

NOMBRE DEL CENTRO MÉDICO

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

LOCAL :

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

CERTIFICADO MÉDICO DE EVALUACIÓN PSICOSOMÁTICA

N° de Informe : 2023-0970-0000159

Fecha del Informe : 25/04/2023 10:41:52 AM

EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 25/04/2023 08:18:09 AM

FICHA REGULAR

Fecha de Término : 25/04/2023 10:40:56 AM

INFORMACIÓN DEL EVALUADO

Apellido Paterno : QUINTEROS

Tipo Documento : DNI

Apellido Materno : GARDINI

Número Documento : 41767167

Nombres : JULIO ALBERTO

Fecha Nacimiento : 01/02/1983

Grupo sanguíneo y factor RH : O+



CLASE, CATEGORÍA Y TRÁMITE

Clase y Categoría : A IIa

Trámite : Revalidación

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

LIDIA CAPUNAY GONZALES
CBP 5991
BIOLOGA-MICROBIOLOGA

Toxicológico

CAPUNAY GONZALES MARIA

LIDIA

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

Otorrinolaringológico

SALDAÑA TIMANA YORKY

Lic. P. Milagros Pizango
Psicológico
HIDALGO PIZANGO MILAGROS

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

ENRIQUE SEGOVIA CASTRO
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 22522

FECHA Y HORA DE LAS EVALUACIONES REALIZADAS:

Examen de Sangre: 25/04/2023 08:28:11 AM - 25/04/2023 08:40:22 AM

Examen Psicológico: 25/04/2023 08:43:13 AM - 25/04/2023 09:46:36 AM

Examen Oftalmológico: 25/04/2023 09:49:14 AM - 25/04/2023 10:05:01 AM

Examen Otorrinolaringológico: 25/04/2023 10:06:00 AM - 25/04/2023 10:21:44 AM

Examen Clínico: 25/04/2023 10:25:02 AM - 25/04/2023 10:40:56 AM

DICTAMEN

APTO

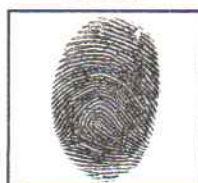
RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES

OBSERVACIONES DEL DIRECTOR

NINGUNA

Huella Digital del
Evaluado



Evaluated
QUINTEROS GARDINI JULIO ALBERTO

ENRIQUE SEGOVIA CASTRO
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 22522

NOMBRE DEL CENTRO MÉDICO

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

LOCAL :

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

INFORME MÉDICO DE EVALUACIÓN PSICOSOMÁTICA

N° de Informe : 2023-0970-0000159

Fecha del Informe : 25/04/2023 10:41:52 AM

EVALUACIÓN MÉDICA

FICHA REGULAR

Fecha de Inicio : 25/04/2023 08:18:09 AM

Fecha de Término : 25/04/2023 10:40:56 AM

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de Documento : DNI

Número de Documento : 41767167

Apellido Paterno : QUINTEROS

Apellido Materno : GARDINI

Nombres : JULIO ALBERTO

Fecha Nacimiento : 01/02/1983

Sexo : MASCULINO

Dirección : JR. ANGAIZA 404 BARRIO CONSUELO-RIOJA-RIOJA-SAN MARTIN

CLASE, CATEGORÍA Y TRÁMITE

Clase y Categoría : A IIa

Trámite: Revalidación

EXÁMENES DEL POSTULANTE

1. EXAMEN DE GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH

DIAGNOSTICO DEL RESPONSABLE

RESULTADO EXAMEN: O+

2. EXAMEN TOXICOLÓGICO

Alcoholimetría: 0.00 Apto

Habitualidad en el consumo de sustancias estupefacientes: Apto

DIAGNOSTICO DEL RESPONSABLE

OBSERVACIONES: NINGUNA

RESULTADO EXAMEN: Apto

3. EXAMEN PSICOLÓGICO

a) PRUEBA PSICOMÉTRICAS

Test de reacción: Apto

Test de Palanca o equiv.: Apto

Test de Punteado o equiv.: Apto

b) PRUEBA PSICOLÓGICA

Organicidad: Apto

Psicopatología: Apto

Psicomotricidad: Apto

Inteligencia:

DIAGNOSTICO DEL RESPONSABLE

OBSERVACIONES: NINGUNA

RESULTADO EXAMEN: Apto

4. EXAMEN OFTALMOLÓGICO

Agudeza Visual: Apto

SC: OD: 20 OI: 20

CC: OD: 00 OI: 00

Oftalmoscopia (F. de Ojo): Apto

Visión Nocturna: Apto

Esteropsis: Apto

Visión de Colores: Apto

Campimetría: Apto

Encandilamiento: Apto

Diplopia: Apto

Motilidad Ocular: Apto

Rec. Encandilamiento: Apto

DIAGNOSTICO DEL RESPONSABLE

OBSERVACIONES: NINGUNA
RESULTADO EXAMEN: Apto
RESTRICCIONES:

5. EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO

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

DIAGNOSTICO DEL RESPONSABLE

OBSERVACIONES: NINGUNA
RESULTADO EXAMEN: Apto
RESTRICCIONES:

6. EXAMEN CLÍNICO DE MEDICINA GENERAL

a) RESERVA CARDIO - RESPIRATORIA

Pulso: 90 Apto
Presión Arterial Diastólica: 80 Apto
Presión Arterial Sistólica: 110 Apto
Frecuencia Respiratoria: 20 Apto
Auscultación de Tórax: Apto

b) CAPACIDAD FUNCIONAL Y FUERZA MUSCULAR

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

c) AUSENCIA DE MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS

Corea - atetosis: Apto Parkinson: Apto
Corea: Apto

d) LESIONES DEFORMANTES QUE IMPIDAN LA CONDUCCION DE VEHICULOS MOTORIZADOS

Columna Vertebral: Apto Extremidades: Apto

DIAGNOSTICO DEL RESPONSABLE

OBSERVACIONES: NINGUNA
RESULTADO EXAMEN: Apto
RESTRICCIONES:

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

LIDIA CAPUÑAY GONZALES
CMP 5991
BIOLOGA MICROBIOLOGA
Toxicológico

CAPUÑAY GONZALES MARIA
LIDIA

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

Otorrinolaringológico
SALDAÑA TIMANA YORKY

HIDALGO PIZANGO MILAGROS
LIDIA PIZANGO MILAGROS
HIDALGO PIZANGO MILAGROS

ENRIQUE SEGOVIA CASTRO
MEDICO - CIRUJANO
SEGOVIA CASTRO YENIAS
CMP 2252
ENRIQUE

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

FECHA Y HORA DE LAS EVALUACIONES REALIZADAS:

Examen de Sangre:	25/04/2023 08:28:11 AM - 25/04/2023 08:40:22 AM
Examen Psicológico:	25/04/2023 08:43:13 AM - 25/04/2023 09:46:36 AM
Examen Oftalmológico:	25/04/2023 09:49:14 AM - 25/04/2023 10:05:01 AM
Examen Otorrinolaringológico:	25/04/2023 10:06:00 AM - 25/04/2023 10:21:44 AM
Examen Clínico:	25/04/2023 10:25:02 AM - 25/04/2023 10:40:56 AM

DICTAMEN

APTO

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES

OBSERVACIONES DEL DIRECTOR

NINGUNA



ENRIQUE SEGOVIA CASTRO
Director Médico
MEDICO - CIRUJANO
SEGOVIA CASTRO YSAIAS ENRIQUE
C.M.P. 22522



Examen Psicosensométrico

Nombre de la empresa

Dirección

Fecha Inicio: 2023/04/25

Fecha Terminó:

Datos Postulante

Nombres:	JULIO ALBERTO	Apellidos:	QUINTEROS GARDINI
Número de Documento:	41767167	Sexo:	MASCULINO
Fecha de Nacimiento:	1/02/1983	Edad:	40
Estado Civil:	SOLTERO/A	Ocupación:	COMERCIANTE
País:	PERU	Dpto:	SAN MARTIN
Grado Instrucción:	TÉCNICO	Provincia:	RIOJA
Teléfono:	942449441	Email:	
Tipo Evaluación:	LICENCIA DE CONDUCIR - REVALIDACIÓN / A-II-A / PROFESIONAL		
Dirección:	JR. ANGAIZA N°404		
Observaciones:	NINGUNA		

Psicotécnicos

Test de Palanca:

Errores:	3	Tiempo en Error:	0.33
Tiempo:	00 min 49 seg	Intentos Prueba:	1
Resultado:	APROBADO		

Test de Punteado:

Aciertos:	28	Permanencia:	5.73
Errores:	0		
Tiempo Prueba:	34 seg	Intentos Prueba:	3
Resultado:	APROBADO		

Test de Reacción:

Intento 1:	0.31	Intento 2:	0.31
Intento 3:	0.31	Intento 4:	0.28
Intento 5:	0.26	Intento 6:	0.27
Intento 7:	0.26	Intento 8:	0.29
Intento 9:	0.27	Intento 10:	0.29
Promedio:	0.29	Tiempo Total:	2.85
Intentos:	10		
Tiempo Prueba:	00 min 40 seg	Intentos Prueba:	3
Resultado:	APROBADO		

Visión

TIEMPO DURACIÓN: 01 min 36 seg

Agudeza Visual:

Izquierdo:	20/20	Derecho:	20/20
Ambos:	20/20		
Resultado:	APROBADO		

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

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

<u>Foria:</u>	Resultado:	APROBADO			
	Fila - Columna:	B - 6			

<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: 2:00			
---------------------------------------	-------------------	-------------------------	--	--	--

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

Audio

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



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

HISTORIA CLÍNICA Nº : 41767167 **Nº FICHA:** 2609
APELLIDOS Y NOMBRES: QUINTEROS GARDINI JULIO ALBERTO
EMPRESA : LICENCIA / PARTICULAR
OCUPACIÓN : COMERCIANTE

FECHA: 25 de Abril de 2023
EDAD: 40 **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

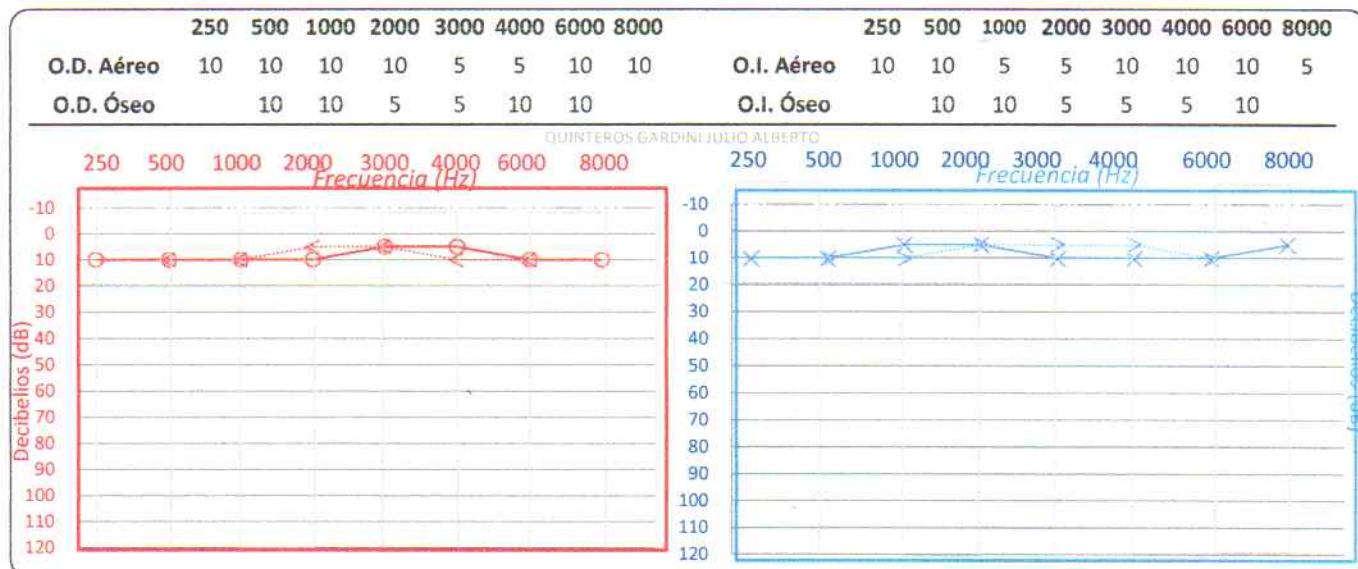
Otra -

X

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

OBSERVACIÓN : 0

AUDIOGRAMA



AUDIOMETRICA MARCA: Amplivox

MODELO: 260

SERIE: 10118

PROCEDENCIA: Reino Unido

FECHA CADUCIDAD DE CALIBRACIÓN sábado, 13 de Mayo de 2023

CALIBRACIÓN BIOLÓGICA: martes, 25 de Abril de 2023

CONCLUSIONES:

0

RECOMENDACIONES:

0

[Handwritten signature and fingerprint]

* Lectura de audiometría con metodología Klockhoff

[Handwritten signature]
 DR. YORRY SÁLDANA TIMANA
 CMP 082981
 MEDICO EVALUADOR
 CENTRO PREVENTIVO DE SALUD
CINTESA

Firma y sello

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD



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

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

EVALUACION MÉDICA

Fecha de Inicio Fecha de Terminó
Hora de Inicio Hora de Terminó

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de documento DNI - C. EXT N° documento
Ap. Paterno Ap. Materno
NOMBRE
Fecha de Nacimiento
ESTADO CIVIL SEXO EDAD TELEFONO
GRADO DE INSTRUCCIÓN OCUPACIÓN
NUEVA Revalidación Recategorización
No Profesional Profesional Categoría
DIRECCION



FIRMA DEL POSTULANTE
LICENCIA DE CONDUCIR

I. ANALISIS DE LABORATORIO

1. Examen toxicológico Hora de Inicio
A. Prueba Rápida de Alcoholimetría
Resultados (+) valor
B. Prueba Rápida para Cocaína, Marihuana y Drogas Sintéticas
Resultado Cocaína (+)
Resultado Marihuana (+)
Resultados de Drogas Sintéticas (+)
2. Grupo Sanguíneo y Factor RH
Grupo Sanguíneo factor RH

RESULTADO FINAL DE ANALISIS

Hora Terminó APTO ☒ NO APTO ☐

LIDIA CAPUNAY GONZALES
CBP 5991
BIOLOGA-MICROBIOLOGA

Firma y Huella Digital del
Postulante



II. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Anamnesis

Hora de Inicio: 08:43 am

Experiencia conducir ☒ Si ☐ No N° infracciones ☐ 0 Tipo de infracciones Leve grave Muy grave

N° Accidentes Ninguna

Accidentes Psicopatológico

Personales:

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

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

A. Equipo Psicométrico

Test de Palanca

Normal (+) (-) (Profesional)

Test de Reactímetro

Normal (+) (-) (Profesional)

Test de punteo

Normal (+) (-) (Profesional)

B. Pruebas o Sub Test

Diseño de Cubos (Weschler)

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

Benton forma C

Normal (+) (-)

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

A. Test Matrices Prog. De RAVEN

Normal (+) (-)

B. Test de Dominós Anstey

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

C. Test de Otis (abreviado)

Normal (+) (-)

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

A. Test Proy. Karen Macnover

Normal (+) (-)

B. NPF o Test de los 4 Temperamentos

Normal (+) (-)

C. Inventario personalidad Eysenk

Normal (+) (-)

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

A. Test de AUDIT Normal (+) (-)

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

Normal (+) (-)

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

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

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION PSICOLOGICA

Hora Termino: 09:46 am

APTO ☒NO APTO ☐

Observaciones: Ninguna



Lic. Pz. Milagros Hidalgo Pizango
C. DE P. 15174



Firma y Huella Digital del Postulante



I. EVALUACIÓN VISUAL

Hora Inicio: 09:49 am

 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: 10:05 am

APTO ☒NO APTO ☐

Observaciones: NINGUNA

SIN RESTRICCIONES

 DR. YORLY SILDANA TIMANA
 C.M.P. 002991
 MEDICO EVALUADOR
 CENTRO PREVENTIVO DE SALUD
CINTESA

Firma y Huella Digital del Postulante

**II. EVALUACION AUDITIVA**

Hora Inicio: 10:06 am

 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
 Audiometria

Oído Derecho	NORMAL
Oído Izquierdo	NORMAL
Ambos Oídos	NORMAL

FRECUENCIA (Hz)

Pérdida Auditiva
No.

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION AUDITIVA

Hora Terminó: 10:27 am

APTO ☒NO APTO ☐

Observaciones: NINGUNA

SIN RESTRICCIONES

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

Firma y Huella Digital del Postulante



I. EVALUACIÓN CLINICA

Hora Inicio 10:25 am

1. Anamnesis

Motivo:

Evaluación médica para licencia de conducir

2. Enfermedades Actuales

Tiempo de enfermedad:

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		X		
Accidentes isquémico		X		
Esclerosis lateral amiotrofica		X		
Enfermedades de Duchenne		X		
Otras enfermedades del sistema neurológico		X		
Sistema Hematológicos				
1. Enfermedades Metabólicas y Endocrinas				
Hipoglucemia		X		
Hiperglicemia o Diabetes Mellitus		X		
Enfermedad Tiroidea		X		
Enfermedad Paratiroidea		X		
Enfermedad Adrenal		X		
Trastornos hepáticos		X		
Sistema hematológico		X		
Trastornos Hematológicos				
Procesos sometidos a tratamiento quimioterapico		X		
Policitemia vera y poliglobulias		X		
Anemia, Leucopenia, Trombocitopenia		X		
Trastornos de coagulación		X		
Tratamiento anticoagulante		X		
Otros trastornos hematológicos		X		
Sistema Renal				
Nefropatía		X		
Trastorno Renal		X		
Insuficiencia Renal		X		
Otros				
Consumo de alcohol, tabaco (si la respuesta es sí; con qué frecuencia)		X		
Consumo sustancias toxicas (cocaína, marihuana, drogas sintéticas, si la respuesta es sí, desde cuándo y con qué frecuencia)		X		
Consumo de medicamentos (especificar nombres de medicamentos, frecuencia y desde cuando los usa)		X		
Declaro haber brindado información verdadera respecto a mis antecedentes médicos y a mi estado de salud física y mental actual que se me 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. AntropometriaPeso Talla IMC • **Sistema cardio – Respiratorio**

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

110 mmHg
80 mmHg
20 x' /
90 x'
99 %
1600 ml

1. Aparato Locomotor

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

Conservado
Ausente
Ausente
Ausente
Ausente

2. Sistema Neurológico

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

Siempre
Conservado
Ausente
Conservado
Adecuado
Adecuado

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)

23.29
110/80 mmHg
2
39 cm
0
NO

 Resultado ☐ APTO valor (+) (-)
RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION CLINICA

Hora Terminó: 10:40 am

 APTO ☒

 NO APTO ☐

Observaciones:

NUNCA

ENRIQUE SEGOVIA CASTRO
 MEDICO - CIRUJANO
 C.M.P. 22522

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

Hora Terminó: 10:40 am

 APTO ☒

 NO APTO ☐

Observaciones:

NUNCA

ENRIQUE SEGOVIA CASTRO
 MEDICO - CIRUJANO
 C.M.P. 22522

 Firma y Huella Digital del
 Postulante


ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
Quinteros	Gardini	Julio Alberto
DNI 41767167		FECHA EVALUACIÓN 25 04 2023

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?09.....horas

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

SITUACIÓN	PUNTUACIÓN
* SENTADO Y LEYENDO (EN ESTE MOMENTO)	0
* VIENDO LA T.V (EN ESTE MOMENTO)	0
*SENTADO, INACTIVO EN UN ACTO RELIGIOSO: MISA, CULTO (EN ESTE MOMENTO)	0
*EN CARRO, COMO ACOMPAÑANTE DE UN VIAJE DE UNA HORA (DE AQUÍ A TARAPOTO) EN ESTE MOMENTO)	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)	0

RESULTADO.

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

ENRIQUE SEGOVIA CASTRO
 MEDICO CIRUJANO
 C.M.P. 22522

Firma y Huella Digital del
 Postulante



J

TRVB - TEST DE RETENCIÓN VISUAL DE BENTON

HOJA DE ANOTACIÓN

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

 NOMBRES Y APELLIDOS: Bucio Alberto Quinteros Gardini DNI: 41767167

 EDAD: 40 FECHA DE NACIMIENTO: 01/02/83 LUGAR DE NAC: Tarapoto

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

 OCUPACIÓN: Comerciante CATEGORÍA: AIIa

 MOTIVO DEL EXAMEN: Licencia de conducir FECHA DE EXAMEN: 25/04/23

 DIRECCIÓN: J. Angariza # 404 - Rioja / Rioja / San Martín

 TELÉFONO: 942 449441 NIVEL DE INTELIGENCIA (Conocido o estimador): 70

 HORA INICIO: 08:43 ar HORA TÉRMINO: 08:53 ar EXAMINADO POR: Milagros Hidalgo P.

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:									

Normal


 Lic. P. Milagros Hidalgo Pizarro
 C.P.S.P. 18174

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

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

1

NOMBRES Y APELLIDOS

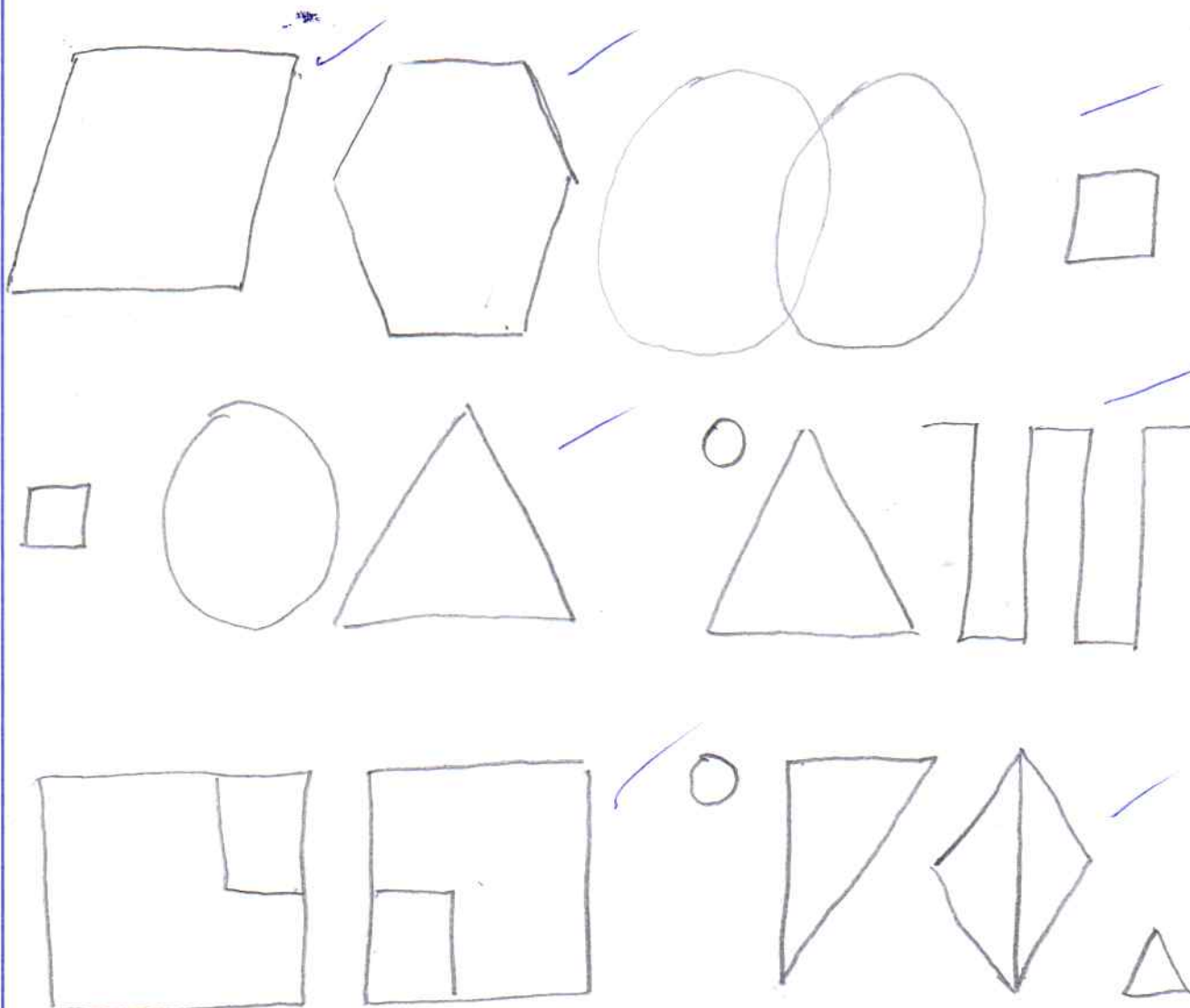
Julio Alberto Quinteros Gordini

DNI

41767167

FECHA

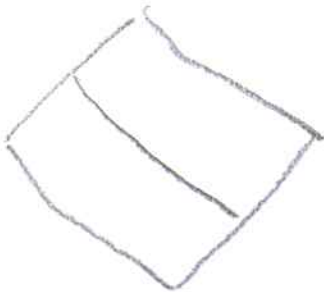
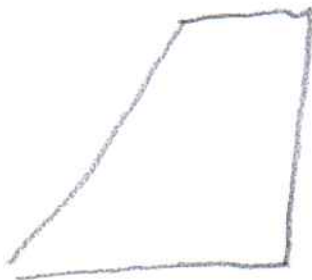
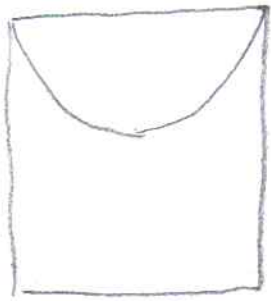
25 04 23



FIRMA Y HUELLA DIGITAL DEL
POSTULANTE



Firma y Huella Digital del Evaluador
Lic. Pr. Milagros Hidalgo Puang
FIRMA DEL EVALUADOR



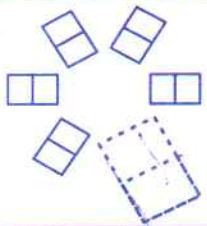
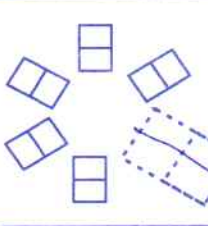
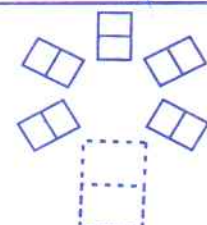
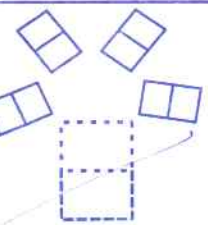
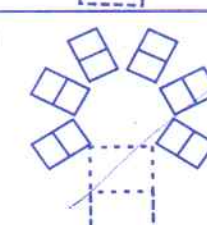
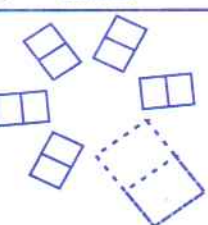

Lic. P. Milagros Hidalgo Pizango
C.Ps.P. 16174

Test de Dominios (Anstey)

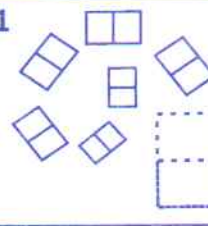
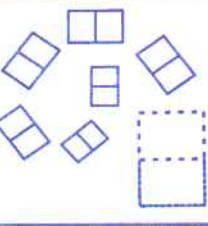
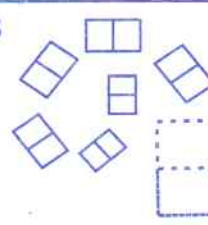
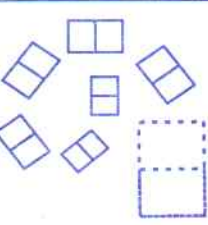
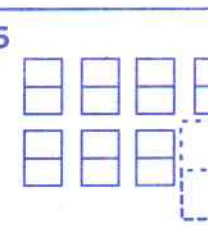
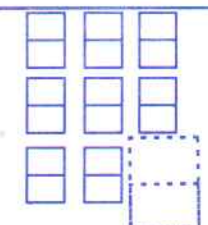
D.N.I.

Nombre:	Julio Alberto Quinteros Gardini			Escolaridad:	Técnico en Comp.			PD	24	
Fecha de Nacimiento:	01	02	83	Fecha de Hoy:	25	04	23	Estado Civil:	soltero	
Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lugar de Nacimiento:	Paragato			G. de instrucción:	Sup. técnico	Ocupación:	Comerciante
Motivo del examen:	Licencia de conducir			Fecha de examen:	25/04/23			Categoría:	AIIa	
Dirección:	Sr. Angariza # 404 - Rioja / Rioja / San Martín.									
Teléfono:	942449441			Hora inicio:	08:55 am			Hora término:	09:10 am	
Administración:	Individual	<input checked="" type="checkbox"/>	Colectiva	<input type="checkbox"/>	test	<input type="checkbox"/>	Retest	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico:	

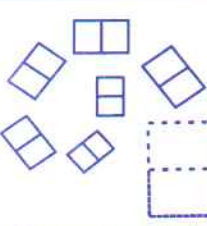
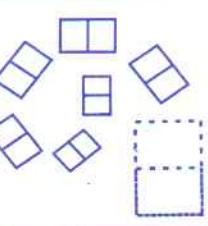
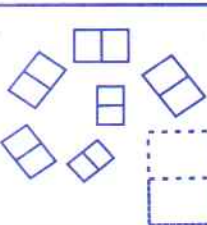
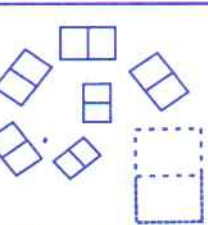
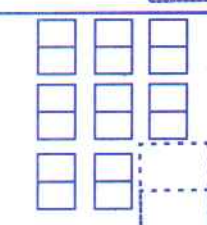
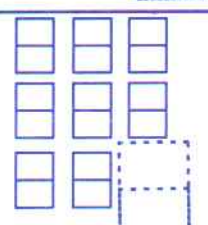
PÁGINA 5

25		26	
27		28	
29		30	

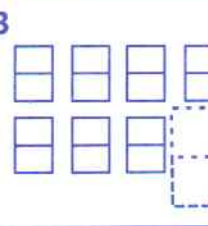
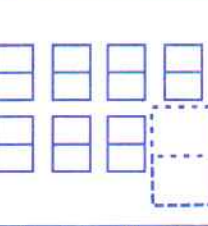
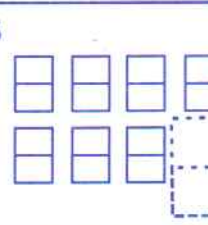
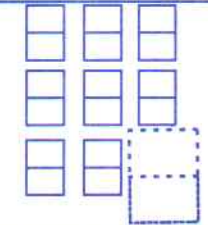
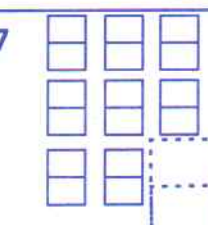
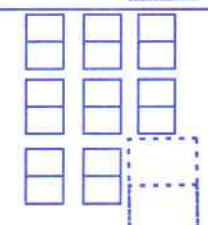
PÁGINA 6

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 y Sello del Responsable del Evaluador

C.P.F. 18174

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 sello del Responsable de Evaluador
Lic. P. Malagros Huángulo
C.Ps.P. 16174

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Julio Alberto Quinteros Gardini DNI: 41767167
 EDAD: 40 FECHA DE NACIMIENTO: 01/02/83 LUGAR DE NAC: Tarapoto
 SEXO: M ESTADO CIVIL: soltero GRADO DE INSTRUCCIÓN: Superior técnico
 OCUPACIÓN: Comerciante CATEGORÍA: A II a
 MOTIVO: licencia de conducir FECHA DE EXAMEN: 25/04/23
 DIRECCIÓN: Jr. Angariza # 404 - Rioja / Rioja / San Martín
 TELÉFONO: 94249441
 HORA INICIO: 09:10 am HORA TÉRMINO: 09:20 am

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	20.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	39.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	21.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	40.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	22.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	41.	<input checked="" type="radio"/>	<input 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 type="radio"/>	<input checked="" 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	45.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	27.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
9.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	28.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	47.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
10.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	29.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	48.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	30.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	49.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	31.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	50.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	32.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	51.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
14.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	33.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	52.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
15.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	34.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	53.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	35.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	54.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	36.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	55.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
18.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	37.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	56.	<input 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:

15

L:

4




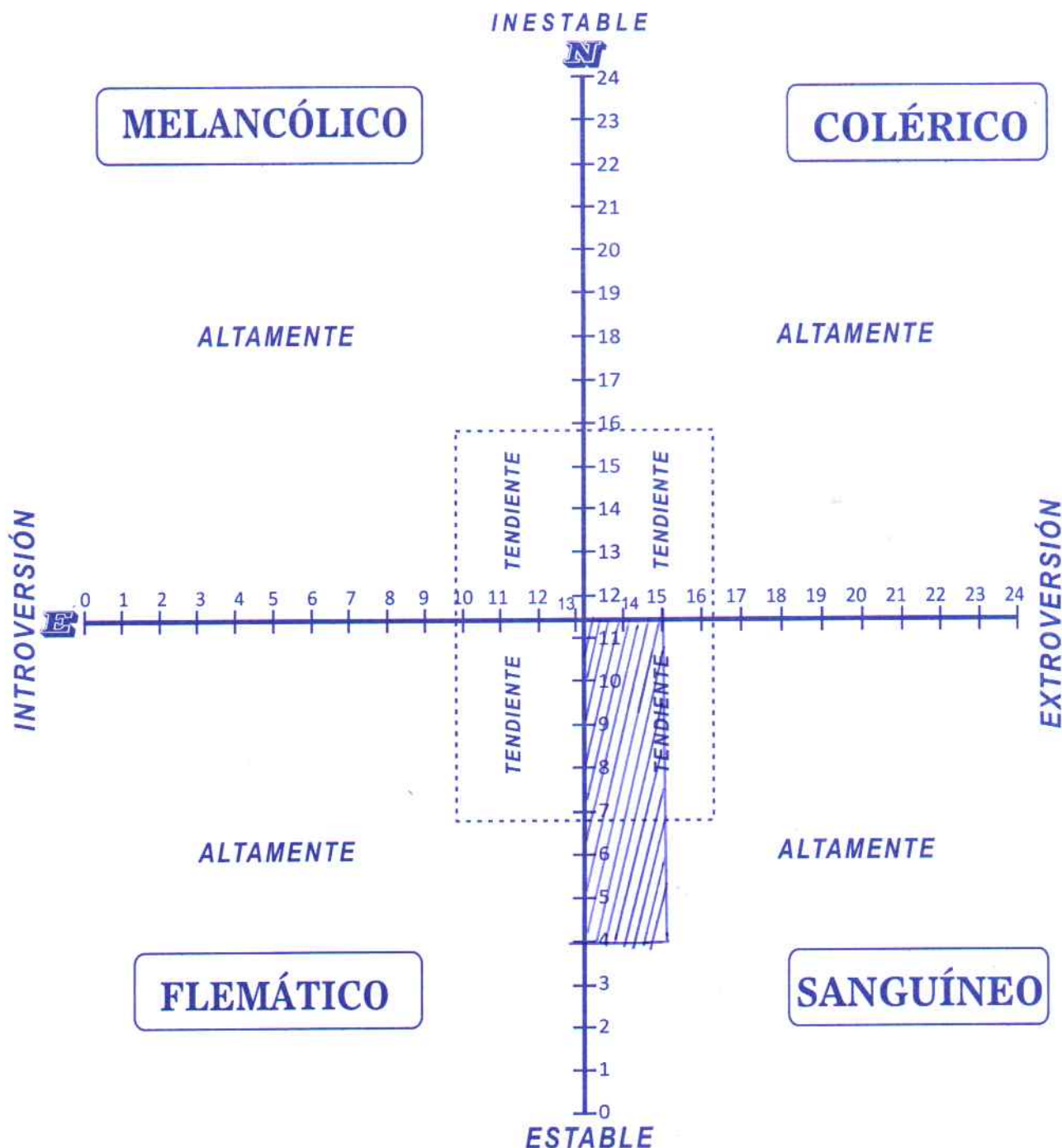

 Lic. P.º Hilarios Hidalgo Pizarro
 C.Ps.P. 16174

TABLA DE CALIFICACIÓN EYSENK & EYSENCK

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

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



DIAGNÓSTICO: Temperamento Sanguíneo - Tendencia a la Extroversión.
Estable Emocionalmente.

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD



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

TEST DE ALCOHOLISMO (TEST AUDIT)

FECHA

25 04 23

Hora Inicio: 09:20 ar Hora Terminó: 09:25 ar Calculadora de alcoholimetría

Nombre: Julio Alberto Quinteros Gardini EDAD 40 SEXO M ☒ F ☐

DNI: 41767167 F. NAC: 01 02 83 GRADO DE INST. Sup. técnica OCUPACIÓN Comerciante

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

1

Suma
del
puntaje de la
pregunta
1 a 3

Hombres 5 puntos a mas
Mujeres 4 puntos a mas

Consumo de riesgo

Continúe en las preguntas 4 a 10

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 ha podido 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 inversión mínima

Puntaje
AUDIT-C

8 a 15 puntos

Consumo de bajo riesgo

Realice una intervención breve

16 puntos a mas

Posible consumo

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

Suma
del
puntaje de la
pregunta
1 a 3

RESULTADOS:

APTO

Firma y Huella Digital del
Postulante



Firma y sello del Responsable del
Evaluador
Lic. P. 16174

TEST DE LA FIGURA HUMANA - MACHOVER

NOMBRES Y APELLIDOS Julio Alberto Quinteros Gardini / 40 a 101-02-83

Sexo: M DNI 41767167 Gr. Inst: sup. técnico FECHA 25 04 23

Hora Inicio: 09:25 am

Hora Término: 09:30 am



Normal


Lic. P. Milagros Hidalgo Pizango
C.Ps.P. 16174


Firma y Huella Digital del
Postulante



SCL - 90 -R

FECHA: 25/04/23 NOMBRES Y APELLIDOS: Julio Alberto Cuatrecasas Gardini DNI: 41767167
 EDAD: 40 GRADO DE INSTRUCCIÓN: Superior técnico SEXO: F. NACIMIENTO: 01/02/83
 CATEGORIA: AII a HORA DE INICIO: 09:30 am HORA DE TERMINO: 09:46 am

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

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

[Firma]
 H. P. Milagros Hidalgo Pizango
 C.P.P. 10474

[Firma]


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

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



 Firma y huella del postulante





 Firma y sello del evaluador

SOM: 35	HOS: 35
OBS: 35	FOB: 35
S.I: 35	PAR: 35
DEP: 30	PSIC: 35
ANS: 35	

REPUBLICA DEL PERU
 MINISTERIO DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES
 DIRECCION GENERAL DE TRANSPORTE TERRESTRE
LICENCIA DE CONDUCIR

Apellido: **QUINTEROS GARDINI**
 Nombre: **JULIO ALBERTO**
 Nro de Licencia: **X41767167**
 Clase: **A**
 Fecha de Expedición: **28/05/2010**
 Categoría: **Dos a**
 Fecha de Revalidación: **03/05/2016**

MTC

FIRMA DEL TITULAR

Sexo: **M** Fecha Promoción: **2** Nro Promoción: **41767167**
 Fecha de Nacimiento: **01/02/1983**
 Domicilio: **JR. CABO ALBERTO LEVEAU 671 LA BANDA DE SHILCAYO SAN MARTIN SAN MARTIN**
 Restricciones: **SIN RESTRICCIONES**
 Grupos y Factor Sanguíneo: **O+** Donación de Órganos: **NO**
 AUTORIDAD COMPETENTE

B0179127