



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

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

CERTIFICADO MÉDICO

Nº DE INFORME : 20991-638240074006531953

FECHA DEL INFORME : 3/07/2023 17:46:07

EVALUACIÓN MÉDICA

FECHA VENCIMIENTO : 30/12/2023



Fecha de Inicio : 3/07/2023 13:58:27

Fecha de Término : 3/07/2023 17:44:50

INFORMACIÓN DEL EVALUADO

Tipo de Documento : DNI.

Número de Documento : 75962771

Nombres : DAYRE JHONATAN RAMOS DELGADO

Grupo Sanguíneo : O - POSITIVO

Fecha de Nacimiento : 28/09/1995

CLASE Y CATEGORÍA DEL POSTULANTE

Clase : A

Categoría : A-I - REVALIDACIÓN

CONDICIÓN DEL POSTULANTE : APTO

RESULTADO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS Y PSICOLÓGICAS DEL POSTULANTE			
EXAMEN	RESULTADO	FIRMA Y SELLO	OBSERVACIONES
1. ANÁLISIS DE LABORATORIO MARIA LIDIA CAPUÑAY GONZALES	APTO	Lidia Capunay Gonzales CBP 5991 BIOLOGA-MICROBIOLOGA	
2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DOMITILA RIOS LAVI	APTO	Lic. Domitila Rios Lavi PSICÓLOGA INTESA COP 32761	
3. EVALUACIÓN VISUAL NEY ALBERTH GARCIA ARCE	APTO	Dr. Ney Alberth Garcia Arce MEDICO CIRUJANO CIAPI 67054	
4. EVALUACIÓN AUDITIVA NEY ALBERTH GARCIA ARCE	APTO	Dr. Ney Alberth Garcia Arce MEDICO CIRUJANO CIAPI 67054	
5. EVALUACIÓN CLÍNICA ALEXIS GERMAIN SALAZAR LLONTOP	APTO	CENTRO PREVENTIVO DE SALUD 054 Dr. A. G. Salazar Llontop MEDICO EVALUADOR CMR 7794 CENTRO PREVENTIVO DE SALUD INTESA	
RESULTADO FINAL	APTO	Dr. A. G. Salazar Llontop MEDICO EVALUADOR CMR 7794 CENTRO PREVENTIVO DE SALUD INTESA	

RESTRICCIONES: NINGUNA



Firma y Huella Digital del Postulante Evaluado

ALEXIS GERMAIN SALAZAR LLONTOP
DIRECTOR MÉDICO
INTESA
Director Mppc 09489
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 : 20991-638240074006531953

FECHA : 3/07/2023

EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 3/07/2023

Fecha de Término : 3/07/2023

Hora de Inicio : 13:58:27

Hora de Término : 17:44:50

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de Documento : DNI.

Nº de Documento : 75962771

Apellido Paterno : RAMOS

Apellido Materno : DELGADO

Nombres : DAYRE JHONATAN

Fecha de : 28/09/1995 Sexo : MASCULINO Teléfono : 971059931

Dirección : AV. RODRIGUEZ DE MENDOZA - NUEVA ESPERANZA

CLASE, CATEGORÍA Y CONDICIÓN DEL POSTULANTE

Clase : A Categoría : A-I - NO PROFESIONAL

Trámite : REVALIDACIÓN Condición : APTO

Postulante a licencia de conducir



Huella dactilar

1. ANÁLISIS DE LABORATORIO

GRUPO SANGUÍNEO O FACTOR RH

GRUPO SANGUÍNEO

FACTOR RH

O
POSITIVO

Resultado Final de Análisis de Laboratorio

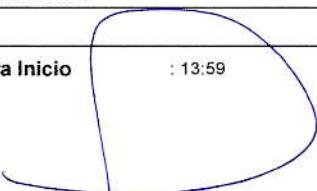
APTO

Observaciones

--

Hora Inicio : 13:59

Hora Término : 14:07



.....
LIDIA CAPUNAY GONZALES
C B P 5 9 9 1
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)

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 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 : 14:08

Hora Término : 15:21


Lic. Domitila Rios Lavi
PSICÓLOGA
INTESA
COP 32781

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

Hora Inicio 16:39

Hora Término : 17:01

Dr. Ney Alberth García Arce
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 81054



Firma, sello
Responsable de Evaluación Visual
NEY ALBERTH GARCIA ARCE




Firma y huella digital
Postulante

4. EVALUACIÓN AUDITIVA

OTOSCOPIA

RESULTADO (+) (-)

APTO

EXAMEN AUDITIVO

A. OIDO DERECHO

RESULTADO (+) (-) (dB)

5

B. OIDO IZQUIERDO

RESULTADO (+) (-) (dB)

5

C. AMBOS OIDOS

RESULTADO (+) (-) (dB)

5

Resultado Final de la Evaluación Auditiva

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

Hora Inicio

17:03

Hora Término

17:22

Dr. Ney Alberti García Arce
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 81054



Firma, sello
Responsable de Evaluación Auditiva
NEY ALBERTH GARCIA ARCE




Firma y huella digital
Postulante

5. EVALUACIÓN CLÍNICA

ANAMNESIS - EXAMEN FÍSICO

RESULTADO (+) (-)

LICENCIA DE CONDUCIR - ASINTOMATICO

ANTECEDENTES PERSONALES

A. SISTEMA CARDIO - RESPIRATORIO

INSUFICIENCIA CARDIACA

NO

TRASTORNOS DEL RITMO

NO

MARCAPASOS Y DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE

NO

PRÓTESIS VALVULARES CARDIACAS

NO

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

NO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

NO

ANEURISMA DE GRANDES VASOS

NO

ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA

NO

ENFERMEDAD VENOSA

NO

DISNEA

NO

TRASTORNOS DEL SUEÑO

NO

CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN

NO

OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIACO RESPIRATORIO

NO

B. APARATO LOCOMOTOR

PROCESO DEGENERATIVO OSTEONEUROMUSCULAR

NO

PRÓTESIS

NO

OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO LOCOMOTOR

NO

C. SISTEMA NEUROLOGICO

ENFERMEDADES ENCEFÁLICAS, MEDULARES Y DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO

NO

EPILEPSIA Y CRISIS CONVULSIVAS

NO

ALTERACIONES DE EQUILIBRIO

NO

TRASTORNOS MUSCULARES

NO

ACCIDENTE ISQUÉMICO

NO

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

NO

ENFERMEDAD DE DUCHENNE

NO

OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NEUROLÓGICO

NO

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

HIPOGLUCEMIA

NO

HIPERGLICEMIA O DIABETES MELLITUS

NO

ENFERMEDAD TIROIDEA

NO

ENFERMEDAD PARATIROIDEA

NO

ENFERMEDAD ADRENAL

NO

TRASTORNOS HEPÁTICOS

NO

SISTEMA HEMATOLÓGICO

NO

D.2. SISTEMA HEMATOLOGICO (TRANSTORNOS HEMATOLOGICOS)

PROCESOS SOMETIDOS A TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO

NO

POLICITEMIA VERA Y POLIGLOBULIAS

NO

ANEMIA, LEUCOPENIA, TROMBOCITOPENIA

NO

TRASTORNOS DE COAGULACIÓN

NO

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

NO

OTROS TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS	NO
OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMATOLÓGICO	NO

E. SISTEMA RENAL

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

F. OTROS

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO (SI LA RESPUESTA ES SI, CON QUE FRECUENCIA?, ANOTARLO EN OBSERVACIÓN)	NO
CONSUMO SUSTANCIAS TÓXICAS (COCAÍNA, MARIHUANA, DROGAS SINTÉTICAS, SI LA RESPUESTA ES SI, DESDE CUANDO Y CON QUE FRECUENCIA, ANOTARLO EN OBSERVACIÓN)	NO
CONSUMO MEDICAMENTOS (ESPECIFICAR LOS NOMBRES DE LOS MEDICAMENTOS, LA FRECUENCIA Y DESDE CUANDO LOS USA, ANOTARLO EN OBSERVACIONES)	NO

EXAMEN FÍSICO

A. ANTROPOMETRÍA

PESO (KG)	71
TALLA (CM)	1.65
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	260789.72

B. SISTEMA CARDIO-RESPIRATORIO

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (MMHG)	118
PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (MMHG)	65
FRECUENCIA RESPIATORIA EN REPOSO	20
FRECUENCIA DE PULSO EN REPOSO	89
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

Resultado Final de la Evaluación Clínica

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

--

Hora Inicio : 17:25

Hora Término : 17:44

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD INTESA

Dr. ALEXIS G. Salazar Llontop
MEDICO EVALUADOR

CMP 49489
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
CMP 49489

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

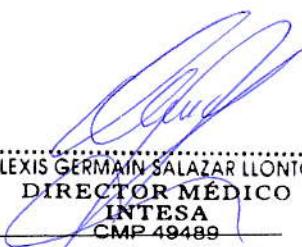


Firma y huella digital
Postulante

Hora término de la evaluación completa : 17:46

ALEXIS GERMAIN SALAZAR LLONTOP
DIRECTOR MÉDICO
INTESA
CMP 49489

Director Médico
ALEXIS GERMAIN SALAZAR LLONTOP



HISTORIA CLÍNICA Nº : 75962771 Nº FICHA: 2722
 APELLIDOS Y NOMBRES : RAMOS DELGADO DAYRE JHONATAN
 EMPRESA : LICENCIA/PARTICULAR
 OCUPACIÓN : OPERADOR DE MAQUINARIO

FECHA: 3 de Julio de 2023
 EDAD: 27 SEXO : M
 TIEMPO DE TRABAJO: 0

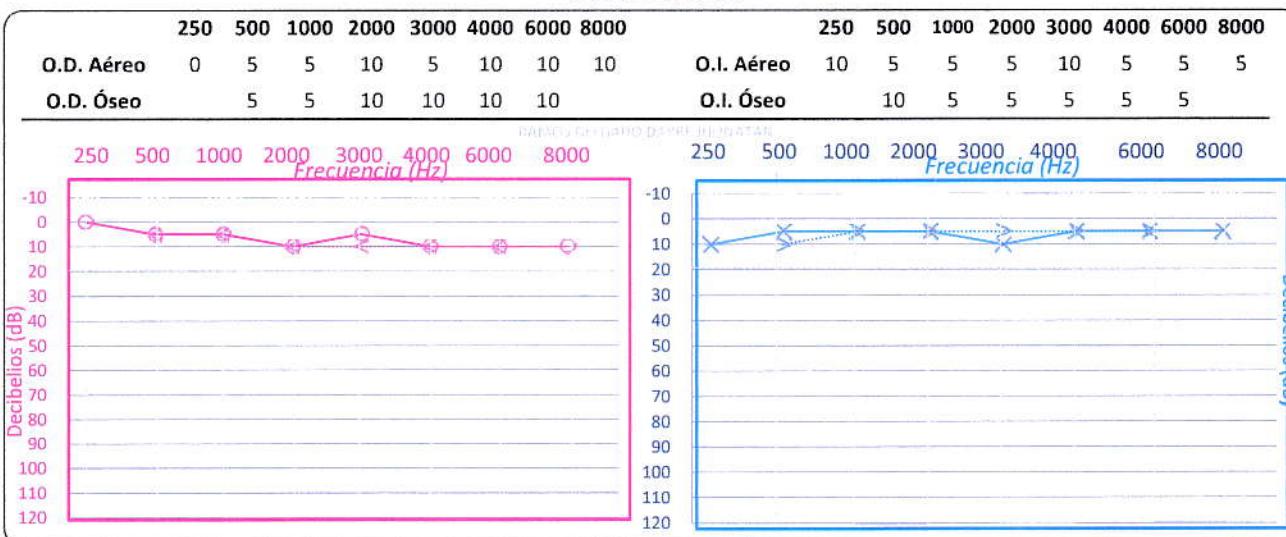
APRECIACIÓN DEL RUIDO	USO DE PROTECTORES AUDITIVOS	TIPO DE EXAMEN
Ruido muy intenso	-	Pre-ocupacional -
Ruido moderado	-	Periódica -
Ruido no molesto	-	Retiro -
TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL RUIDO - TOTAL PONDERADO EN 8 Hrs/día :	8	Otro -

ANTECEDENTES RELACIONADOS	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



AUDIÓMETRO MARCA: Amplivox

MODELO: 260

SERIE: 10118

PROCEDENCIA: Reino Unido

FECHA CADUCIDAD DE CALIBRACIÓN: Junes, 13 de Mayo de 2024

CALIBRACIÓN BIOLÓGICA: Junes, 3 de Julig de 2023

CONCLUSIONES:

0

RECOMENDACIONES:

0

.....
 Dr. Ney Alberth García Arce

 MÉDICO CIRUJANO
 C.M.P. 81054

Firma y sello

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

Fecha Inicio:	2023/07/3	Fecha Término:	
Datos Postulante			
Nombres:	DAYRE JHONATAN	Apellidos:	RAMOS DELGADO
Número de Documento:	75962771	Sexo:	MASCULINO
Fecha de Nacimiento:	28/09/1995	Edad:	27
Estado Civil:	SOLTERO/A	Ocupación:	
País:	PERU	Dpto:	SAN MARTIN
Grado Instrucción:	SECUNDARIA	Provincia:	MOYOBAMABA
Teléfono:	971059931	Email:	
Tipo Evaluación:	LICENCIA DE CONDUCIR - REVALIDACIÓN / A-I / NO PROFESIONAL		
Dirección:	AV RODRIGUEZ DE MENDOZA NUEVA ESPERANZA SORITOR		
Observaciones:			

Psicotécnicos			
Test de Palanca:			
Errores:	10	Tiempo en Error:	3.47
Tiempo:	00 min 45 seg	Intentos Prueba:	2
Resultado:	APROBADO		
Test de Punteado:			
Aciertos:	35	Permanencia:	4.91
Errores:	22		
Tiempo Prueba:	34 seg	Intentos Prueba:	1
Resultado:	APROBADO		
Test de Reacción:			
Intento 1:	0.36	Intento 2:	0.44
Intento 3:	0.34	Intento 4:	0.36
Intento 5:	0.33	Intento 6:	0.36
Intento 7:	0.38	Intento 8:	0.39
Intento 9:	0.35	Intento 10:	0.37
Promedio:	0.37	Tiempo Total:	3.68
Intentos:	10		
Tiempo Prueba:	00 min 42 seg	Intentos Prueba:	1
Resultado:	APROBADO		

Visión		TIEMPO DURACIÓN:	03 min 34 seg
Audeza Visual:			

Izquierdo:	20/20	Derecho:	20/20	
Ambos:	20/20			
Resultado:	APROBADO			
Señales Transito:	Resultado:	APROBADO		
	Figura 3:	Si - 30%	Figura 6:	Si - 50%
	Figura 11:	Si - 70%		
Colores:	Resultado:	APROBADO		
	Intento 1:	1 - A (ROJO)	Reconoció:	Si
	Intento 2:	2 - B (VERDE)	Reconoció:	Si
	Intento 3:	3 - A (AMARILLO)	Reconoció:	Si
	Intento 4:	3 - D (BLANCO)	Reconoció:	Si
	Intento 5:	4 - D (AZUL)	Reconoció:	Si
Foria:	Resultado:	APROBADO		
	Fila - Columna:	B - 7		
Estereopsis:	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		
Visión Nocturna:	Resultado:	APROBADO - Calibración a 0.5 CD		
Encandilamiento:	Resultado:	APROBADO - Calibración a 45 CD		
Tiempo de Recuperación:	Resultado:	APROBADO - Tiempo: 1:61		
Campimetria:	Resultado:	APROBADO		
	Ojo Izquierdo:	80°	Ojo Derecho:	80°

Audio

Audímetro: Sin Resultados





Dr. Ney Alberti Garcia Arce
 MÉDICO CIRUJANO
 C.M.P. 81054

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

EVALUACION MÉDICA

Fecha de Inicio **03/07/23**

Fecha de Termino **03/07/23**

Hora de Inicio **07:58 pm**

Hora de Termino **05:44 pm**

DATOS DEL POSTULANTE

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

Nº documento **75962771**

Ap. Paterno **Ramos**

Ap. Materno **Delgado**

NOMBRE **Dayre Jhennatan**

Fecha de Nacimiento **28/09/95**

ESTADO CIVIL **Soltero** SEXO **M** EDAD **28** TELEFONO **9711059931**

GRADO DE INSTRUCCIÓN **Secundari. C.** OCUPACIÓN **Op. de Maquinaria**

NUEVA **Revalidación** **X** Recategorización

No Profesional **Profesional** **X** Categoría **A1**

DIRECCION **Av. Rodriguez de Mendoza Nueva Esperanza Sontor -
Hoyobamba - San Martín.**




FIRMA DEL POSTULANTE
LICENCIA DE CONDUCIR

I. ANALISIS DE LABORATORIO

1. Examen toxicológico

A. Prueba Rápida de Alcoholimetría

Resultados **(+)** **(-)**

Hora de Inicio

01:59 pm

valor

0.00%

B. Prueba Rápida para Cocaína, Marihuana y Drogas Sintéticas

Resultado Cocaína **(+)** **(-)**

Resultado Marihuana **(+)** **(-)**

Resultados de Drogas Sintéticas **(+)** **(-)**

-
-
-

2. Grupo Sanguíneo y Factor RH

Grupo Sanguíneo **“O”**

factor RH **Positivo**

RESULTADO FINAL DE ANALISIS

Hora Termino **02:07 pm**

APTO **X**

NO APTO

LIDIA CAPUNAY GONZALES
CBP 5991
BIOLOGA-MICROBIOLOGA

Firma y Huella Digital del
Postulante



II. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Anamnesis

 Experiencia conducir 5 N° infracciones 0 Tipo de infracciones Leve grave Muy grave

Hora de Inicio: 02:08 pm

N° Accidentes Niego

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)

(+) (-)		(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 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)

Normal	(+) (-)
--------	---------

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION PSICOLOGICA

Hora Termino: 03:21 pm

APTO NO APTO

Observaciones: Ninguna



Lic. Domitila Ríos Lavi
PSICÓLOGA
INTESA
COP 32781



Firma y Huella Digital del Postulante


Oído Derecho	Normal
Oído Izquierdo	Normal
Ambos Oídos	Normal

FRECUENCIA (Hz)

Pérdida Auditiva

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION AUDITIVA

Hora Termino: 05:22 pm

APTO NO APTO

Observaciones: Ninguna

sin Rastros.

Dr. Ney Alberth García Arce

MÉDICO CIRUJANO

C.M.P. 81054

Firma y Huella Digital del Postulante



I. EVALUACIÓN CLINICA

1. Anamnesis

Motivo: *Recupera Convalecencia*

Hora Inicio

05:25 pm

2. Enfermedades Actuales

Tiempo de enfermedad: — Forma inicio —

Curso: —

Síntomas principales: *Asintomático*

3. Antecedentes Personales

A. Sistema Cardio - Respiratorio

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

B. Aparato Locomotor

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

C. Sistema Neurológicos

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

Trastornos musculares		✓		
Accidentes isquémico		✓		
Esclerosis lateral amiotrofica		✓		
Enfermedades de Duchenne		✓		
Otras enfermedades del sistema neurológico		✓		
Sistema Hematológicos				
1. Enfermedades Metabólicas y Endocrinias				
Hipoglucemia		✓		
Hiperglicemia o Diabetes Mellitus		✓		
Enfermedad Tiroidea		✓		
Enfermedad Paratiroides		✓		
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 socialmente 0L vez/mes
Consumo sustancias toxicas (cocaina, 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 consulta al momento de la evaluación psicosomática, por ello declaro que soy consciente que el ocultar o falsear información puede conllevar consecuencias legales, por lo que asumo la responsabilidad de ello.	✗			 Firma y Huella Digital

1. Antropometria

Peso **71.0** Talla **1.65** IMC **26.08**

• Sistema cardio – Respiratorio

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

118
68
20 /
89 %
97 %
 (CON) VENT

1. Aparato Locomotor

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

CONSERVADO
AUSCULTANTE
DEJUVENNE
AUSCULTANTE
AUSCULTANTE

2. Sistema Neurológico

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

SIN ENFERMEDAD
GRUPO I (normal)
AUSCULTANTE
CONSERVADO
CONSERVADO
CONSERVADO

3. Sistema de Monitoreo de Somnolencia (postulantes y profesionales)

- Índice de masa corporal
- Presión arterial sistólica o diastólica
- Orofaringe con clasificación de Mallanpati
- Perímetro del cuello en centímetros
- Escala de somnolencia Epworth (versión peruana)
- Ronquido intenso (atestiguado por la pareja o familia)

86-08
11865
II
39 cm
0
NINONINO

Resultado valor (+) (-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION CLINICA

Hora Termino: 05:44 pm

APTO

NO APTO

Observaciones: *kinanp*

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD CINTESA
Dr. Alexis G. Salazar Llontop
MEDICO EVALUADOR
CNP 42-199

Firma y Huella Digital del Postulante



RESULTADO DEL PROCESO

Hora Termino: 05:44 pm

APTO

NO APTO

Observaciones: *lmeas*

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD
Dr. Alexis G. Salazar Llontop
MEDICO EVALUADOR
CNP 42-199

Firma y Huella Digital del Postulante



ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
Ramos	Delgado	Deyanira
DNI	75962771	FECHA EVALUACIÓN
RONCA USTED	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

UTILICE LA TABLA Y ELIJA LA CIFRA ADECUADA PARA CADA SITUACIÓN

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

Cuantas 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)	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 SILLÓN COMODO (EN ESTE MOMENTO)	0
*SENTADO Y PLATICANDO CON LOS PADRES O LOS QUE VIVEN CERCA DE UD. (EN ESTE MOMENTO)	0
*SENTADO DESPUES DE LA COMIDA (SIN TOMAR ALCOHOL) (EN ESTE MOMENTO)	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 ptos: RANGO NORMAL DE SOMNOLENCIA

11 - 14 ptos: SOMNOLENCIA DIURNA LEVE

15 - 18 ptos: SOMNOLENCIA DIURNA MODERADA

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD CINTESA

 Dr. Alvaro Palazón Llontop
 MEDICO EVALUADOR
 C.M. 10899

Firma y sello del Responsable del Evaluador

Firma y Huella Digital del Postulante



④

TRVB - TEST DE RETENCIÓN VISUAL DE BENTON
HOJA DE ANOTACIÓN

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Deyre Jhonetan Ramos Delgado DNI: 75962771
 EDAD: 28 FECHA DE NACIMIENTO: 28/09/1995 LUGAR DE NAC: Nro. Esperanza Buitor
 SEXO: M. ESTADO CIVIL: Soltero GRADO DE INSTRUCCIÓN: Secundaria Completa
 OCUPACIÓN: Operador de Plegaria CATEGORÍA: AI
 MOTIVO DEL EXAMEN: Queria el Conducir FECHA DE EXAMEN: 03/07/2023
 DIRECCIÓN: A.v. Rodriguez de Rondosa - Nro. Esperanza 1600 Buitor / Moyobamba
 TELÉFONO: 971 059 931 NIVEL DE INTELIGENCIA (Conocido o estimador): 60
 HORA INICIO: 02:08 pm HORA TÉRMINO: 02:18 pm EXAMINADO POR: Lic. 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:								

REPRODUCCIONES CORRECTAS: "ESPERADAS" OBTENIDAS DIFERENCIA

VALORACION DE ERRORES: "ESPERADAS" OBTENIDAS DIFERENCIA




1

NOMBRES Y APELLIDOS

Dayre Shonaton Ramos Delgado

DNI

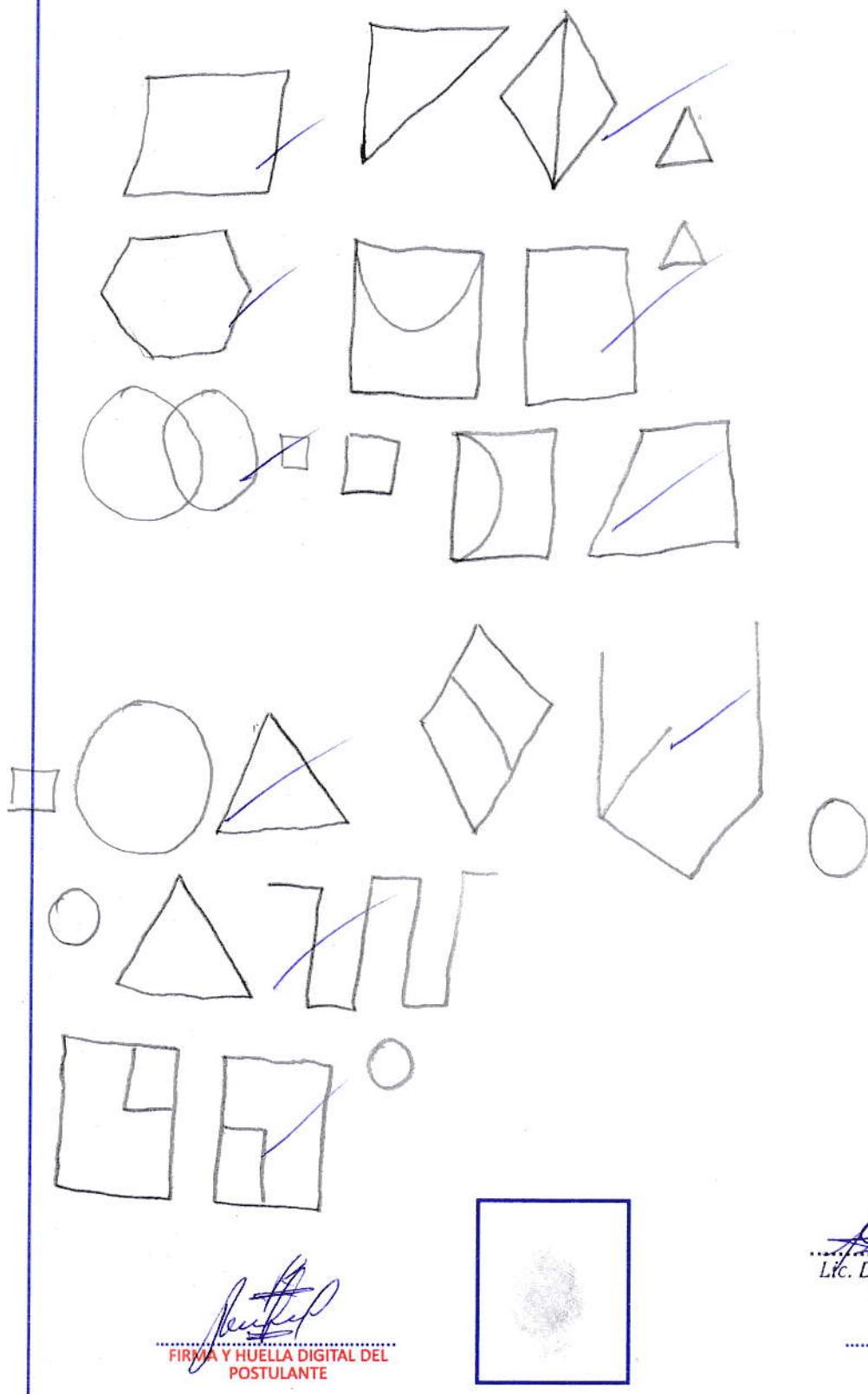
7596 2771

FECHA

03

02

23



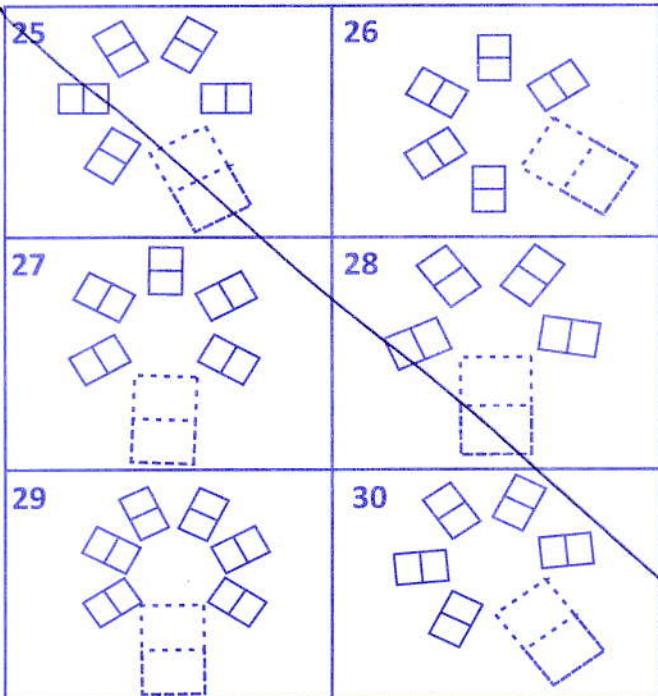

Lic. Domitila Rios Lavi
PSICÓLOGA
INTESA
COP 32761

.....
FIRMA DEL EVALUADOR

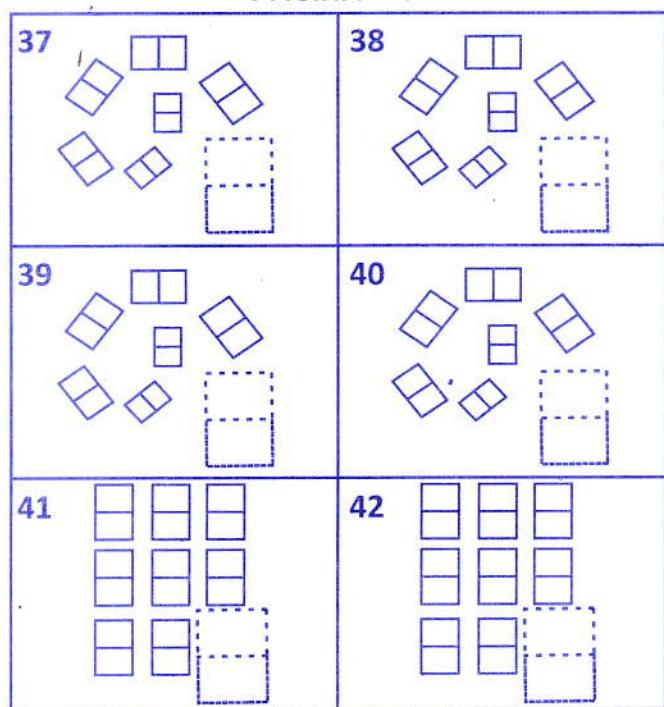
.....
FIRMA Y HUELLA DIGITAL DEL
POSTULANTE

Nombre:	Dayre Shondon Ramos Delgado	Escolaridad:	Secundaria Completa	PD:	24		
Fecha de Nacimiento:	28 09 1995	Fecha de Hoy:	03 07 2023	Estado Civil:	Soltero		
Sexo:	M	Lugar de Nacimiento:	Mra. Esperanza	Ocupación:	Op. Plagimaria		
Motivo del examen:	Revisión de conducir		Fecha de examen:	03/07/2023	Rango:	III	
Dirección:	Av. Rodriguez de Nendoza / Mra. Esperanza / 3010					Categoría:	AI
Teléfono:	971 659 931	Hora Inicio:	02:18 pm	Hora término:	02:35 pm		
Administración:	Individual <input checked="" type="checkbox"/>	Colectiva <input type="checkbox"/>	test <input type="checkbox"/>	Retest <input type="checkbox"/>	Diagnóstico: <input type="checkbox"/>		

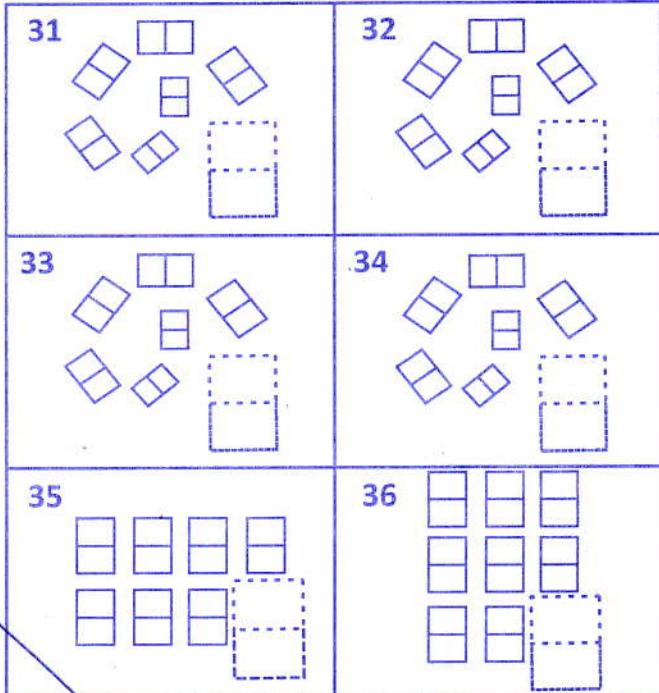
PÁGINA 5



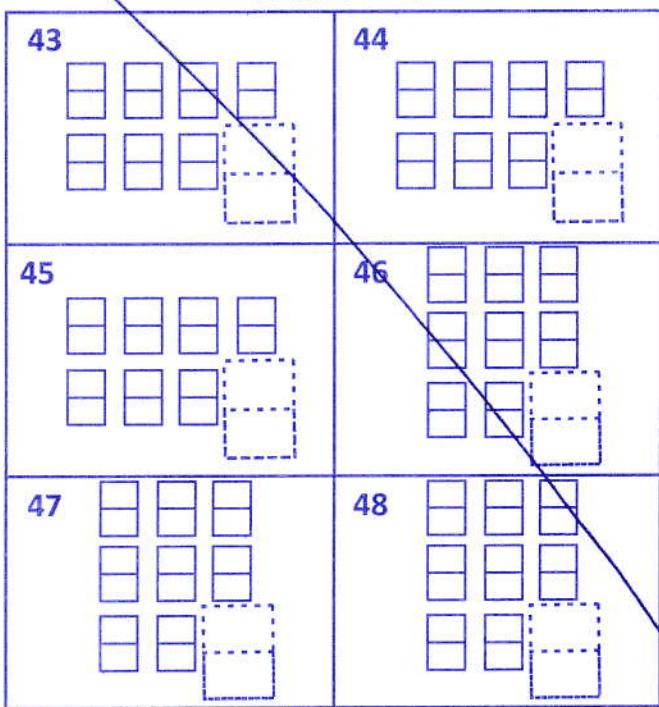
PÁGINA 7



PÁGINA 6



PÁGINA 8



**HOJA DE RESPUESTAS
 EJEMPLOS**

PÁGINA 1

PÁGINA 2

PÁGINA 3

PÁGINA 4


 Firma y Huella Digital del Postulante


 Comitita Ríos Lavi
 Firma y sello del Responsable del Evaluador
 PSICOLOGA
 INTESA
 COP 32761

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

Hora Inicio: 02:35 pm Hora Término: 02:45 pm
NOMBRES Y APELLIDOS: Dayre Shoneton Ramos Delgado / Edad: 28± / F.N: 28-09-95
Sexo: Pasulino DNI: 75962771 S. Inst: Secundaria Completa FECHA: 03 07 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	21.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	40.	<input checked="" type="radio"/>	<input 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	23.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	42.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	24.	<input type="radio"/>	<input checked="" 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 checked="" type="radio"/>	<input 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 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 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 type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	52.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
15.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	34.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	53.	<input type="radio"/>	<input checked="" 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 checked="" type="radio"/>	<input 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

N: 8

E: 16

L: 2

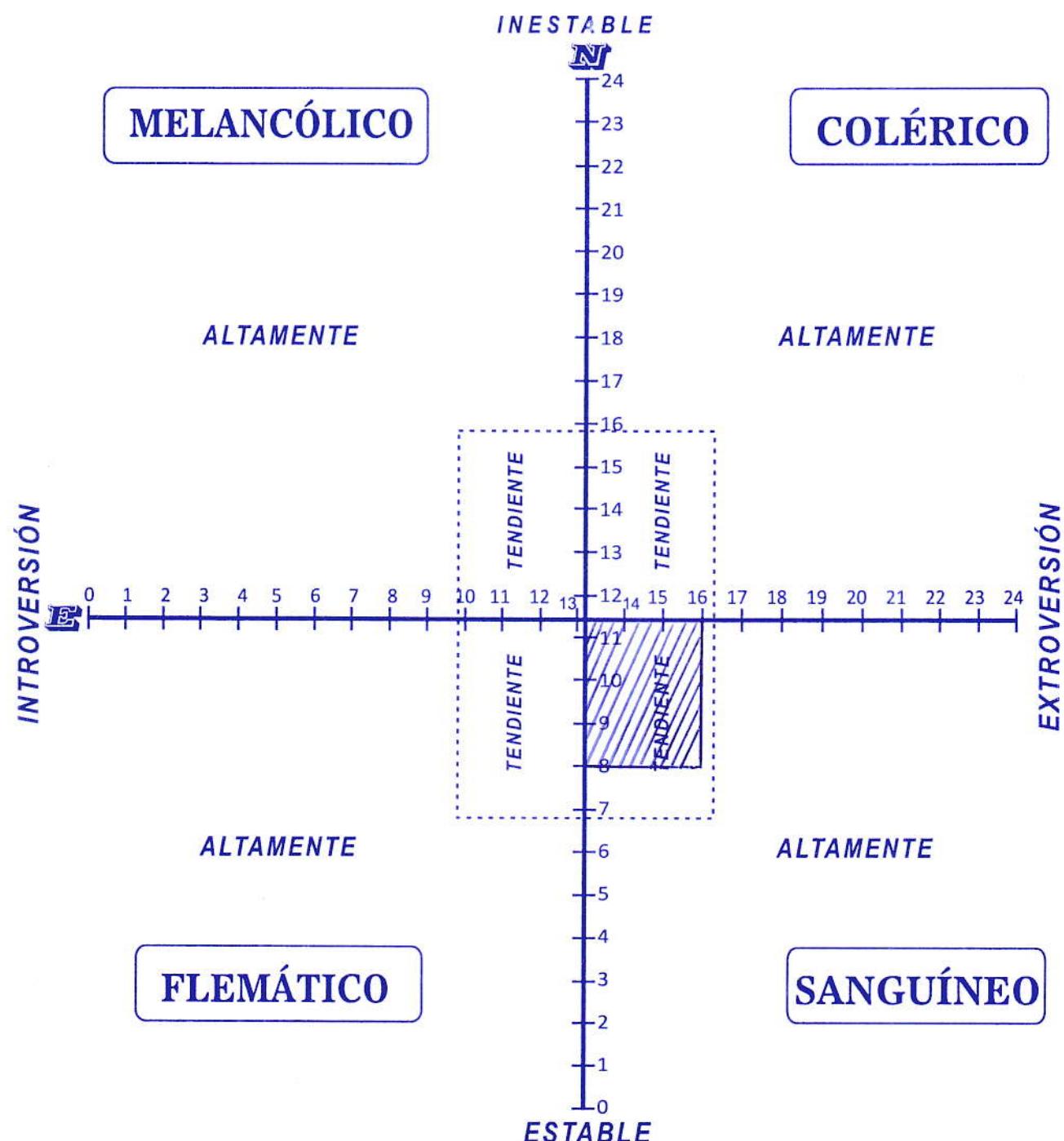



LIC. Domitila Rios Lavi
PSICÓLOGA
INTESA
COP 32761

TABLA DE CALIFICACIÓN EYSENK & EYSENCK

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

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



DIAGNÓSTICO: Temperamento Sanguíneo - Tendido a la Extroversión.

Firma y Huella Digital del Postulante

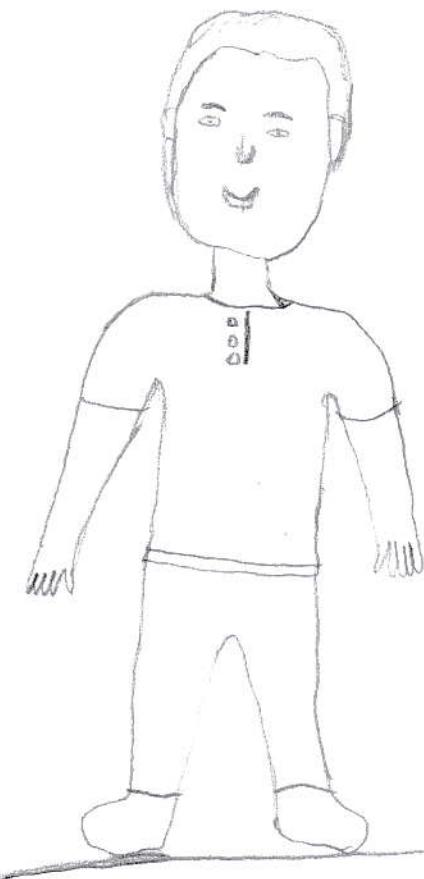
[Signature]
 Lic. Domitila Ríos Lavi
 Firma y Huella Digital del Evaluador
 INTESA
 COP 32781

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD

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

TEST DE LA FIGURA HUMANA – MACHOVER

NOMBRES Y APELLIDOS		<i>Doyre Jonathan Ramos Delpado</i>						
EDAD	20	Años	DNI	75962771	SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	FECHA DE NAC.	28 09 95
ESTADO CIVIL	Soltero		OCCUPACIÓN	Op. Paganaria	GRADO DE INST.	Secundaria Completa		
CATEGORÍA	AI	NUEVO	REVALIDACIÓN	RE CATEGORIZACIÓN				
FECHA DE EVALUACION	03	07	23	HORA DE INICIO	02:45 pm	HORA DE TÉRMINO	02:50 pm	



Normal

DoutPL
Lic. Domitila Ríos Levi
PSICÓLOGA
INTESA
COP 32761

DoutPL
Firma y Huella Digital del
Postulante



CENTRO PREVENTIVO DE SALUD



INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍA PARA LA SALUD Y EL AMBIENTE

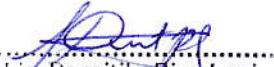
Hora Inicio: 02:50pm Hora Termino: 02:55pm Calculadora de alcoholometría

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

TEST DE ALCOHOLISMO (TEST AUDIT)

FECHA

03 07 23

Nombre: Dayre Shoneten Ramos Delgado		EDAD: 28	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
DNI: 75962771 F. NAC: 28 09 95		GRADO DE INST. Secundaria. OCUPACIÓN Op. de Paganería	
COMIENZA EL TEST: 1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? <input type="radio"/> nunca <input checked="" type="radio"/> 1 ó menos veces al mes <input type="radio"/> De 2 a 4 veces al mes <input type="radio"/> De 2 a 3 veces a la semana <input type="radio"/> De 4 o más veces a la semana			
2. ¿Cuántas TRAGOS de alcohol suele consumir en un día de consumo normal? <input checked="" type="radio"/> 1 ó 2 <input type="radio"/> 3 ó 4 <input type="radio"/> 5 ó 6 <input type="radio"/> 7, 8 ó 9 <input type="radio"/> 10 ó más			
3. ¿Con qué frecuencia tomas 5 o más TRAGOS en un solo día? <input checked="" type="radio"/> nunca <input type="radio"/> Menos de una vez al mes <input type="radio"/> mensualmente <input type="radio"/> semanalmente <input type="radio"/> A diario o casi a diario			
Hombres 0 a 4 puntos Mujeres 0 a 3 puntos		Consumo de bajo riesgo Termine aca la evaluación y termine una intervención mínima	
Hombres 5 puntos a más Mujeres 4 puntos a más		Consumo de riesgo Continue en las preguntas 4 a 10	
Puntaje AUDIT-C 01			
4. ¿En el curso del último año ¿con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado? <input checked="" type="radio"/> nunca <input type="radio"/> Menos de una vez al mes <input type="radio"/> mensualmente <input type="radio"/> semanalmente <input type="radio"/> A diario o casi a diario			
5. ¿En el curso del último año ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba? <input type="radio"/> nunca <input checked="" type="radio"/> Menos de una vez al mes <input type="radio"/> mensualmente <input type="radio"/> semanalmente <input type="radio"/> A diario o casi a diario			
6. ¿En el curso del último año ¿con qué frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? <input type="radio"/> nunca <input type="radio"/> Menos de una vez al mes <input checked="" type="radio"/> mensualmente <input type="radio"/> semanalmente <input type="radio"/> A diario o casi a diario			
7. ¿En el curso del último año ¿con qué frecuencia ha tenido remordimiento o sentimiento de culpa después de beber? <input type="radio"/> nunca <input type="radio"/> Menos de una vez al mes <input type="radio"/> mensualmente <input checked="" type="radio"/> semanalmente <input type="radio"/> A diario o casi a diario			
8. ¿En el curso del último año ¿con qué frecuencia ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? <input type="radio"/> nunca <input type="radio"/> Menos de una vez al mes <input type="radio"/> mensualmente <input type="radio"/> semanalmente <input checked="" type="radio"/> A diario o casi a diario			
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido por que usted había bebido? <input type="radio"/> nunca <input type="radio"/> Menos de una vez al mes <input type="radio"/> mensualmente <input type="radio"/> semanalmente <input checked="" type="radio"/> A diario o casi a diario			
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que dejese beber? <input type="radio"/> nunca <input type="radio"/> Menos de una vez al mes <input type="radio"/> mensualmente <input type="radio"/> semanalmente <input checked="" type="radio"/> A diario o casi a diario			
0 a 7 puntos 8 a 15 puntos 16 puntos a más		Consumo de bajo riesgo Consumo de bajo riesgo Posible consumo	
Realice una inversión mínima Realice una intervención breve Realice una derivación Asistida para evaluación completa y una interve. Breve		Puntaje AUDIT-C —	
RESULTADOS: APTO			
 Firma y Huella Digital del Postulante			
 Lic. Domitila Rios Lavi PSICÓLOGA CEP 32781 Firma y sello del Responsable del Evaluador			

SCL - 90 -R

FECHA:	03/07/2023	NOMBRES Y APELLIDOS:	Dayre Johnston Ramos Delgado	DNI:	75962771
EDAD:	28	GRADO DE INSTRUCCIÓN:	Secundaria Completa	SEXO:	1
CATEGORIA:	AI	HORA DE INICIO:	02:55 pm	F.NACIMIENTO:	28/10/91/1995

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

[Handwritten signatures]
LIC. 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	✓				

APTO
 NO APTO


 A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Juan P."


 A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Lic. Domitila Ríos Lavi".

 PSICÓLOGA
 INTESA
 COP.32761

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



