



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

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

CERTIFICADO MÉDICO

Nº DE INFORME : 20991-638224493292040689

FECHA DEL INFORME : 15/06/2023 15:37:07

EVALUACIÓN MÉDICA

FECHA VENCIMIENTO : 12/12/2023



Fecha de Inicio : 15/06/2023 13:10:12

Fecha de Término : 15/06/2023 15:36:33

INFORMACIÓN DEL EVALUADO

Tipo de Documento : DNI.

Número de Documento : 46982757

Nombres : GÉLBER TANTALEÁN REGALADO

Grupo Sanguíneo : O - POSITIVO

Fecha de Nacimiento : 22/04/1991

CLASE Y CATEGORÍA DEL POSTULANTE

Clase : A

Categoría : A-IIb - 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 CAPUÑAY GONZALES C.S. 5991 BIOLOGA-MICROBIOLOGA	
2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DOMITILA RIOS LAVI	APTO	Lic. Domitila Rios Levi PSICÓLOGA INTESA C.O.P. 32761	
3. EVALUACIÓN VISUAL JIM ERICK ROMERO PINEDO	APTO	DR. JIM ROMERO PINEDO MEDICO EVALUADOR C.M.P. 081017 CENTRO PREVENTIVO DE SALUD INTESA	
4. EVALUACIÓN AUDITIVA JIM ERICK ROMERO PINEDO	APTO	DR. JIM ROMERO PINEDO MEDICO EVALUADOR C.M.P. 081017 CENTRO PREVENTIVO DE SALUD INTESA	
5. EVALUACIÓN CLÍNICA YSAIAS ENRIQUE SEGOVIA CASTRO	APTO	ENRIQUE SEGOVIA CASTRO MEDICO - CIRUJANO C.M.P. 22522	
RESULTADO FINAL	APTO	ENRIQUE SEGOVIA CASTRO MEDICO - CIRUJANO C.M.P. 22522	

RESTRICCIONES: NINGUNA



Firma y Huella Digital del Postulante Evaluado

 ENRIQUE SEGOVIA CASTRO
 YSAIAS ENRIQUE SEGOVIA CASTRO
 C.M.P. 22522

Jr. Zorritos 1203 - Lima - Perú
 Telf.: (511) 615 7800
 www.mtc.gob.pe

15/06/2023 03:35 p. m.



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

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

INFORME MÉDICO

Nº DE INFORME : 20991-638224493292040689

FECHA : 15/06/2023

EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio	: 15/06/2023	Fecha de Término	: 15/06/2023
Hora de Inicio	: 13:10:12	Hora de Término	: 15:36:33

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de Documento	: DNI.	Nº de Documento	: 46982757
Apellido Paterno	: TANTALEÁN	Apellido Materno	: REGALADO
Nombres	: GÉLBER		
Fecha de	: 22/04/1991	Sexo	: MASCULINO
Dirección	: JR.ZUECIA - EL PORVENIR		

CLASE, CATEGORÍA Y CONDICIÓN DEL POSTULANTE

Clase	: A	Categoría	: A-IIb - PROFESIONAL	
Trámite	: REVALIDACIÓN		Condición	: APTO


Postulante a licencia de conducir

Huella dactilar

2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

I. ANÁLISIS DE LABORATORIO

ORGANICIDAD (COMPLETAR DE ACUERDO A EVALUACIÓN REALIZADO)

A. PRUEBAS PSICOMÉTRICAS

TEST DE PALANCA (+) (-)

TEST DE PALANCA (+) (-)	6/1
REACTÍMETRO (+) (-)	0.41
TEST DE PUNTEO (+) (-)	25/16

REACTÍMETRO (+) (-)

TEST DE PUNTEO (+) (-)

B. PRUEBAS

WECHSLER - DISEÑO DE CUBOS (+) (-)

WECHSLER - DISEÑO DE CUBOS (+) (-)	GRUPO SANGUÍNEO O FACTOR RH
BENTON FORMA C (+) (-)	APTO

BENTON FORMA C (+) (-)

INTELIGENCIA (COMPLETAR DE ACUERDO A EVALUACIÓN REALIZADO)

A. TEST DE MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN

RESULTADO (+) (-)

RESULTADO (+) (-)	APTO
-------------------	------

B. TEST DE DOMINOS ANSTEY

RESULTADO (+) (-)

RESULTADO (+) (-)	APTO
-------------------	------

C. TEST DE OTIS (ABREVIADO)

RESULTADO (+) (-)

RESULTADO (+) (-)	APTO
-------------------	------

PERSONALIDAD (COMPLETAR DE ACUERDO A EVALUACIÓN REALIZADA)

A. TEST PROYECTIVO KAREN MACHOVER

RESULTADO (+) (-)

RESULTADO (+) (-)	APTO
-------------------	------

B. NPF O TEST DE LOS 4 TEMPERAMENTOS

RESULTADO (+) (-)

RESULTADO (+) (-)	APTO
-------------------	------

C. INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK

RESULTADO (+) (-)

RESULTADO (+) (-)	APTO
-------------------	------

RASGO PSICOPATOLÓGICO (COMPLETAR DE ACUERDO A EVALUACIÓN REALIZADA)

A. TEST DE AUDIT

RESULTADO (+) (-)

RESULTADO (+) (-)	APTO
-------------------	------

B. INVENTARIO DE 90 SÍNTOMAS - SCL-90-R

RESULTADO (+) (-)

RESULTADO (+) (-)	APTO
-------------------	------

C. CUESTIONARIO DE INVENTARIO DE CAMBIOS DE PERSONALIDAD NEUROLÓGICOS(NECHAPI)

RESULTADO (+) (-)

RESULTADO (+) (-)	APTO
-------------------	------

Resultado Final de la Evaluación Psicológica

Resultado Final de la Evaluación Psicológica	APTO
--	------

Observaciones

Observaciones	
---------------	--

Hora Inicio : 13:22

Hora Término : 14:41


Vic. Domitila Rios Lavi
PSICÓLOGA
INTESA
COP 32781

Firma, sello
Responsable de Evaluación Psicológica
DOMITILA RIOS LAVI


Firma y huella digital
Postulante

3. EVALUACIÓN VISUAL

38

RESULTADO (+) (-)

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

EVALUACION VISUAL

Resultado Final de la Evaluación Visual

Restricciones

NINGUNA

RESULTADO (+) (-)

Observaciones

RESULTADO (+) (-)

Hora Inicio : 14:43

Hora Término : 15:01

AMBOS

DR. JIM ROMERO PINEDO
MEDICO EVALUADOR

CMP 081017

Firma, sello
Responsable de Evaluación Visual
JIM ERICK ROMERO PINEDO

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

Firma y huella digital
Postulante



5. EVALUACIÓN CLÍNICA

EVALUACIÓN AUDITIVA

ANAMNESIS - EXAMEN FÍSICO

RESULTADO (+) (-) OTRA

LICENCIA DE CONDUCIR - ASINTOMATICO REQUERIDO

OFTALMOPATIA

ANTECEDENTES PERSONALES

A. SISTEMA CARDIO - RESPIRATORIO

- INSUFICIENCIA CARDIACA
- TRASTORNOS DEL RITMO
- MARCAPASOS Y DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE
- PRÓTESIS VALVULARES CARDIACAS
- CARDIOPATÍA ISQUÉMICA
- HIPERTENSIÓN ARTERIAL
- ANEURISMA DE GRANDES VASOS
- ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA
- ENFERMEDAD VENOSA
- DISNEA
- TRASTORNOS DEL SUEÑO
- CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN
- OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIACO RESPIRATORIO

	NO	REQUERIDO (+) (-)

B. APARATO LOCOMOTOR

- PROCESO DEGENERATIVO OSTEONEUROMUSCULAR
- PRÓTESIS
- OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO LOCOMOTOR

	NO
	NO
	NO

C. SISTEMA NEUROLOGICO

- ENFERMEDADES ENCEFÁLICAS, MEDULARES Y DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO
- EPILEPSIA Y CRISIS CONVULSIVAS
- ALTERACIONES DE EQUILIBRIO
- TRASTORNOS MUSCULARES
- ACCIDENTE ISQUÉMICO
- ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA
- ENFERMEDAD DE DUCHENNE
- OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NEUROLÓGICO

	NO

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

- HIPOGLUCEMIA
- HIPERGLICEMIA O DIABETES MELLITUS
- ENFERMEDAD TIROIDEA
- ENFERMEDAD PARATIROIDEA
- ENFERMEDAD ADRENAL
- TRASTORNOS HEPÁTICOS
- SISTEMA HEMATOLÓGICO

	NO

D.2. SISTEMA HEMATOLOGICO (TRANSTORNOS HEMATOLOGICOS)

- PROCESOS SOMETIDOS A TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO
- POLICITEMIA VERA Y POLIGLOBULIAS
- ANEMIA, LEUCOPENIA, TROMBOCITOPENIA
- TRASTORNOS DE COAGULACIÓN
- TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

	NO

OTROS TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS	NO
OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMATOLÓGICO	NO
E. SISTEMA RENAL	
NEFROPATÍA	NO
TRASPLANTE RENAL	NO
INSUFICIENCIA RENAL	NO
OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RENAL	NO
F. OTROS	
CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO (SI LA RESPUESTA ES SI, CON QUE FRECUENCIA?, ANOTARLO EN OBSERVACIÓN)	NO
CONSUMO SUSTANCIAS TÓXICAS (COCAÍNA, MARIHUANA, DROGAS SINTÉTICAS., SI LA RESPUESTA ES SI, DESDE CUANDO Y CON QUE FRECUENCIA, ANOTARLO EN OBSERVACION)	NO
CONSUMO MEDICAMENTOS (ESPECIFICAR LOS NOMBRES DE LOS MEDICAMENTOS, LA FRECUENCIA Y DESDE CUANDO LOS USA, ANOTARLO EN OBSERVACIONES))	NO
EXAMEN FÍSICO	
A. ANTROPOMETRÍA	
PESO (KG)	74
TALLA (CM)	1.60
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	289062.5
B. SISTEMA CARDIO-RESPIRATORIO	
PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (MMHG)	118
PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (MMHG)	76
FRECUENCIA RESPIRATORIA EN REPOSO	19
FRECUENCIA DE PULSO EN REPOSO	64
PULSioximetría	98
CAPACIDAD VENTILATORIA	APTO
C. APARATO LOCOMOTOR	
FUERZA MUSCULAR	SI
AUSENCIA O DESVIACIONES	AUSENTE
RANGO DE MOVIMIENTOS ARTICULAR LIMITADO	AUSENTE
LESIONES DEFORMANTES EN COLUMNA VERTEBRAL	AUSENTE
LESIONES DEFORMANTES EN EXTREMIDADES	AUSENTE
D. SISTEMA NEUROLÓGICO	
PRUEBA ÍNDICE - ÍNDICE	SINERGIA
ROMBERT PRUEBA ÍNDICE - NARIZ	EQUILIBRIO CONSERVADO
MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS	AUSENTE
TONO MUSCULAR	APTO
NOCIONES TEMPOROESPACIALES	APTO
REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS	APTO
E. ÍNDICE DE MONITOREO DE SOMNOLENCEA (POSTULANTES PROFESIONALES)	
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	289062.5
PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA O DIASTÓLICA	118
OROFARINGE CON CLASIFICACIÓN DE MALLAMPALLI	2
PERÍMETRO DEL CUELLO EN CENTÍMETROS	38
ESCALA DE SOMNOLENCEA EPWORTH (VERSIÓN PERUANA MODIFICADA)	0
RONQUIDO INTENSO (ATESTIGUADO POR LA PAREJA O FAMILIARES)	SI

Resultado Final de la Evaluación Clínica		APERTO	
Restricciones	SI	OTROS ESTÁNDARES HEMATOLOGICOS	
	NINGUNA	SISTEMA RENAL	
Observaciones	SI	NEFROPIATIA	
	SI	RABDOMIALE RENAL	
Hora Inicio	: 15:19	Hora Término	: 15:36
	SI	RESPUESTAS EN ERGENIAS DEL SISTEMA RENAL	
	SI	O TOS	
 ENRIQUE SEGOVIA CASTRO Firma, apellido y nombre MEDICO DE Evaluacion Clinica Responsable de Evaluacion Clinica YSAIAS ENRIQUE SEGOVIA CASTRO C.M.P. 22522 C.I.		 YSAIAS ENRIQUE SEGOVIA CASTRO Firma y huella digital Postulante	

M		PEZO (Kg)
D8		TINTA (Ml)
RESULTADO FINAL	8.5000	APTO
Restricciones	NINGUNA	SISTEMA CAUDAL ESTACIONARIO
Observaciones	8.5	SECCION ALTAESTRASISTEMA ESTACIONARIO


ENRIQUE SEGOVIA CASTRO
Firmante y huella digital
MEDICO CIRUJANO
Director de Médicos 22
YSAIAS ENRIQUE SEGOVIA CASTRO

Hora término de la evaluación completa : 15:37

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "ENRIQUE SEGOVIA CASTRO", is written over printed text. The printed text includes "Director Médico" above "MEDICO EN SEGURO CASTRO" and "C.M.P. 22522" below it.

HISTORIA CLÍNICA Nº : 46982757 Nº FICHA: 2678
 APELLIDOS Y NOMBRES: TANTALEAN REGALADO GELBER
 EMPRESA : LICENCIA / PARTICULAR
 OCUPACIÓN : OPERADOR DE MAQUINARIA PESADA

FECHA: 15 de Junio de 2023
 EDAD: 32 SEXO : M
 TIEMPO DE TRABAJO: 0

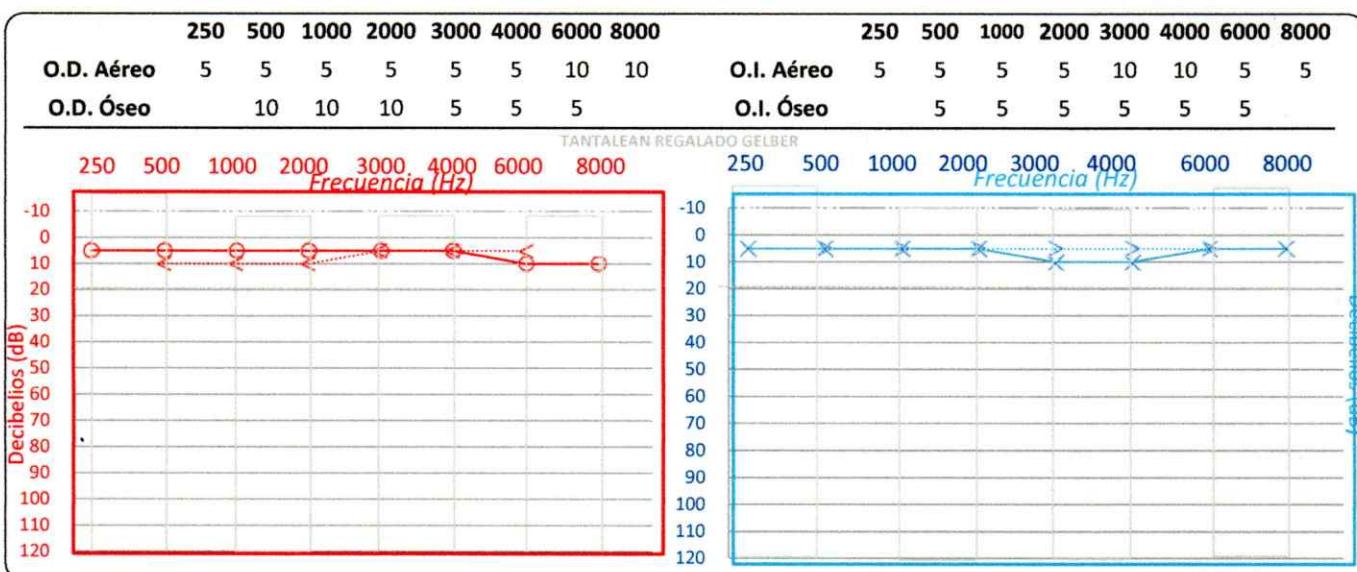
APRECIACIÓN DEL RUIDO		USO DE PROTECTORES AUDITIVOS		TIPO DE EXAMEN	
Ruido muy intenso	-	Tapones	X	Pre-ocupacional -	
Ruido moderado	...	Orejeras	-	Periódica	.
Ruido no molesto	-	Otro	-	Retiro	-
TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL RUIDO - TOTAL PONDERADO EN 8 Hrs/día :		8		Otro	

ANTECEDENTES	SI	NO	SINTOMAS	SI	NO
Consumo de Tabaco	-	X	Disminución de la audición	-	X
Servicio Militar	-	X	Dolor de oídos	-	X
Hobbies con exposición a ruido	-	X	Zumbidos	-	X
Exposición laboral a químicos	-	X	Mareos	-	X
Infección al oído	-	X	Infección al oído	-	X
Uso de ototóxicos	-	X	Otra	-	X

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

OBSERVACIÓN : 0

AUDIOGRAMA



AUDIOMETRIC MARCA: Amplivox

MODELO: 260

SERIE: 10118

PROCEDENCIA: Reino Unido

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

CALIBRACIÓN BIOLÓGICA: jueves, 15 de Junio de 2023

CONCLUSIONES:

0



RECOMENDACIONES:

0

DR. JIM ROMERO PINEDO
 MÉDICO EVALUADOR
 CMP 081017

Firma y sello
CINTESA

* Lectura de audiometría con metodología Klockhoff

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

Fecha Inicio:	2023/06/15	Fecha Termino:	
Datos Postulante			
Nombres:	GELBER	Apellidos:	TANTALEAN REGALADO
Número de Documento:	46982757	Sexo:	MASCULINO
Fecha de Nacimiento:	22/04/1991	Edad:	32
Estado Civil:	SOLTERO/A	Ocupación:	OPERADOR DE MAQUINARIA PESADA
País:	PERU	Dpto:	SAN MARTIN
Grado Instrucción:	SECUNDARIO	Provincia:	RIOJA
Teléfono:	945966082	Email:	
Tipo Evaluación:	LICENCIA DE CONDUCIR - REVALIDACIÓN / A-II-B / PROFESIONAL		
Dirección:	CAS SAN CARLOS		
Observaciones:			

Psicotécnicos

Test de Palanca:

Errores:	6	Tiempo en Error:	1.29
Tiempo:	00 min 52 seg	Intentos Prueba:	1
Resultado:	APROBADO		

Test de Punteado:

Aciertos:	25	Permanencia:	7.19
Errores:	16		
Tiempo Prueba:	34 seg	Intentos Prueba:	1
Resultado:	APROBADO		

Test de Reacción:

Intento 1:	0.55	Intento 2:	0.41
Intento 3:	0.41	Intento 4:	0.39
Intento 5:	0.41	Intento 6:	0.39
Intento 7:	0.35	Intento 8:	0.39
Intento 9:	0.38	Intento 10:	0.42
Promedio:	0.41	Tiempo Total:	4.10
Intentos:	10		
Tiempo Prueba:	00 min 50 seg	Intentos Prueba:	1
Resultado:	APROBADO		

Visión

TIEMPO DURACIÓN: 02 min 21 seg

Agudeza 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: 2 - A (AMARILLO)		Reconoció: Si
	Intento 2: 3 - D (BLANCO)		Reconoció: Si
	Intento 3: 3 - E (ROJO)		Reconoció: Si
	Intento 4: 4 - D (AZUL)		Reconoció: Si
	Intento 5: 4 - E (VERDE)		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: 1:36	
Campimetria:	Resultado:	APROBADO	
	Ojo Izquierdo:	70°	Ojo Derecho: 70°

Audio

Audímetro:	Sin Resultados
-------------------	----------------

DR. J M ROMERO PINEDO
MÉDICO EVALUADOR
CMP 061917
CENTRO PREVENTIVO DE SALUD
CINTESA

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

Fecha Inicio:	2023/06/15	Fecha Termino:	
Datos Postulante			
Nombres:	GELBER	Apellidos:	TANTALEAN REGALADO
Número de Documento:	46982757	Sexo:	MASCULINO
Fecha de Nacimiento:	22/04/1991	Edad:	32
Estado Civil:	SOLTERO/A	Ocupación:	OPERADOR DE MAQUINARIA PESADA
País:	PERU	Dpto:	SAN MARTIN
Grado Instrucción:	SECUNDARIO	Provincia:	RIOJA
Teléfono:	945966082	Email:	
Tipo Evaluación:	LICENCIA DE CONDUCIR - REVALIDACIÓN / A-II-B / PROFESIONAL		
Dirección:	CAS SAN CARLOS		
Observaciones:			

Psicotécnicos

Test de Palanca:

Errores:	6	Tiempo en Error:	1.29
Tiempo:	00 min 52 seg	Intentos Prueba:	1
Resultado:	APROBADO		

Test de Punteado:

Aciertos:	25	Permanencia:	7.19
Errores:	16		
Tiempo Prueba:	34 seg	Intentos Prueba:	1
Resultado:	APROBADO		

Test de Reacción:

Intento 1:	0.55	Intento 2:	0.41
Intento 3:	0.41	Intento 4:	0.39
Intento 5:	0.41	Intento 6:	0.39
Intento 7:	0.35	Intento 8:	0.39
Intento 9:	0.38	Intento 10:	0.42
Promedio:	0.41	Tiempo Total:	4.10
Intentos:	10		
Tiempo Prueba:	00 min 50 seg	Intentos Prueba:	1
Resultado:	APROBADO		

Visión

Agudeza Visual: Sin Resultados

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

EVALUACION MÉDICA

Fecha de Inicio **15 06 2023**
Hora de Inicio **01:10 pm**

Fecha de Termino **15 06 2023**
Hora de Termino **03:36 pm**

DATOS DEL POSTULANTE

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

Nº documento **46982757**

Ap. Paterno **Tantalean**

Ap. Materno **Rogelado**

NOMBRE **Gelber**

Fecha de Nacimiento **92 04 1991**

ESTADO CIVIL **Conviviente** SEXO **M** EDAD **32** TELEFONO **945966082**

GRADO DE INSTRUCCIÓN **Secundaria completa** OCUPACIÓN **Operador de Maquinaria**

NUEVA Revalidación **X** Recategorización

No Profesional Profesional **X** Categoría **AUB**

DIRECCION **JL. 25 de Mayo - C.P. El Porvenir Ríoja**



FIRMA DEL POSTULANTE
LICENCIA DE CONDUCIR

I. ANALISIS DE LABORATORIO

1. Examen toxicológico

A. Prueba Rápida de Alcoholimetría

Resultados **(+)** **(A)**

Hora de Inicio

01:11 pm

valor

0.00%

B. Prueba Rápida para Cocaína, Marihuana y Drogas Sintéticas

Resultado Cocaína **(+)** **(A)**

(+) **(A)**

Resultado Marihuana **(+)** **(A)**

(+) **(A)**

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

(+) **(-)**

Negativo
Negativo
-

2. Grupo Sanguíneo y Factor RH

Grupo Sanguíneo **"O"**

factor RH

Positivo

RESULTADO FINAL DE ANALISIS

Hora Termino **01:20 pm**

APTO

X

NO APTO

LIDIA CAPUNAY GONZALES
CBP 5991
BIOLOGA-MICROBIOLOGA

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

II. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Anamnesis

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

Nº Accidentes *Mega*

Accidentes Psicopatológico

Personales:

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

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

A. Equipo Psicométrico

Test de Palanca	<input type="checkbox"/> <i>Normal</i>	(+) (-) (Professional)
Test de Reactímetro	<input type="checkbox"/> <i>Normal</i>	(+) (-) (Professional)
Test de punteo	<input type="checkbox"/> <i>Normal</i>	(+) (-) (Professional)

B. Pruebas o Sub Test

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

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

A. Test Matrices Prog. De RAVEN

<input type="checkbox"/>	(+) (-)
<input type="checkbox"/> <i>Normal</i>	(+) (-) (No profesional/profesional)
<input type="checkbox"/>	(+) (-)

B. Test de Dominós Anstey

C. Test de Otis (abreviado)

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

A. Test Proy. Karen Macnover

<input type="checkbox"/> <i>Normal</i>	(+) (-)
<input type="checkbox"/>	(+) (-)
<input type="checkbox"/> <i>Normal</i>	(+) (-)

B. NPF o Test de los 4 Temperamentos

C. Inventario personalidad Eysenck

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)

Modificada

SCL - 90 - R

Normal

(+) (-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION PSICOLOGICA

Hora Termino: *02.47 pm*

APTO

NO APTO

Observaciones: *Ninguna.*

Lic. Domingita Ríos Tavá
PSICÓLOGA
CINTESA
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 : 02:43 pm

1. Agudeza visual
S/C OD  OI  C/C OD  OI  (+) (-)

- | | | |
|-------------------------------------|---------------|---------|
| 2. Vision de Profundidad Resultados | <i>Normal</i> | (+) (-) |
| 3. Vision de colores Resultados | <i>Normal</i> | (+) (-) |
| 4. Balance Muscular Resultados | <i>Normal</i> | (+) (-) |
| 5. Vision nocturna Resultados | <i>Normal</i> | (+) (-) |
| 6. Encandilamiento Resultados | <i>Normal</i> | (+) (-) |
| 7. Campo Visual Resultados | <i>Normal</i> | (+) (-) |

RESULTADO DE LA EVALUACION

Hora Termino: 03:01 pm

APTO

NO APTO

Observaciones:

es: — Nunca
sir Prevera

DR. JIM ROMERO
MEDICO ESPECIALIZADO
CNP 081917
CENTRO PREVENTIVO DE SALUD
INTESA

**Firma y Huella Digital del
Postulante**



II. EVALUACION AUDITIVA

Hora Inicio :

1. Otoscopia con Aud. Ext.
Tímpano OD OI (+) (-)
2. Examen Auditivo (Audiometría) OD OI (+) (-)

**Anexo
Ficha
Adjometria**

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD



INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍA PARA LA SALUD Y EL AMBIENTE

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

Oído Derecho	<i>No hay</i>
Oído Izquierdo	<i>No hay</i>
Ambos Oídos	<i>No hay</i>

FRECUENCIA (Hz)

Pérdida Auditiva

No

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION AUDITIVA

Hora Termino: 03:17 pm

APTO

NO APTO

Observaciones: *- Ninguna*

DR. JIM ROMERO PINEDO
MEDICO EVALUADOR
CNP 081017

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD

Firma y Huella Digital del
Postulante



I. EVALUACIÓN CLINICA

Hora Inicio

03:19 pm

1. Anamnesis

Motivo:

Evaluación médica para licencia de conducir

2. Enfermedades Actuales

Tiempo de enfermedad:	Forma inicio	Curso:
-----------------------	--------------	--------

Síntomas principales:

Asintomática

3. Antecedentes Personales

A. Sistema Cardio - Respiratorio

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

B. Aparato Locomotor

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

C. Sistema Neurológicos

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

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD



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

Trastornos musculares		X	
Accidentes isquémico		X	
Eclerosis lateral amiotrofica		X	
Enfermedades de Duchenne		X	
Otras enfermedades del sistema neurológico		X	
Sistema Hematológicos			
1. Enfermedades Metabólicas y Endocrinias			
Hipoglucemia		X	
Hiperglicemia o Diabetes Mellitus		X	
Enfermedad Tiroidea		X	
Enfermedad Paratiroides		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 (cocaina, 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. Antropometria

Peso 74Kg

Talla 1.69m

IMC 28.90

• Sistema cardio – Respiratorio

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

118 mmHg
76 mmHg
19 ex
64 ex
98%
NORDA

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
Tantalean	Regalado	Gelber
DNI	46982757	FECHA EVALUACIÓN
RONCA USTED	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

UTILICE LA TABLA DE ABAJO Y ELIJA LA CIFRA ADECUADA PARA CADA SITUACIÓN

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

Cuantas horas promedio por dúa, durmió la última semana?07.....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

ENRIQUE SEGOVIA CASTRO
 Firma y sello del Responsable del
 MEDICO CIRUJANO
 Evaluador
 C.M.P 22522

Firma y Huella Digital del
 Postulante



(1)

TRVB - TEST DE RETENCIÓN VISUAL DE BENTON
HOJA DE ANOTACIÓN
Forma: C, D, E, ADMINISTRACIÓN: A, B, C, (rodéense las empleadas)
NOMBRES Y APELLIDOS: Gómez Tantalean Pugelado **DNI:** 46982757
EDAD: 32 **FECHA DE NACIMIENTO:** 22/04/1991 **LUGAR DE NAC:** Puerto Plata / Interior
SEXO: M **ESTADO CIVIL:** Conviviente **GRADO DE INSTRUCCIÓN:** Secundaria Completa
OCCUPACIÓN: Operador de Plaginaria Pesada **CATEGORÍA:** PIIB
MOTIVO DEL EXAMEN: Licencia de conducir **FECHA DE EXAMEN:** 15/06/2023
DIRECCIÓN: Caserío San José 100 - Puerto Plata / Rioja
TELÉFONO: 945 966 082 **NIVEL DE INTELIGENCIA (Conocido o estimador):** 60
HORA INICIO: 01:22 pm **HORA TÉRMINO:** 01:27 pm **EXAMINADO POR:** B. Domitila Ríos

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

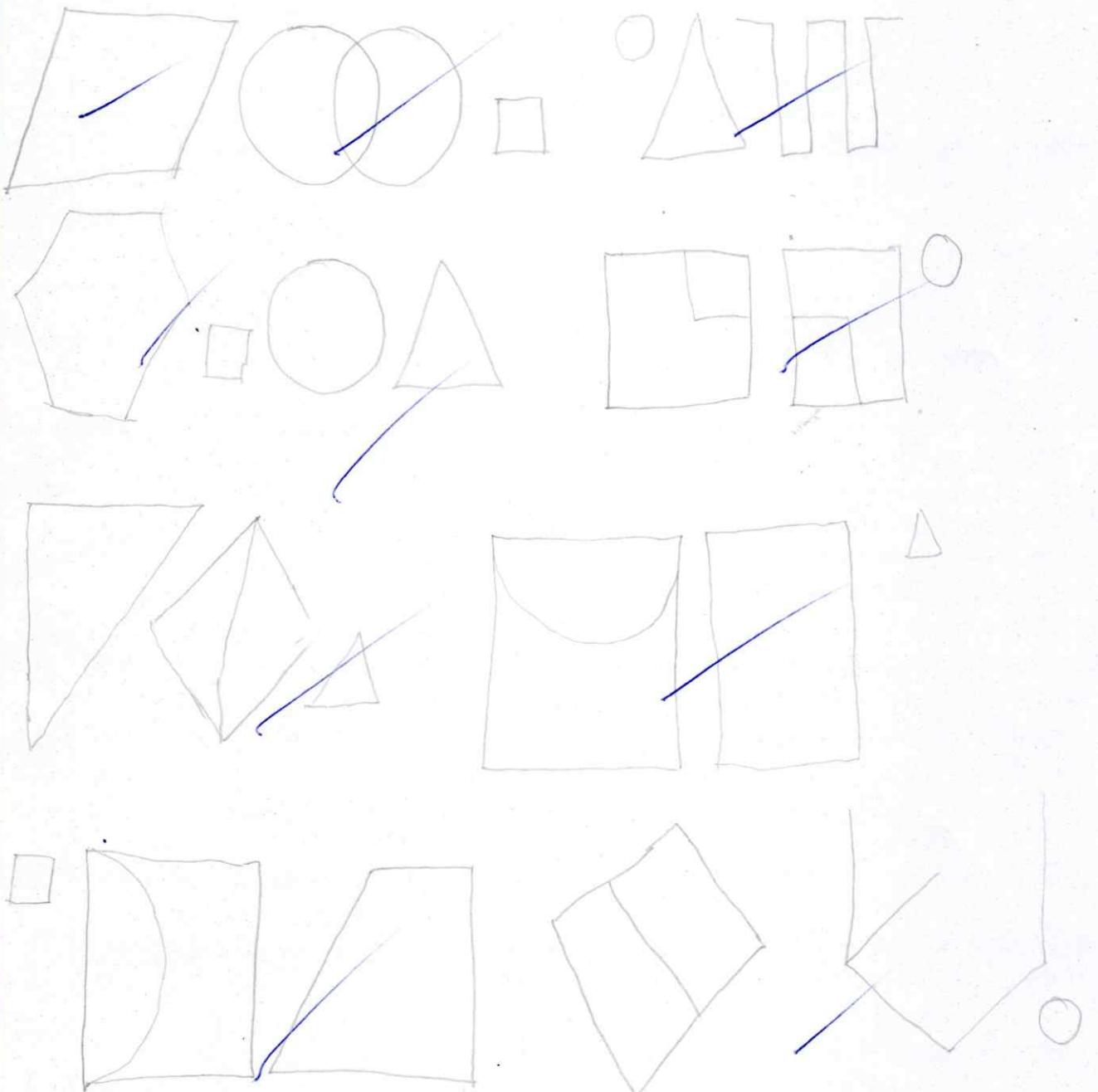
Ejelber Tontelean Repalado

DNI

46982757

FECHA

15 06 23



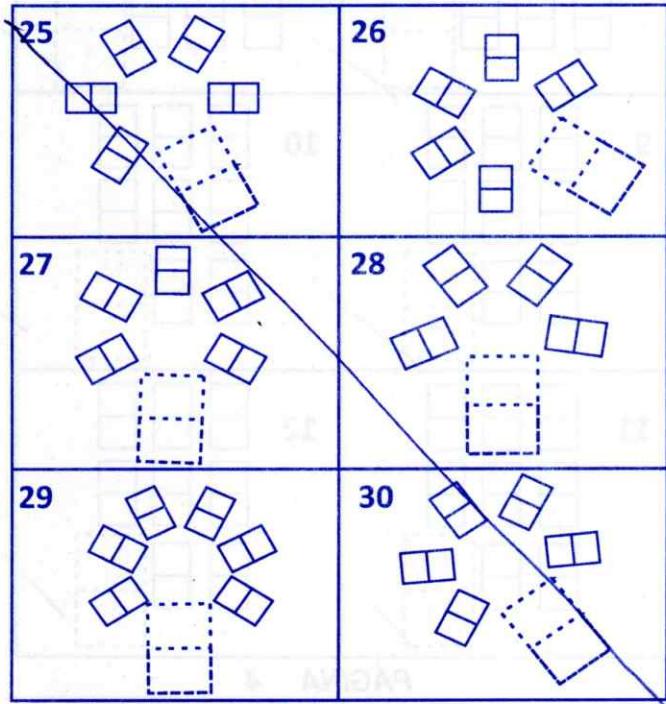
FIRMA Y MOULZA DIGITAL DEL
 POSTULANTE



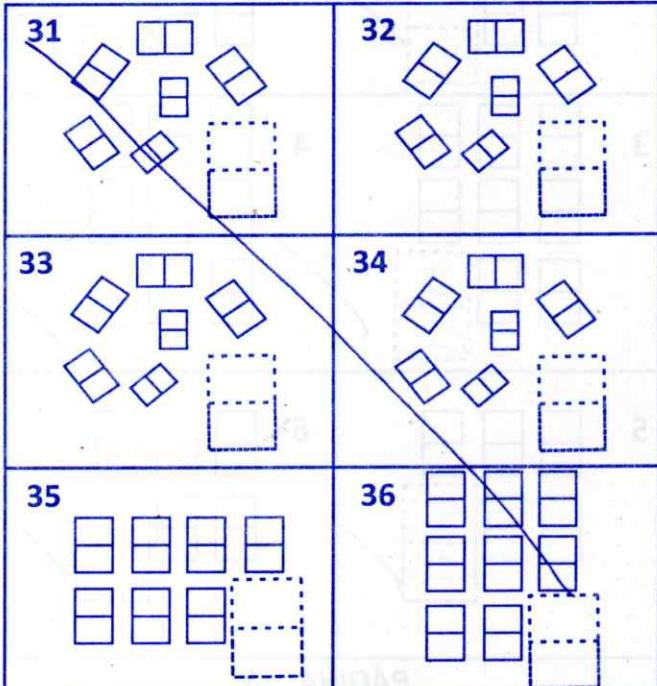
Lic. Domitila Rios Levi
 PSICÓLOGA
 INTESA
 CQR.32761
 FIRMA DEL EVALUADOR

Nombre:	Gelber Tantalean Repoblado			Escolaridad:	Secundaria Completa	PD:	22
Fecha de Nacimiento:	22	04	1991	Fecha de Hoy:	15	06	2023
Sexo:	M.	Lugar de Nacimiento:	Pero Mayo	G. de instrucción:	Secundaria	Ocupación:	Op. Plaguicida Pes.
Motivo del examen:	Acuerdo de Conducir			Fecha de examen:	15/06/2023		Categoría:
Dirección:	Caserío San Carlos - Awajún / Rioja						AII B
Teléfono:	945 966 082			Hora inicio:	01:27 pm	Hora término:	01:45 pm
Administración:	Individual <input checked="" type="checkbox"/>	Colectiva <input type="checkbox"/>	test <input type="checkbox"/>	Retest <input type="checkbox"/>	Diagnóstico: <input type="checkbox"/>		

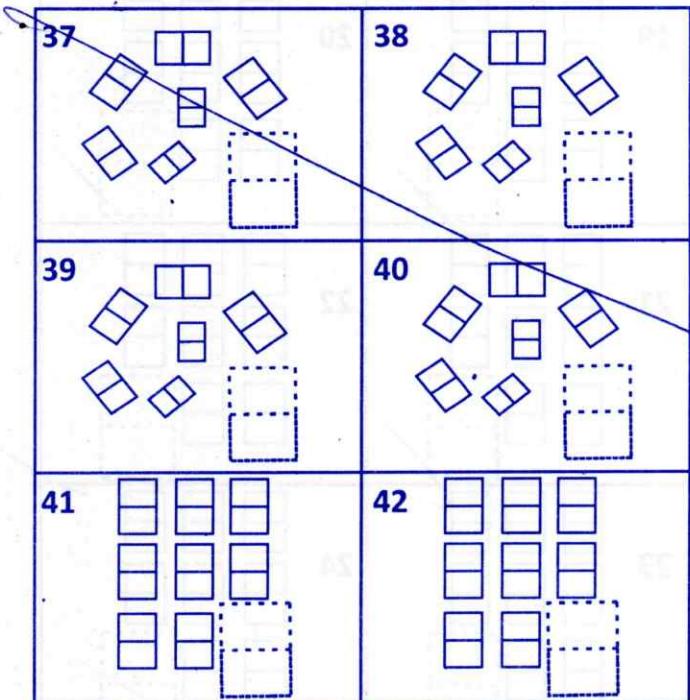
PÁGINA 5



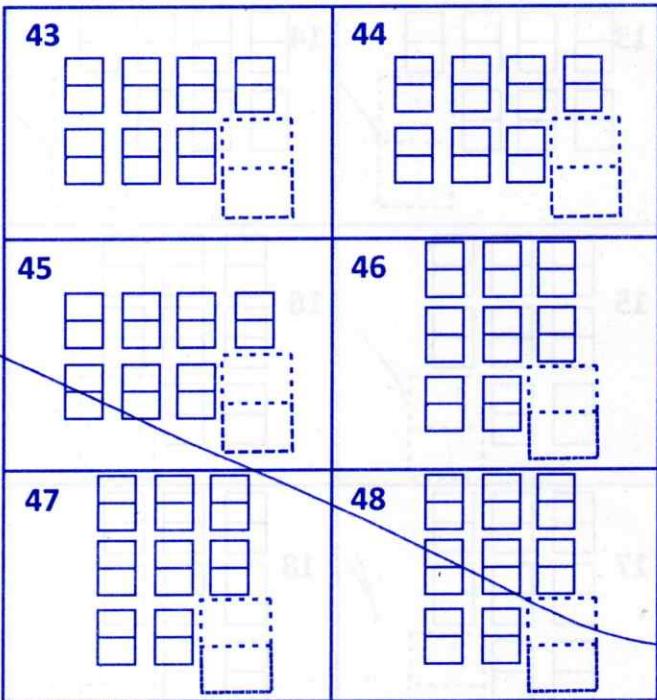
PÁGINA 6



PÁGINA 7



PÁGINA 8



Firma y Huella Digital del Postulante

Lic. Domitila Ríos Lavi
 PSICOLOGA
 INTESA
 COP 32761
 Firma y Sello del Evaluador

HOJA DE RESPUESTAS EJEMPLOS

PÁGINA 1

PÁGINA 2

PÁGINA 3

PÁGINA 4

Firma y Huella Digital del Postulante



Firma y Sello del Recomendante o Evaluador

PSICOLOGA
INTESA
COP 32761

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

Hora Inicio: 01:45 pm

Hora Término: 02:55 pm

NOMBRES Y APELLIDOS

Gelber Tantalean Regalado / Edad: 32 / F.N.: 22-04-1991

Sexo: Masculino DNI

46982757 G. Inst: Secundaria Completa

FECHA 15 06 2023

	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 type="radio"/>	<input checked="" 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 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 type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	26.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	45.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	27.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	46.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
9.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	28.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	47.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
10.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	29.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	48.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	30.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	49.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
12.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	31.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	50.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
13.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	32.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	51.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
14.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	33.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	52.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	34.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	53.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
16.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	35.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	54.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
17.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	36.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	55.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
18.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	37.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	56.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	38.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	57.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

N:

4

E:

12

L:

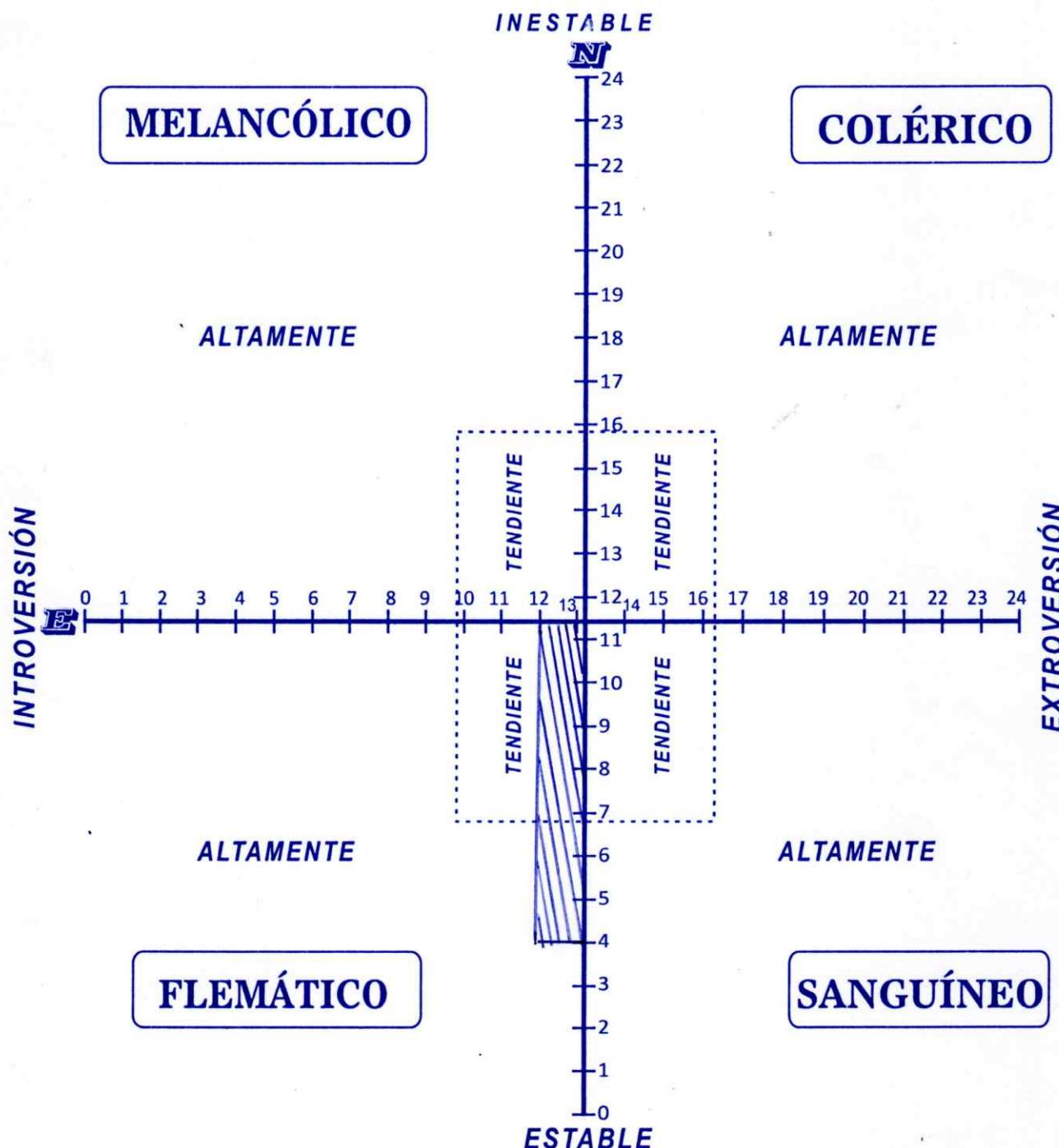
4

Lic. Domitila Ríos Lavi
 PSICÓLOGA
 INTESA
 COP 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)



DIAGNÓSTICO: Temperamento Flenático - Tendencia a la Introversión.
 Estable emocionalmente.

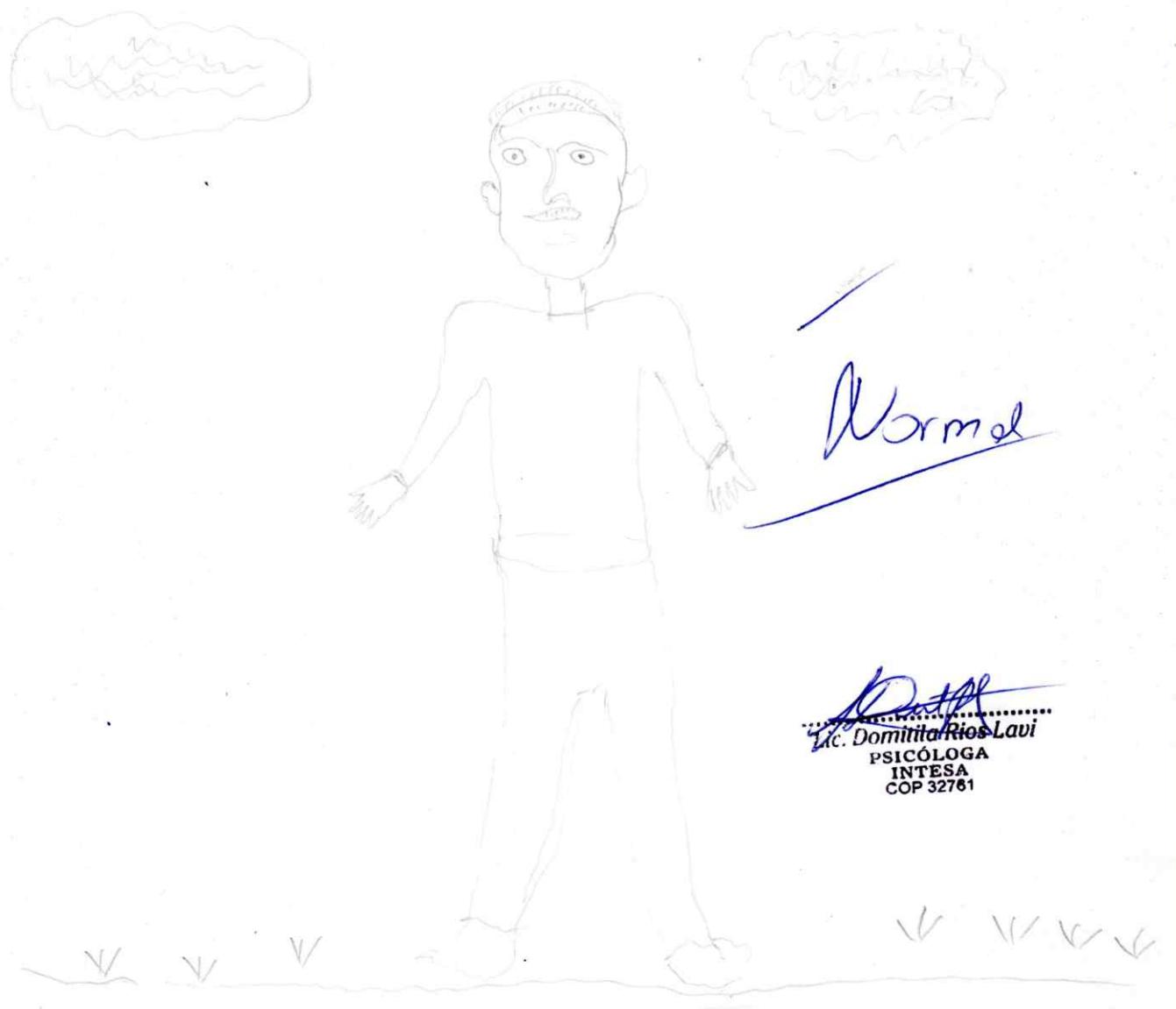
Firma y Huella Digital del Postulante



[Signature]
 Lic. Domitila Ríos Lavi
 PSICOLOGA
 CINTESA
 COP 32761

TEST DE LA FIGURA HUMANA – MACHOVER

NOMBRES Y APELLIDOS		<i>Gelber Tantalean Regalado</i>						
EDAD	32	Años	DNI	4698 2757				
SEXO	M	<input checked="" type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	FECHA DE NAC.	22	04	91
ESTADO CIVIL	Conviviente		OCCUPACIÓN	Op. Paganario Pes.	GRADO DE INST.	<i>Secundaria Completa</i>		
CATEGORÍA	AIIB	NUEVO			REVALIDACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	RE CATEGORIZACIÓN	
FECHA DE EVALUACION	15	06	23	HORA DE INICIO	01:55 PM		HORA DE TÉRMINO	02:00 PM



[Signature]
 Lic. Domitila Ríos Lavi
 PSICÓLOGA
 INTESA
 COP 32781

Firma y Huella Digital del
 Postulante




CENTRO PREVENTIVO DE SALUD



INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍA PARA LA SALUD Y EL AMBIENTE

Hora Inicio: 02:00 pm Hora Término: 02:05 PM Calculadora de alcoholimetría

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

15 06 23

Nombre: Gelber Tantalean Regalado

EDAD 32

SEXO M F

DNI: 4698 2757

F. NAC: 22 04 91

GRADO DE INST.

Secundaria C.

OCCUPACIÓN Op. Plaguicida Psc.

COMIENZA EL TEST:

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

nunca 1 ó menos veces al mes De 2 a 4 veces al mes De 2 a 3 veces a la semana De 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántas TRAGOS de alcohol suele consumir en un día de consumo normal?

162 3 ó 4 5 ó 6 7, 8 ó 9 10 ó mas

3. ¿Con qué frecuencia tomas 5 o más TRAGOS en un solo día?

nunca Menos de una vez al mes mensualmente semanalmente A diario o casi a diario

Hombres 0 a 4 puntos

Mujeres 0 a 3 puntos

Consumo de bajo riesgo

Termine aca la evaluación y termine una intervención mínima

Puntaje AUDIT-C

6

Suma del puntaje de la pregunta 1 a 3

4. ¿En el curso del último año ¿con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?

nunca Menos de una vez al mes mensualmente semanalmente A diario o casi a diario

5. ¿En el curso del último año ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba?

nunca Menos de una vez al mes mensualmente semanalmente A diario o casi a diario

6. ¿En el curso del último año ¿con qué frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

nunca Menos de una vez al mes mensualmente semanalmente A diario o casi a diario

7. ¿En el curso del último año ¿con qué frecuencia ha tenido remordimiento o sentimiento de culpa después de beber?

nunca Menos de una vez al mes mensualmente semanalmente A diario o casi a diario

8. ¿En el curso del último año ¿con qué frecuencia ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

nunca Menos de una vez al mes mensualmente semanalmente A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido por que usted había bebido?

nunca Menos de una vez al mes mensualmente semanalmente A diario o casi a diario

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que dejé 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

Suma del puntaje de la pregunta 1 a 3

16 puntos a mas

Possible consumo

Realice una derivación Asistida para evaluación completa y una breve

Firma y Huella Digital del Postulante



Lic. Domitila Rios Savi
PSICÓLOGA
COP. 32761

Firma y sello del Responsable del Evaluador

RESULTADOS:

APTO

SCL - 90 -R

FECHA: 15/06/2023	NOMBRES Y APELLIDOS: Gelber Teltalean Payolado	DNI: 46982757
EDAD: 32	GRADO DE INSTRUCCIÓN: Secundaria Completa	SEXO: M F.NACIMIENTO: 22/04/1991
CATEGORIA: AIB	HORA DE INICIO: 02:05 pm	HORA DE TERMINO: 02:41 pm

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

¿HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO AFECTADO POR? ...		NADA	MUY POCO	POCO	BASTANTE	MUCHO
1 Dolores de cabeza		X				
2 Nerviosismo o agitación interior		X				
3 Pensamientos no deseados que no se le van de su cabeza		X				
4 Sensación de desmayo o mareo		X				
5 Falta de interés en las relaciones sexuales		X				
6 Criticar a los demás		X				
7 Sentir que otro puede controlar mis pensamientos		X				
8 Sentir que otros son culpables de lo que me pasa		X				
9 Tener dificultad para memorizar cosas		X				
10 Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.		X				
11 Sentirme enojado/a, malhumorado/a			X			
12 Dolores en el pecho			X			
13 Miedo a los espacios abiertos o las calles			X			
14 Sentirme con muy pocas energías			X			
15 Pensar en quitarme la vida			X			
16 Escuchar voces que otras personas no oyen			X			
17 Temblores en mi cuerpo			X			
18 Perder la confianza en la mayoría de las personas				X		
19 No tener ganas de comer				X		
20 Llorar por cualquier cosa			X			
21 Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.			X			
22 Sentirme atrapada/o o encerrado/a			X			
23 Asustarme de repente sin razón alguna			X			
24 Explotar y no poder controlarme			X			
25 Tener miedo a salir solo/a de mi casa			X			
26 Sentirme culpable por cosas que ocurren			X			
27 Dolores en la espalda			X			
28 No poder terminar las cosas que empecé a hacer			X			
29 Sentirme solo/a			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			

Lil. Dominga Ríos Bavi
 PSICOLOGA
 INTESA
 COP 32761

¿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 destrozar 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				

	APTO
	NO APTO

Firma y huella del postulante


 Lic. Domitila Ríos Lavi
 PSICÓLOGA
 INTESA
 COP 32761

Firma y sello del evaluador

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

