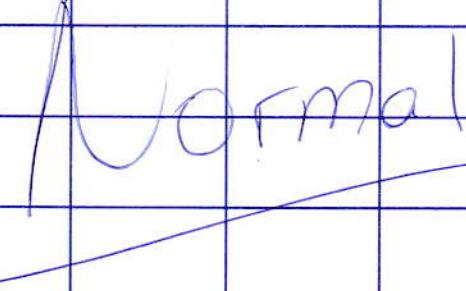
(1)

**TRVB - TEST DE RETENCIÓN VISUAL DE BENTON**  
**HOJA DE ANOTACIÓN**

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Jonin Fernández Chetilon DNI: 710 266 90  
 EDAD: 31 FECHA DE NACIMIENTO: 05 / 10 / 1992 LUGAR DE NAC: Chimán / Chota  
 SEXO: M. ESTADO CIVIL: Soltero GRADO DE INSTRUCCIÓN: Secundaria Completo  
 OCUPACIÓN: Operario CATEGORÍA: A III C  
 MOTIVO DEL EXAMEN: Habla de conducir FECHA DE EXAMEN: 27/06/2023  
 DIRECCIÓN: Av. Tomos Pachamuro 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: Lic. Domitila Ríos

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



  
Lic. Domitila Ríos Lavi  
 PSICOLOGA  
 INTESA  
 COP 32761

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

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





**CENTRO PREVENTIVO DE SALUD**

INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍA PARA LA SALUD Y EL AMBIENTE

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

1

NOMBRES Y APELLIDOS

Lenin fernandez Chetilon

DNI

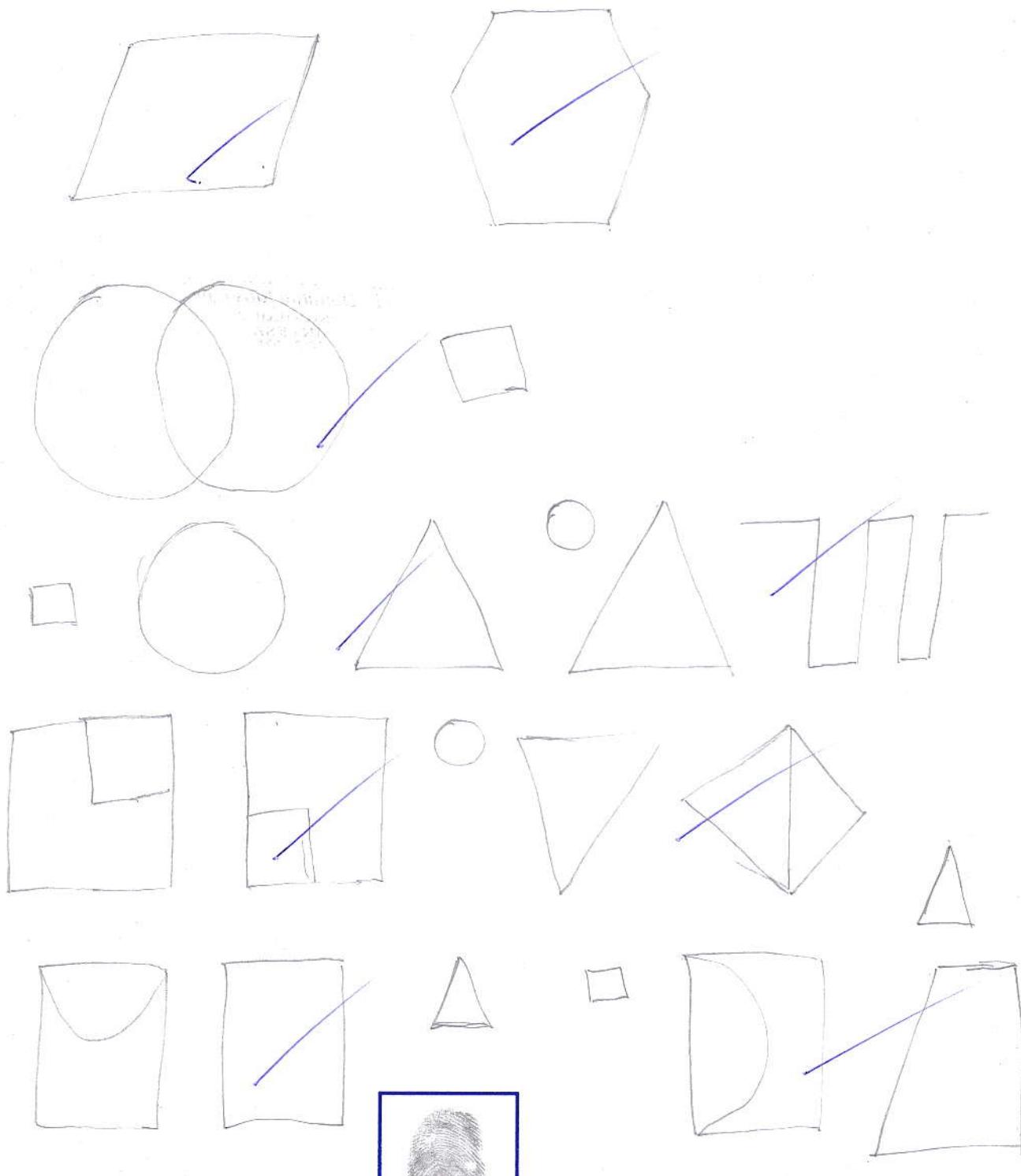
71026690

FECHA

27

06

23

FIRMA Y HUELLA DIGITAL DEL  
POSTULANTE  
Luis Fernando Pachano  
PSICÓLOGA  
INTESA  
COP 32761



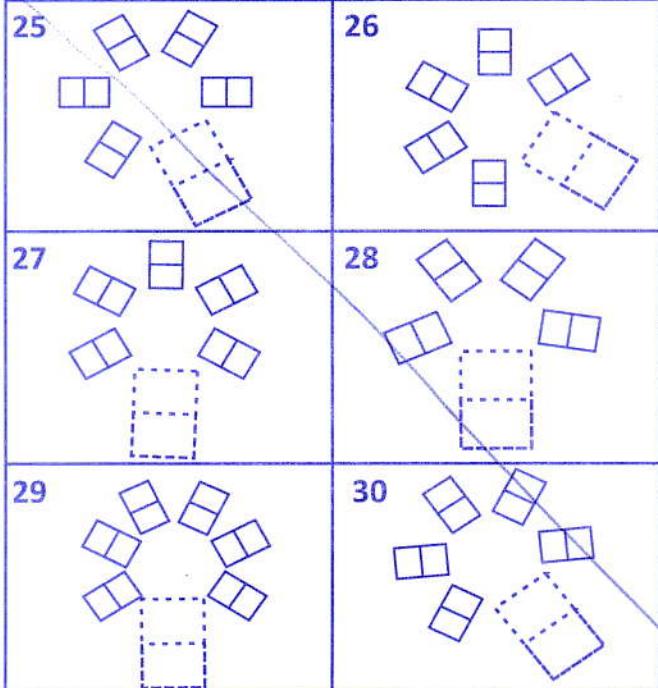
## Test de Dominios (Anstey)

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

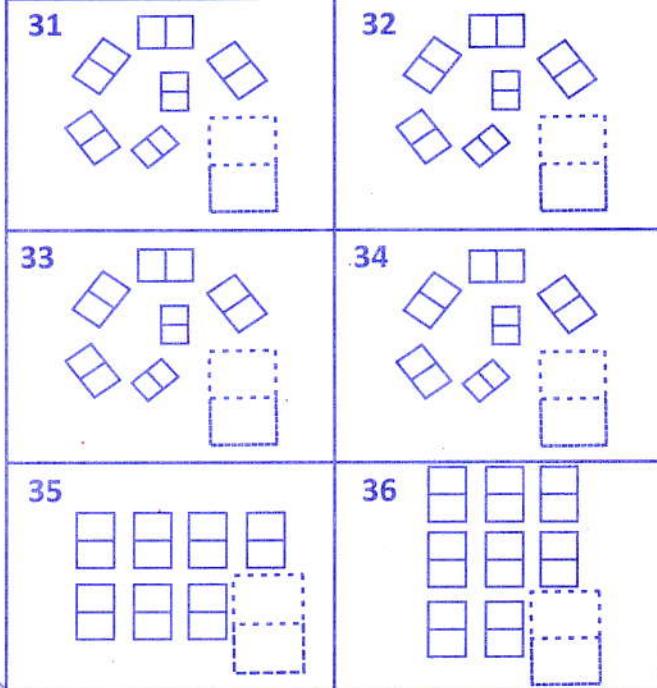
D.N.I. 71026690

Nombre:	Jenín Fernández Chetlán				Escolaridad:	Secundaria Completa	PD:	24					
Fecha de Nacimiento:	05	10	1992	Fecha de Hoy:	27	06	2023	Estado Civil:	Soltero	Edad:	31	Pc:	60
Sexo:	1.	Lugar de Nacimiento:	Chota	G. de instrucción:	Secundaria	Ocupación:	Operario	Rango:	III				
Motivo del examen:	Permiso de Conducir				Fecha de examen:	27/06/2023	Categoría:	A III C					
Dirección:	Av. Tomás Pachamorco N°1275 - Elías Sepúlveda Vargas												
Teléfono:	982 966 113			Hora inicio:	02:16 pm		Hora término:	02:36 pm					
Administración:	Individual <input checked="" type="checkbox"/>	Colectiva <input type="checkbox"/>	test <input type="checkbox"/>	Retest <input type="checkbox"/>	Diagnóstico:								

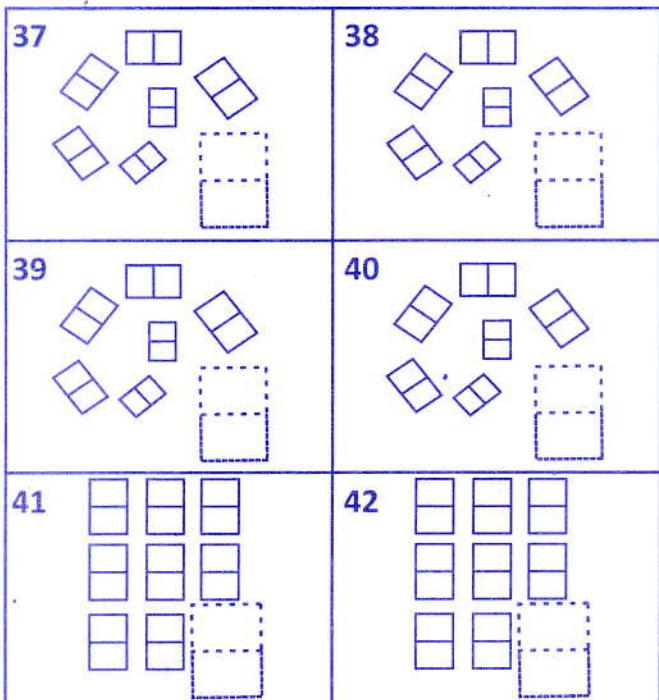
PÁGINA 5



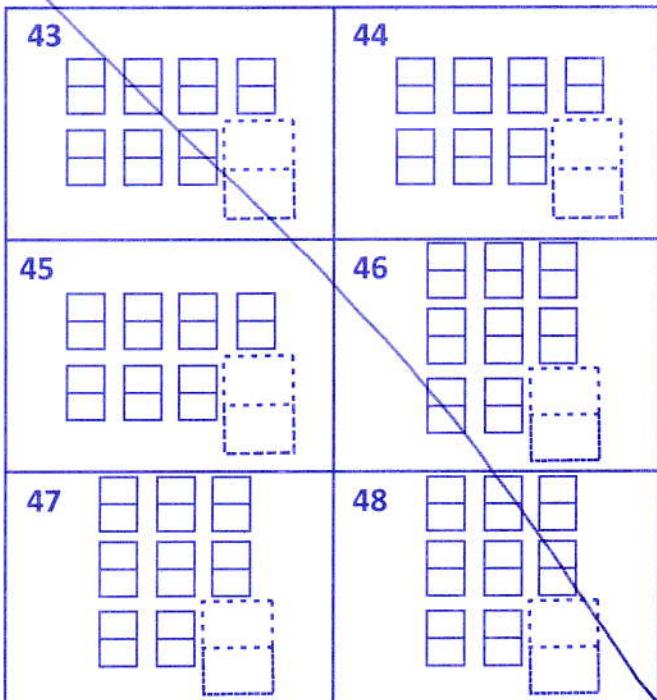
PÁGINA 6



PÁGINA 7



PÁGINA 8



Firma y Huella Digital del Postulante

Lic. Domitila Ríos Lau  
 PSICOLOGA  
 CINTESA  
 Firma y sello del Evaluador  
 COP 32781

# HOJA DE RESPUESTAS EJEMPLOS





PÁGINA 1

PÁGINA 2













PÁGINA 3

PÁGINA 4













  
 Firma

Huella Digital del Postulante

  
 Firma

Domicilio Precio de Evaluador

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

Lennin Fernandez Chetilon / Edad: 31 / F.N.: 05-10-1992

Sexo: 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

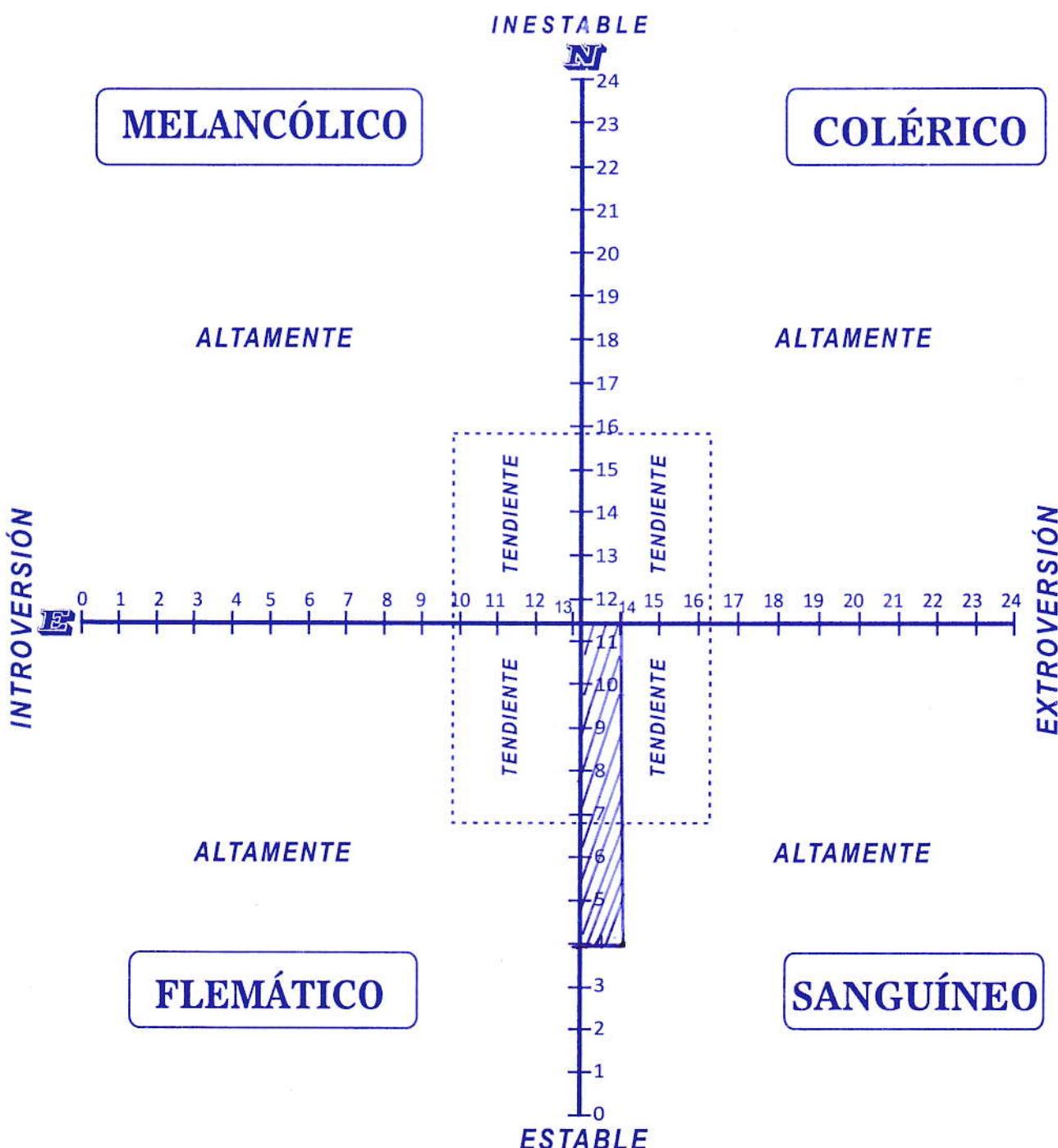
Lic. Domitila Ríos Lavi  
 PSICÓLOGA  
 INTESA  
 COP.32761



## TABLA DE CALIFICACIÓN EYSENK & EYSENCK

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

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



DIAGNÓSTICO: Temperamento Sangüíneo - Tendencia a la Extraversión.  
 Estable Emocionalmente.

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 LA FIGURA HUMANA – MACHOVER

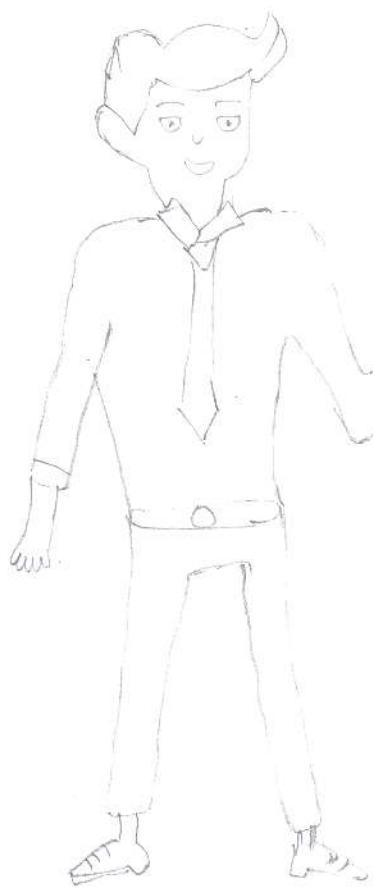
NOMBRES Y APELLIDOS *Lerin Fernandez Chetilar*

EDAD	31	Años	DNI	710 266 90	SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	FECHA DE NAC.	05	10	92
------	----	------	-----	------------	------	---------------------------------------	----------------------------	---------------	----	----	----

ESTADO CIVIL	Se Hizo	OCCUPACIÓN	Operario	GRADO DE INST.	<i>Segundo Completado</i>
--------------	---------	------------	----------	----------------	---------------------------

CATEGORÍA	A IIIc	NUEVO	<input checked="" type="checkbox"/>	REVALIDACIÓN	RE CATEGORIZACIÓN
-----------	--------	-------	-------------------------------------	--------------	-------------------

FECHA DE EVALUACION	27	06	23	HORA DE INICIO	02:45 P.M	HORA DE TÉRMINO	02:50 P.M
---------------------	----	----	----	----------------	-----------	-----------------	-----------



*Normal*

*Dra. ....*  
Lic. Domitila Ríos Lavi  
PSICÓLOGA  
INTESA  
COP 32781

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

Hora Inicio: 02:50 pm

Hora Término: 02:55 p.m. Calculadora de alcoholometría

27/06/23

Nombre: Lenin Fernandez Chetlen

EDAD: 31

SEXO: M

F

DNI: 71026690

F. NAC: 05/10/1992

GRADO DE INST.: Secundario.

OCCUPACIÓN: Operario

### 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 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 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 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

01

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 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 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 diario

7. ¿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 diario

8. ¿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 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 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

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

Puntaje AUDIT-C

Suma del puntaje de la pregunta 1 a 3

### RESULTADOS:

APTO

Firma y Huella Digital del Postulante



Lic. Domitila Ríos Lavi  
PSICÓLOGA  
INTESA  
COP 32781

Firma y sello del Responsable del Evaluador

## SCL - 90 -R

FECHA:	27/06/2023	NOMBRES Y APELLIDOS:	Lennin Fernandez Chetton	DNI:	710 26690
EDAD:	31	GRADO DE INSTRUCCIÓN:	Secundaria Completa	SEXO:	11 F.NACIMIENTO: 05-10-1992
CATEGORÍA:	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, pensado en como se sintió en que medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días). Tiene cinco (5) posibilidades de respuestas: NADA - MUY POCO - POCO - BASTANTE - MUCHO. No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

¿HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO AFECTADO POR? ...		NADA	MUY POCO	POCO	BASTANTE	MUCHO
1	Dolores de cabeza	X				
2	Nerviosismo o agitación interior	X				
3	Pensamientos no deseados que no se le van de su cabeza	X				
4	Sensación de desmayo o mareo	X				
5	Falta de interés en las relaciones sexuales		X			
6	Criticar a los demás	X				
7	Sentir que otro puede controlar mis pensamientos	X				
8	Sentir que otros son culpables de lo que me pasa		X			
9	Tener dificultad para memorizar cosas	X				
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	Tremblores en mi cuerpo	X				
18	Perder la confianza en la mayoría de las personas	X				
19	No tener ganas de comer	X				
20	Llorar por cualquier cosa	X				
21	Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.	X				
22	Sentirme atrapada/o o encerrado/a	X				
23	Asustarme de repente sin razón alguna	X				
24	Explotar y no poder controlarme	X				
25	Tener miedo a salir solo/a de mi casa	X				
26	Sentirme culpable por cosas que ocurren	X				
27	Dolores en la espalda			X		
28	No poder terminar las cosas que empecé a hacer		X			
29	Sentirme solo/a					
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				

*Lid Domitila Rios 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 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	✓				

X	APTO
	NO APTO

  
Firma y huella del postulante

  
Lic. Domitila Rios Lavi  
PSICÓLOGA  
INTESA  
COP 32761

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

Firma y sello del evaluador



