



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

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

CERTIFICADO MÉDICO

N° DE INFORME : 20991-638240074006531953

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

FECHA VENCIMIENTO : 30/12/2023



EVALUACIÓN MÉDICA

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 CAPUNAY GONZALES	APTO	 LIDIA CAPUNAY GONZALES CBP 5991 BIOLOGA MICROBIOLOGA	
2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DOMITILA RIOS LAVI	APTO	 Lc. Domitila Rios Lavi PSICÓLOGA INTESA COP 32761	
3. EVALUACIÓN VISUAL NEY ALBERTH GARCIA ARCE	APTO	 Dr. Ney Alberth Garcia Arce MÉDICO CIRUJANO CMP 81054	
4. EVALUACIÓN AUDITIVA NEY ALBERTH GARCIA ARCE	APTO	 Dr. Ney Alberth Garcia Arce MÉDICO CIRUJANO CMP 81054	
5. EVALUACIÓN CLÍNICA ALEXIS GERMAIN SALAZAR LLONTOP	APTO	 Dr. Alexis G. Salazar Llontop MÉDICO EVALUADOR CMP 11104 CENTRO PREVENTIVO DE SALUD INTESA	
RESULTADO FINAL	APTO	 Dr. Alexis G. Salazar Llontop MÉDICO EVALUADOR CMP 11104 CENTRO PREVENTIVO DE SALUD INTESA	

RESTRICCIONES: NINGUNA



Firma y Huella Digital del Postulante Evaluado

ALEXIS GERMAIN SALAZAR LLONTOP
DIRECTOR MÉDICO
INTESA
Director Médico 09489
ALEXIS GERMAIN SALAZAR LLONTOP

**PERÚ****Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones****SUC-1 - R.D. N° 012-2021-GRSM/DRTC-OZTCAM - RIOJA****INFORME MÉDICO****N° DE INFORME** : 20991-638240074006531953**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.**N° 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

O

FACTOR RH

POSITIVO

Resultado Final de Análisis de Laboratorio

APTO

Observaciones

Hora Inicio : 13:59

Hora Término : 14:07

.....
LIDIA CAPUNAY GONZALES
CBP 5891
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 ANSTEEY

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 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

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 Alberth García Arce



MÉDICO CIRUJANO
G.M.P. 81054

Firma, sello
Responsable de Evaluación Auditiva
NEY ALBERTH GARCÍA 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 NEUROLÓGICO

ENFERMEDADES ENCEFÁLICAS, MEDULARES Y DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO

NO

EPILEPSIA Y CRISIS CONVULSIVAS

NO

ALTERACIONES DE EQUILIBRIO

NO

TRASTORNOS MUSCULARES

NO

ACCIDENTE ISQUÉMICO

NO

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

NO

ENFERMEDAD DE DUCHENNE

NO

OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NEUROLÓGICO

NO

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

HIPOGLUCEMIA

NO

HIPERGLUCEMIA 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 RESPIRATORIA 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
MÉDICO 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

Ruido muy intenso -

Ruido moderado -

Ruido no molesto -

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

USO DE PROTECTORES AUDITIVOS

Tapones X

Orejeras -

Otro -

TIPO DE EXAMEN

Pre-ocupacional -

Periódica -

Retiro -

Otro -

ANTECEDENTES RELACIONADOS SI NO

Consumo de Tabaco -

X

Servicio Militar -

X

Hobbies con exposición a ruido -

X

Exposición laboral a químicos -

X

Infección al oído -

X

Uso de ototóxicos -

X

SINTOMAS SI NO

Disminución de la audición -

X

Dolor de oídos -

X

Zumbidos -

X

Mareos -

X

Infección al oído -

X

Otra -

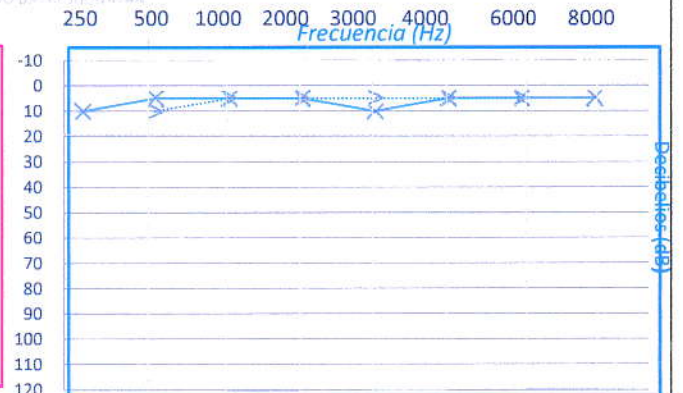
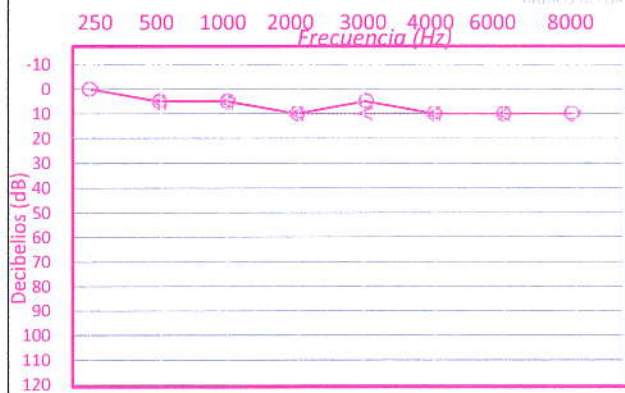
X

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	0	5	5	10	5	10	10	10	O.I. Aéreo	10	5	5	5	10	5	5	5
O.D. Óseo		5	5	10	10	10	10		O.I. Óseo		10	5	5	5	5	5	



AUDIOMETROMARCA: Amplivox

MODELO: 260

SERIE: 10118

PROCEDENCIA: Reino Unido

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

CALIBRACIÓN BIOLÓGICA: lunes, 3 de Julio de 2023

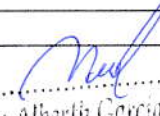
CONCLUSIONES:

0

RECOMENDACIONES:

0





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

Firma y sello

Fecha Inicio:	2023/07/3	Fecha Termino:	
<u>Datos Postulante</u>			
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:			

<u>Psicotécnicos</u>			
<u>Test de Palanca:</u>			
Errores:	10	Tiempo en Error:	3.47
Tiempo:	00 min 45 seg	Intentos Prueba:	2
Resultado:	APROBADO		
<u>Test de Punteado:</u>			
Aciertos:	35	Permanencia:	4.91
Errores:	22		
Tiempo Prueba:	34 seg	Intentos Prueba:	1
Resultado:	APROBADO		
<u>Test de Reacción:</u>			
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		

<u>Visión</u>	TIEMPO DURACIÓN:	03 min 34 seg
<u>Agudeza Visual:</u>		

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		
--------------------------------	------------	-------------------------	--	--

Campimetría:	Resultado:	APROBADO		
	Ojo Izquierdo:	80°	Ojo Derecho:	80°

Audio
Audímetro: Sin Resultados




 Dr. Ney Alberth García 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 Terminó 03/07/23

Hora de Inicio 01:58 pm

Hora de Terminó 05:44 pm

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de documento DNI - C. EXT ONE

N° documento 75962771

Ap. Paterno Ramos

Ap. Materno Delgado

NOMBRE Dayre Jhonatan

Fecha de Nacimiento 28/09/95

ESTADO CIVIL Soltero

SEXO M

EDAD 28

TELEFONO 9711059931

GRADO DE INSTRUCCIÓN Secundaria C.

OCUPACIÓN Op. de Maquinaria

NUEVA

Revalidación

x

Recategorización

No Profesional

x

Profesional

Categoría

A1

DIRECCION Av. Rodriguez de Mendoza Nueva Esperanza Jorito.
Mayabamba - San Martin.

FIRMA DEL POSTULANTE
LICENCIA DE CONDUCIR

I. ANALISIS DE LABORATORIO

1. Examen toxicológico

Hora de Inicio 01:59 pm

A. Prueba Rápida de Alcoholimetría

Resultados (+) (-)

valor 0.00%

B. Prueba Rápida para Cocaína, Marihuana y Drogas Sintéticas

Resultado Cocaína (+) (-)

Resultado Marihuana (+) (-)

Resultados de Drogas Sintéticas (+) (-)

2. Grupo Sanguíneo y Factor RH

Grupo Sanguíneo "O"

factor RH Positivo

RESULTADO FINAL DE ANALISIS

Hora Terminó 02:07 pm

APTO ☒NO APTO ☐

 LIDIA CAPUNAY GONZALES
 CBP 5991
 BIOLOGA-MICROBIOLOGA
Firma y Huella Digital del
Postulante

II. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**Anamnesis**

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

Hora de Inicio: 02:08 pm**Accidentes Psicopatológico****Personales:**

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

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

Test de Palanca	<u>Normal</u>	(+) (-)	(Profesional)
Test de Reactímetro	<u>Normal</u>	(+) (-)	(Profesional)
Test de punteo	<u>Normal</u>	(+) (-)	(Profesional)

B. Pruebas o Sub Test

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

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

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

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

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

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

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

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION PSICOLOGICAHora Terminó: 03:21 pmAPTO ☒NO APTO ☐Observaciones: Ninguna

[Firma]
 Lic. Domitila Ríos Lavi
 PSICÓLOGA
 INTESA
 COP 32761

Firma y Huella Digital del Postulante



CENTRO PREVENTIVO DE SALUD



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

I. EVALUACIÓN VISUAL

Hora Inicio: 04:30 pm

1. Agudeza visual

S/C OD 20/20 OI 20/20 C/C OD — OI — (+) (-)

2. Vision de Profundidad Resultados

Normal (+) (-)

3. Vision de colores Resultados

Normal (+) (-)

4. Balance Muscular Resultados

Normal (+) (-)

5. Vision nocturna Resultados

Normal (+) (-)

6. Encandilamiento Resultados

Normal (+) (-)

7. Campo Visual Resultados

Normal (+) (-)

RESULTADO DE LA EVALUACION

Hora Terminó: 05:01 pm

APTO ☒

NO APTO ☐

Observaciones:

Ninguna
 Sin Restricciones

Dr. Ney Alberth Garcia Arce



MÉDICO CIRUJANO

CMP 81054

Firma y Huella Digital del Postulante



II. EVALUACION AUDITIVA

Hora Inicio: 05:03 pm

1. Otoscopia

con Aud. Ext.

OD 5

OI 5

(+) (-)

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

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD



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

Oído Derecho	Normal
Oído Izquierdo	Normal
Ambos Oídos	Normal

FRECUENCIA (Hz)

Pérdida Auditiva

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION AUDITIVA

Hora Terminó: 05:22 PM

APTO ☒

NO APTO ☐

Observaciones: Ninguna
sin restricciones.

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

Firma y Huella Digital del
Postulante



I. EVALUACIÓN CLÍNICA

Hora Inicio 05:25 PM

1. Anamnesis



Motivo: FALTA CONDUCCIÓN

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		2		
Accidentes isquémico		1		
Esclerosis lateral amiotrofica		1		
Enfermedades de Duchenne		1		
Otras enfermedades del sistema neurológico		1		
Sistema Hematológicos				
1. Enfermedades Metabólicas y Endocrinas				
Hipoglucemia		2		
Hiperglicemia o Diabetes Mellitus		2		
Enfermedad Tiroidea		1		
Enfermedad Paratiroidea		1		
Enfermedad Adrenal		1		
Trastornos hepáticos		1		
Sistema hematológico		1		
Trastornos Hematológicos				
Procesos sometidos a tratamiento quimioterapico		1		
Policitemia vera y poliglobulias		1		
Anemia, Leucopenia, Trombocitopenia		1		
Trastornos de coagulación		1		
Tratamiento anticoagulante		1		
Otros trastornos hematológicos		1		
Sistema Renal				
Nefropatía		1		
Trastorno Renal		1		
Insuficiencia Renal		1		
Otros				
Consumo de alcohol, tabaco (si la respuesta es sí; con qué frecuencia)	X			ALCOHOL SÓCICO 0.5 LITROS/MES
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.	X			  Firma y Huella Digital

1. AntropometríaPeso Talla IMC **• Sistema cardio – Respiratorio**

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

118
68
20x'
89b'
97%
CONSUMO

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

CONSERVADO
CONSERVADO (normal)
AUSENTE
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)

26.08
118/65
II
39 cm
0
NINGUNO

Resultado valor (+) (-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION CLINICA

Hora Terminó: 05:44 PM

APTO ☒ F

NO APTO ☐

Observaciones: NINGUNO

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD
Dr. Alexis G. Salazar Llontop
MEDICO EVALUADOR
CMP 40.09

Firma y Huella Digital del
Postulante

**RESULTADO DEL PROCESO**

Hora Terminó: 05:44 PM

APTO ☒ 6

NO APTO ☐

Observaciones: NINGUNO

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD
Dr. Alexis G. Salazar Llontop
MEDICO EVALUADOR
CMP 40.09

Firma y Huella Digital del
Postulante



ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
Ramos	Delgado	DYAN JHONATAN

DNI 7196271

FECHA EVALUACIÓN 07/07/20

RONCA USTED SI ☐ NO ☒

UTILICE LA

Y ELIJA LA CIFRA ADECUADA PARA CADA SITUACIÓN

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

Cuántas horas promedio por día, durmió la última semana? 08 horas

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

SITUACIÓN	PUNTUACIÓN
* SENTADO Y LEYENDO (EN ESTE MOMENTO)	0
* VIENDO LA T.V (EN ESTE MOMENTO)	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 ptos: RANGO NORMAL DE SOMNOLENCIA
 11 - 14 ptos: SOMNOLENCIA DIURNA LEVE
 15 - 18 ptos: SOMNOLENCIA DIURNA MODERADA

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD INTESA

Dr. Alexis O. Salazar Llontop
 MEDICO EVALUADOR

Firma y sello del Responsable del Evaluador

Firma y Huella Digital del Postulante



TRVB - TEST DE RETENCIÓN VISUAL DE BENTON

HOJA DE ANOTACIÓN

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Dayre Shonatan Ramos Delgado DNI: 75962771

EDAD: 28 FECHA DE NACIMIENTO: 28 / 09 / 1995 LUGAR DE NAC: Mto. Esperanza / Boyitos

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

OCUPACIÓN: Operador de Peginoria CATEGORÍA: AI

MOTIVO DEL EXAMEN: Quiero de Conducir FECHA DE EXAMEN: 03/07/2023

DIRECCIÓN: Av. Rodriguez de Pandozo - Mto. Esperanza / Boyitos / Payobamba

TELÉFONO: 971 059 931 NIVEL DE INTELIGENCIA (Conocido o estimador): 60

HORA INICIO: 02:08 pm HORA TÉRMINO: 02:18 pm EXAMINADO POR: P. Domitila Rios

LÁMINA	Reproduc- ción correcta	VALORACIÓN DE ERRORES						TOTAL ERRORES	
		Omisión	Distorsión	Perseverancia	Rotación	Desplazamiento	Tamaño	Derecha	Izquierda
I	✓								
II	✓								
III	✓								
IV	✓								
V	✓								
VI	✓								
VII	✓								
VIII	✓								
IX	✓								
X	✓								
TOTALES									
TOTALES ERRORES:									


 Lic. Domitila Rios Lavi
 PSICÓLOGA
 INTESA
 COP 32761

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

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

NOMBRES Y APELLIDOS

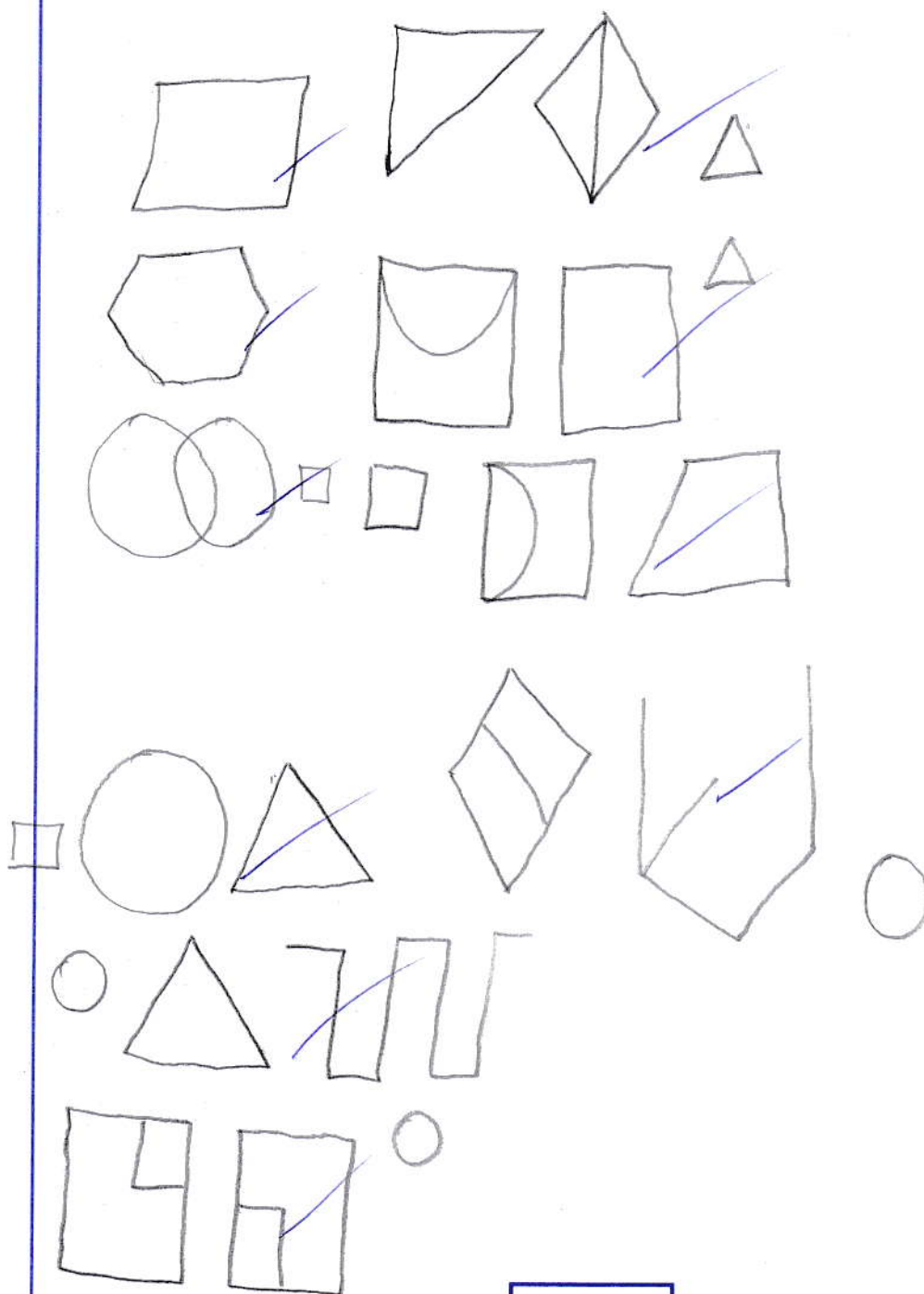
Dayre Shonatan Ramos Delgado

DNI

7596 2721

FECHA

03 02 23



[Signature]
FIRMA Y HUELLA DIGITAL DEL
POSTULANTE



[Signature]
Lic. Domitila Rios Lavi
PSICÓLOGA
INTESA
COP 32761

FIRMA DEL EVALUADOR

Test de Dominios (Anstey)

D.N.I. 75962771

Nombre:	Dayre Jonathan Ramos Delgado				Escolaridad:	Secundaria Completa		PD:	21
Fecha de Nacimiento:	28	09	1995	Fecha de Hoy:	03	07	2023	Estado Civil:	Soltero
Edad:	28a.		Pc:	60		Ocupación:	Op. Plaguimaria		Rango:
Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Lugar de Nacimiento:	Ma. Esperanza		G. de Instrucción:	Secundaria		Categoría:
Motivo del examen:	Licencia de conducir				Fecha de examen:	03/07/2023		Categoría:	AI
Dirección:	A. Rodríguez de Mendoza / Ma. Esperanza / Sanctor								
Teléfono:	971 059 931				Hora Inicio:	02:18 pm		Hora término:	02:35 pm
Administración:	Individual <input checked="" type="radio"/> Colectiva <input type="radio"/> test <input type="radio"/> Retest <input type="radio"/> Diagnóstico: <input type="radio"/>								

PÁGINA 5

PÁGINA 6

25	26
27	28
29	30

31	32
33	34
35	36

PÁGINA 7

PÁGINA 8

37	38
39	40
41	42

43	44
45	46
47	48

Firma y Huella Digital del Postulante

Lic. Domitila Rios Lavi
 PSICÓLOGA
 Firma y sello INTESA responsable del Evaluador
 COP 32761

A	B

PÁGINA 1

C	D

PÁGINA 2

1	2
3	4
5	6

PÁGINA 3

7	8
9	10
11	12

PÁGINA 4

13	14
15	16
17	18

19	20
21	22
23	24

Firma y Huella Digital del Postulante

Comité Ríos León
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 Shonatan Ramos Delgado / Edad: 28 años / F.N: 28-09-95

Sexo: Masculino DNI 75962771 Gr. 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


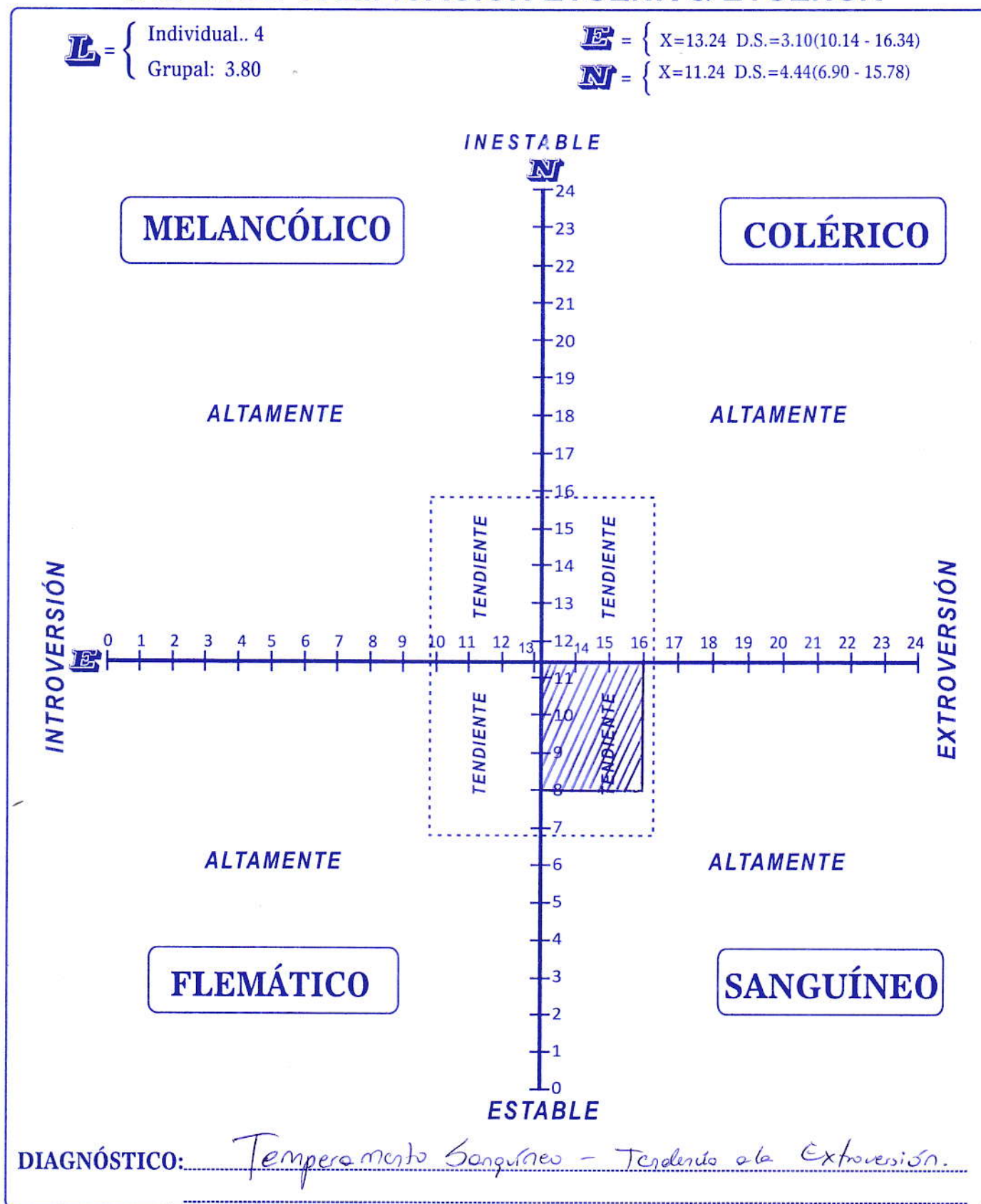


 Lic. Domitila Ríos Lavi
 PSICÓLOGA
 INTESA
 CIP 32761

TABLA DE CALIFICACIÓN EYSENK & EYSENCK

L = { Individual.. 4
 Grupal: 3.80

E = { X=13.24 D.S.=3.10(10.14 - 16.34)
N = { X=11.24 D.S.=4.44(6.90 - 15.78)



[Firma]
 Firma y Huella Digital del Postulante

[Firma]
 Llc. Domitila Rios Lavi
 PSICÓLOGA
 INTESA
 COP 32761
 Firma y Huella Digital del Evaluador

TEST DE LA FIGURA HUMANA - MACHOVER

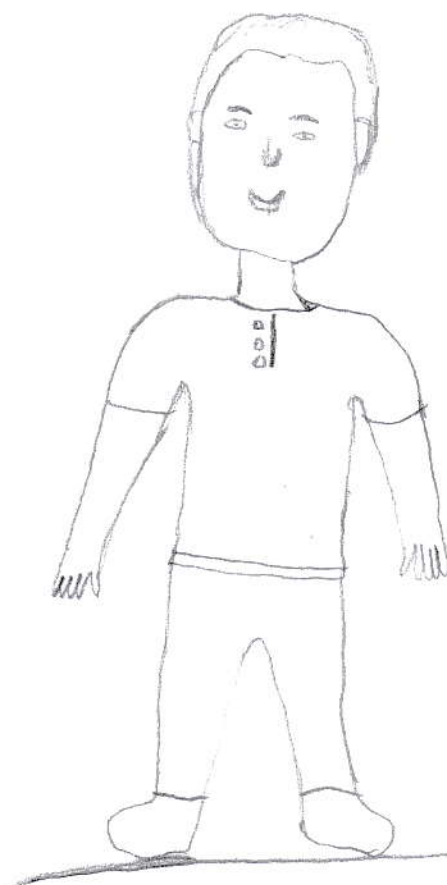
NOMBRES Y APELLIDOS Dayre Jonathan Ramos Delgado

EDAD 20 Años DNI 75962771 SEXO M ☒ F ☐ FECHA DE NAC. 28 09 95

ESTADO CIVIL soltero OCUPACIÓN Op. Paguinaria 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


Lic. Domitila Ríos Levi
PSICÓLOGA
INTESA
COP 32761


Firma y Huella Digital del
Postulante



CENTRO PREVENTIVO DE SALUD



INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍA PARA LA SALUD Y EL AMBIENTE

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

TEST DE ALCOHOLISMO (TEST AUDIT)

FECHA

03/07/23

Hora Inicio: 02:50 pm Hora Termina: 02:55 pm Calculadora de alcoholimetría

Nombre: Dayre Shonatan Ramos Delgado EDAD 28 SEXO M ☒ F ☐
DNI: 75962771 F. NAC: 28 09 95 GRADO DE INST. Secundaria C. OCUPACIÓN Op. de Reparación

COMIENZA EL TEST:

1. ¿con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica? ☐ nunca ☒ 1 ó menos veces al mes ☐ De 2 a 4 veces al mes ☐ De 2 a 3 veces a la semana ☐ De 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántas TRAGOS de alcohol suele consumir en un día de consumo normal? ☒ 1 ó 2 ☐ 3 ó 4 ☐ 5 ó 6 ☐ 7, 8 ó 9 ☐ 10 ó mas

3. ¿con que frecuencia tomas 5 o más TRAGOS en un solo día? ☒ nunca ☐ Menos de una vez al mes ☐ mensualmente ☐ semanalmente ☐ A diario o casi a diario

Hombres 0 a 4 puntos
Mujeres 0 a 3 puntos

Consumo de bajo riesgo

Termine aca la evaluación y termine una intervención mínima

Puntaje AUDIT-C

Suma del puntaje de la pregunta 1 a 3

Hombres 5 puntos a mas
Mujeres 4 puntos a mas

Consumo de riesgo

Continue en las preguntas 4 a 10

01

4. ¿En el curso del último año ¿con que frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado? ☒ nunca ☐ Menos de una vez al mes ☐ mensualmente ☐ semanalmente ☐ A diario o casi a diario

5. ¿En el curso del último año ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba? ☐ nunca ☐ Menos de una vez al mes ☐ mensualmente ☐ semanalmente ☐ A diario o casi a diario

6. ¿En el curso del último año ¿con que frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? ☐ nunca ☐ Menos de una vez al mes ☐ mensualmente ☐ semanalmente ☐ A diario o casi a diario

7. ¿En el curso del último año ¿con que frecuencia ha tenido remordimiento o sentimiento de culpa después de beber? ☐ nunca ☐ Menos de una vez al mes ☐ mensualmente ☐ semanalmente ☐ A diario o casi a diario

8. ¿En el curso del último año ¿con que frecuencia ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? ☐ nunca ☐ Menos de una vez al mes ☐ mensualmente ☐ semanalmente ☐ A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido por que usted había bebido? ☐ nunca ☐ Menos de una vez al mes ☐ mensualmente ☐ semanalmente ☐ A diario o casi a diario

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? ☐ nunca ☐ Menos de una vez al mes ☐ mensualmente ☐ semanalmente ☐ A diario o casi a diario

0 a 7 puntos

Consumo de bajo riesgo

Realice una intervención mínima

Puntaje AUDIT-C

Suma del puntaje de la pregunta 1 a 3

8 a 15 puntos

Consumo de bajo riesgo

Realice una intervención breve

16 puntos a mas

Posible consumo

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

RESULTADOS:

APTO


Firma y Huella Digital del Postulante




Lic. Domitila Rios Lavi
PSICÓLOGA
INTESA
COP.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 años GRADO DE INSTRUCCIÓN: Secundaria Completa SEXO: F F.NACIMIENTO: 28/09/1995
CATEGORIA: AI HORA DE INICIO: 02:55 pm HORA DE TERMINO: 03:21 pm

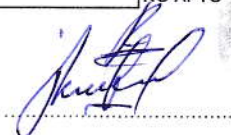
A continuación te presentamos una lista de problemas. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una (x) en la casilla correspondiente, pensando en como se sintió en que medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días). Tiene cinco (5) posibilidades de respuestas: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

¿HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO AFECTADO POR? ...	NADA	MUY POCO	POCO	BASTANTE	MUCHO
1 Dolores de cabeza		✓			
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 Temblores 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 atrapado/a 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	✓				

Lic. Domitila Ríos Lavi
PSICÓLOGA
INTESA
COP 32781

¿HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO AFECTADO POR? ...	NADA	MUY POCO	POCO	BASTANTE	MUCHO
44 Tener problemas para dormir		✓			
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 destruir 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




 Lic. Domitila Ríos Lavi
 PSICÓLOGA
 INTESA
 CQP 32761

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

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

MTC

Apellidos
RAMOS DELGADO

Nombres
DAYRE JHONATAN

Nro de Licencia
X75962771

Clase
A

Fecha de Expedición
10/07/2015

Categoría
Uno

Fecha de Renovación
10/07/2023

MTC

FIRMA DEL TITULAR

Serv. 1 Nro. Primario 75962771

Fecha de Nacimiento
28/09/1995

Domicilio
AV. RODRIGUEZ DE MENDOZA - NUEVA
ESPERANZA SORITOR MOYOBAMBA SAN

Restricciones
SIN RESTRICCIONES

Grupo y Factor Sanguíneo
O+

Donación de Órganos
NO

AUTORIDAD COMPETENTE

D0016497