

NOMBRE DEL CENTRO MÉDICO

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

LOCAL :

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

CERTIFICADO MÉDICO DE EVALUACIÓN PSICOSOMÁTICA

N° de Informe : 2023-0970-0000143

Fecha del Informe : 04/04/2023 10:48:33 AM

EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 04/04/2023 08:21:09 AM

FICHA REGULAR

Fecha de Término : 04/04/2023 10:47:59 AM

INFORMACIÓN DEL EVALUADO

Apellido Paterno : MONTALVÁN

Tipo Documento : DNI

Apellido Materno : DOMINGUEZ

Número Documento : 71689939

Nombres : GEYDEN JUNIOR

Fecha Nacimiento : 04/08/1999

Grupo sanguíneo y factor RH : A+



CLASE, CATEGORÍA Y TRÁMITE

Clase y Categoría : A I

Trámite : Nuevo

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

Toxicológico

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

Lic. Domitila Rios Lavi
PSICÓLOGA
INTESA
CINTESA
RIOS LAVI DOMITILA

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

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

FECHA Y HORA DE LAS EVALUACIONES REALIZADAS:

Examen de Sangre: 04/04/2023 08:22:21 AM - 04/04/2023 08:27:36 AM
Examen Psicológico: 04/04/2023 08:30:20 AM - 04/04/2023 09:31:17 AM
Examen Oftalmológico: 04/04/2023 09:37:12 AM - 04/04/2023 09:55:28 AM
Examen Otorrinolaringológico: 04/04/2023 09:56:30 AM - 04/04/2023 10:18:16 AM
Examen Clínico: 04/04/2023 10:32:36 AM - 04/04/2023 10:47:59 AM

DICTAMEN

APTO

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES

OBSERVACIONES DEL DIRECTOR

NINGUNA

Huella Digital del
Evaluado



Evaluado
MONTALVÁN DOMINGUEZ GEYDEN JUNIOR

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

NOMBRE DEL CENTRO MÉDICO

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

LOCAL :

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

INFORME MÉDICO DE EVALUACIÓN PSICOSOMÁTICA

N° de Informe : 2023-0970-0000143

Fecha del Informe : 04/04/2023 10:48:33 AM

EVALUACIÓN MÉDICA

FICHA REGULAR

Fecha de Inicio : 04/04/2023 08:21:09 AM

Fecha de Término 04/04/2023 10:47:59 AM

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de Documento DNI

Número de Documento 71689939

Apellido Paterno : MONTALVÁN

Apellido Materno DOMINGUEZ

Nombres : GEYDEN JUNIOR

Fecha Nacimiento : 04/08/1999

Sexo : MASCULINO

Dirección : JR. FAUSTINO MALDONADO 263-RIOJA-RIOJA-SAN MARTIN

CLASE, CATEGORÍA Y TRÁMITE

Clase y Categoría A I

Trámite: Nuevo

EXÁMENES DEL POSTULANTE

1. EXAMEN DE GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH

DIAGNOSTICO DEL RESPONSABLE

RESULTADO EXAMEN: A+

2. EXAMEN PSICOLÓGICO

a) PRUEBA PSICOMÉTRICAS

Test de reacción: Apto

Test de Palanca o equiv.: Apto

Test de Punteado o equiv.: Apto

b) PRUEBA PSICOLÓGICA

Organicidad: Apto

Psicopatología: Apto

Psicomotricidad: Apto

Inteligencia:

DIAGNOSTICO DEL RESPONSABLE

OBSERVACIONES: NINGUNA

RESULTADO EXAMEN: Apto

3. EXAMEN OFTALMOLÓGICO

Agudeza Visual: Apto

SC: OD: 30 OI: 30

CC: OD: 00 OI: 00

Oftalmoscopia (F. de Ojo): Apto

Visión Nocturna: Apto

Esteropsis: Apto

Visión de Colores: Apto

Campimetría: Apto

Encandilamiento: Apto

Diplopía: Apto

Motilidad Ocular: Apto

Rec. Encandilamiento: Apto

DIAGNOSTICO DEL RESPONSABLE

OBSERVACIONES: NINGUNA

RESULTADO EXAMEN: Apto

RESTRICCIONES:

4. EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO

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

DIAGNOSTICO DEL RESPONSABLE

OBSERVACIONES: NINGUNA
RESULTADO EXAMEN: Apto
RESTRICCIONES:

5. EXAMEN CLÍNICO DE MEDICINA GENERAL

a) RESERVA CARDIO - RESPIRATORIA

Pulso: 91 Apto
Presión Arterial Diastólica: 60 Apto
Presión Arterial Sistólica: 100 Apto
Frecuencia Respiratoria: 20 Apto
Auscultación de Tórax: Apto

b) CAPACIDAD FUNCIONAL Y FUERZA MUSCULAR

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

c) AUSENCIA DE MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS

Corea - atetosis: Apto
Corea: Apto
Parkinson: Apto

d) LESIONES DEFORMANTES QUE IMPIDAN LA CONDUCCION DE VEHICULOS MOTORIZADOS

Columna Vertebral: Apto
Extremidades: Apto

DIAGNOSTICO DEL RESPONSABLE

OBSERVACIONES: NINGUNA
RESULTADO EXAMEN: Apto
RESTRICCIONES:

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

Toxicológico

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

Otorrinolaringológico

SALDAÑA TIMANA YORKY

Lic. Domitila Rios Lavi
PSICÓLOGA
INTESA
COP 32781
RIOS LAVI DOMITILA

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

ENRIQUE SEGOVIA CASTRO
MEDICO - CIRUJANO
CMP 22522
SEGIVIA CASTRO ENRIQUE

FECHA Y HORA DE LAS EVALUACIONES REALIZADAS:

Examen de Sangre: 04/04/2023 08:22:21 AM - 04/04/2023 08:27:36 AM
Examen Psicológico: 04/04/2023 08:30:20 AM - 04/04/2023 09:31:17 AM
Examen Oftalmológico: 04/04/2023 09:37:12 AM - 04/04/2023 09:55:28 AM
Examen Otorrinolaringológico: 04/04/2023 09:56:30 AM - 04/04/2023 10:18:16 AM
Examen Clínico: 04/04/2023 10:32:36 AM - 04/04/2023 10:47:59 AM

DICTAMEN

APTO

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES

OBSERVACIONES DEL DIRECTOR

NINGUNA



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

HISTORIA CLÍNICA N° : 71689939 **N° FICHA:** 2567
APELLIDOS Y NOMBRES: MONTALVAN DOMINGUEZ GEYDEN JUNIOR
EMPRESA : LICENCIA / PARTICULAR
OCUPACIÓN : INDEPENDIENTE

FECHA: 4 de Abril de 2023
EDAD: 23 **SEXO :** M
TIEMPO DE TRABAJO: 0

APRECIACIÓN DEL RUIDO

Ruido muy intenso -
Ruido moderado ...
Ruido no molesto -

USO DE PROTECTORES AUDITIVOS

Tapones X
Orejeras -
Otro -

TIPO DE EXAMEN

Pre-ocupacional -
Periódica -
Retiro -
Otro -

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

ANTECEDENTES

SI
Consumo de Tabaco -
Servicio Militar -
Hobbies con exposición a ruido -
Exposición laboral a químicos -
Infección al oído -
Uso de ototóxicos -

NO

X
X
X
X
X
X

SINTOMAS

Disminución de la audición -
Dolor de oídos -
Zumbidos -
Mareos -
Infección al oído -
Otra -

SI

-
-
-
-
-
-

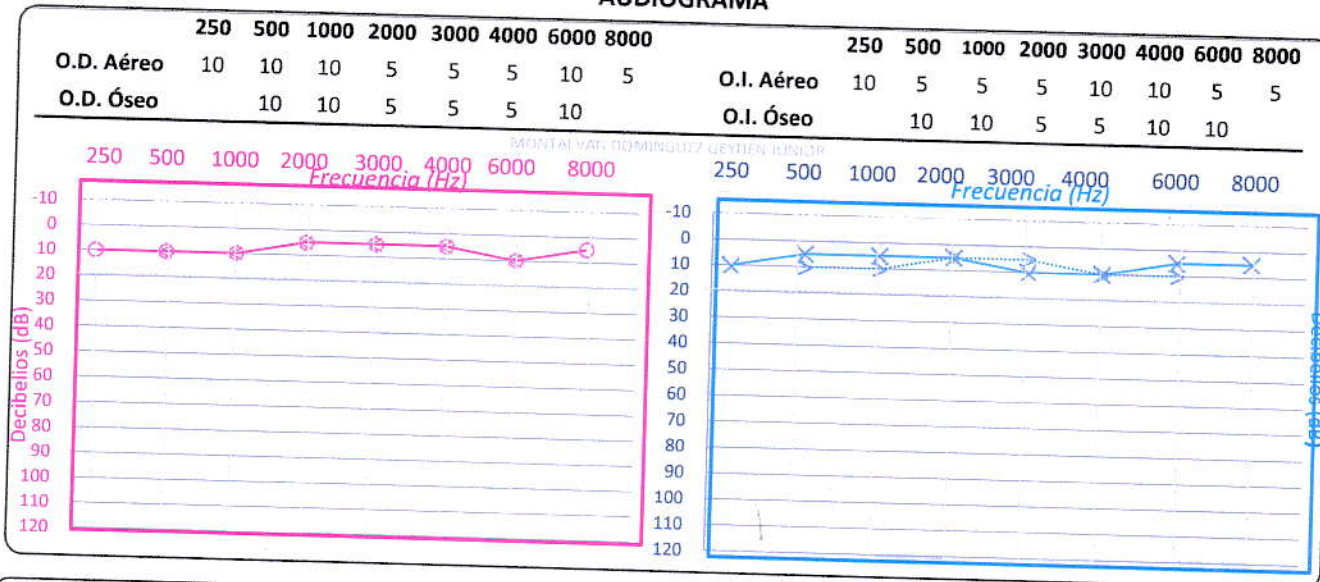
NO

X
X
X
X
X
X

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

OBSERVACIÓN : 0

AUDIOGRAMA



AUDIOMETRICA MARCA: Amplivox

MODELO: 260

SERIE: 10118

PROCEDENCIA: Reino Unido

FECHA CADUCIDAD DE CALIBRACIÓN sábado, 13 de Mayo de 2023

CALIBRACIÓN BIOLÓGICA: martes, 4 de Abril de 2023

CONCLUSIONES:

0

RECOMENDACIONES:

0

DR. YORLY SALDANA TIMANA
CMP 092981
MEDICO EVALUADOR
CENTRO PREVENTIVO DE SALUD
CINTESA

Firma y sello



Examen Psicosensométrico

Nombre de la empresa

Dirección

Fecha Inicio:

2023/04/4

Fecha Terminó:

Datos Postulante

Nombres:	GEYDEN JUNIOR	Apellidos:	MONTALVAN DOMINGUEZ
Número de Documento:	71689939	Sexo:	MASCULINO
Fecha de Nacimiento:	4/08/1999	Edad:	23
Estado Civil:	SOLTERO/A	Ocupación:	INDEPENDIENTE
País:	PERU	Dpto:	SAN MARTIN
Grado Instrucción:	UNIVERSITARIO	Provincia:	RIOJA
Teléfono:	952549803	Email:	
Tipo Evaluación:	LICENCIA DE CONDUCIR - NUEVA / A-I / NO PROFESIONAL		
Dirección:	JR. FAUSTINO MALDONADO N°263		
Observaciones:	NINGUNA		

Psicotécnicos

Test de Palanca:

Errores:	5	Tiempo en Error:	0.96
Tiempo:	00 min 57 seg	Intentos Prueba:	2
Resultado:	APROBADO		

Test de Punteado:

Aciertos:	39	Permanencia:	5.61
Errores:	5		
Tiempo Prueba:	34 seg	Intentos Prueba:	2
Resultado:	APROBADO		

Test de Reacción:

Intento 1:	0.33	Intento 2:	0.28
Intento 3:	0.32	Intento 4:	0.32
Intento 5:	0.28	Intento 6:	0.29
Intento 7:	0.29	Intento 8:	0.31
Intento 9:	0.31	Intento 10:	0.31
Promedio:	0.30	Tiempo Total:	3.04
Intentos:	10		
Tiempo Prueba:	00 min 57 seg	Intentos Prueba:	2
Resultado:	APROBADO		

Visión

TIEMPO DURACIÓN: 05 min 59 seg

Agudeza Visual:

Izquierdo:	20/30	Derecho:	20/30
Ambos:	20/30		
Resultado:	APROBADO		

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

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

<u>Foria:</u>	Resultado:	APROBADO	
	Fila - Columna:	B - 5	

<u>Estereopsis:</u>	Resultado:	APROBADO - (9) Figuras Reconocidas								
	Figura N°:	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	%:	15	30	50	60	70	80	85	90	95
	Reconoció:	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

<u>Visión Nocturna:</u>	Resultado:	APROBADO - Calibración a 0.5 CD	
--------------------------------	-------------------	---------------------------------	--

<u>Encandilamiento:</u>	Resultado:	APROBADO - Calibración a 45 CD	
--------------------------------	-------------------	--------------------------------	--

<u>Tiempo de Recuperación:</u>	Resultado:	APROBADO - Tiempo: 2:17	
---------------------------------------	-------------------	-------------------------	--

<u>Campimetría:</u>	Resultado:	APROBADO	
	Ojo Izquierdo:	70°	Ojo Derecho: 70°

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



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

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD



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

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

EVALUACION MÉDICA

Fecha de Inicio

Fecha de Terminó

Hora de Inicio

Hora de Terminó

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de documento DNI - C. EXT

N° documento

Ap. Paterno

Ap. Materno

NOMBRE

Fecha de Nacimiento

ESTADO CIVIL SEXO EDAD TELEFONO

GRADO DE INSTRUCCIÓN OCUPACIÓN

NUEVA ☒ Revalidación ☐ Recategorización ☐

No Profesional ☒ Profesional ☐ Categoría

DIRECCION

FIRMA DEL POSTULANTE
LICENCIA DE CONDUCIR



I. ANALISIS DE LABORATORIO

1. Examen toxicológico

Hora de Inicio

A. Prueba Rápida de Alcoholimetría

Resultados (+) (-)

valor

B. Prueba Rápida para Cocaína, Marihuana y Drogas Sintéticas

Resultado Cocaína (+) (-)

Resultado Marihuana (+) (-)

Resultados de Drogas Sintéticas (+) (-)

<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>

2. Grupo Sanguíneo y Factor RH

Grupo Sanguíneo

factor RH

RESULTADO FINAL DE ANALISIS

Hora Terminó

APTO ☒

NO APTO ☐



Eduar Iván Santisteban Bances
BIÓLOGO-MICROBIÓLOGO
CBP. N° 10615

Firma y Huella Digital del Postulante



II. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**Anamnesis**

Experiencia conducir 55 N° infracciones 0 Tipo de infracciones Leve grave Muy grave
 N° Accidentes Niega

 Hora de Inicio: 08:30 am
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)	<u>—</u>	(+) (-) (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	<u>—</u>	(+) (-)
B. Test de Dominós Anstey	<u>Normal</u>	(+) (-) (No profesional/profesional)
C. Test de Otis (abreviado)	<u>—</u>	(+) (-)

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	<u>—</u>	(+) (-)
C. Inventario personalidad Eysenck	<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)	<u>—</u>	(+) (-)
C. test de la persona con Arma (Sumada a una estructurada)	<u>—</u>	(+) (-) / <u>Modificado</u>
<u>SCC-90-R</u>	<u>Normal</u>	(+) (-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION PSICOLOGICA
 Hora Terminó: 09:31 am

 APTO ☒

 NO APTO ☐

 Observaciones: Ninguna.

[Firma]
 Lic. Dominila Rios Lavi
 PSICÓLOGA
 INTESA
 COP 32761

[Firma]
 Firma y Huella Digital del
 Postulante



I. EVALUACIÓN VISUAL

Hora Inicio : 09:30

1. Agudeza visual

S/C OD 20/30 OI 20/30 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: 09:55

APTO X

NO APTO

Observaciones: NINGUNA

SIN RESTRICCIONES

 DR. YORRY SALDANA TIMANA
 CMP 092951
 MEDICO EVALUADOR
 CENTRO PREVENTIVO DE SALUD
 CINTESA


 Firma y Huella Digital del
 Postulante
**II. EVALUACION AUDITIVA**

Hora Inicio : 09:56

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

Tímpano OD OI (+) (-)

2. Examen Auditivo (Audiometría)

Vía Aérea

OD = 0

OI = X

Vía Usa

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

Pérdida Auditiva
No

FRECUENCIA (Hz)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION AUDITIVA

Hora Terminó: 10:18

APTO ☒

NO APTO ☐

Observaciones: NINGUNA

SIN RESTRICCIONES

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

Firma y Huella Digital del
Postulante



I. EVALUACIÓN CLINICA

Hora Inicio 10:32 am

1. Anamnesis

Motivo:

Evaluación médica para licencia de conducir

2. Enfermedades Actuales

Tiempo de enfermedad:

Forma inicio

Curso:

Síntomas principales:

Asintomático

3. Antecedentes Personales

A. Sistema Cardio - Respiratorio

Insuficiencia Cardíaca

SI NO

☒

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

☒

OBSERVACIONES

Trastornos musculares		X		
Accidentes isquémico		X		
Esclerosis lateral amiotrofica		X		
Enfermedades de Duchenne		X		
Otras enfermedades del sistema neurológico		X		
Sistema Hematológicos				
1. Enfermedades Metabólicas y Endocrinas		X		
Hipoglucemia		X		
Hiperglicemia o Diabetes Mellitus		X		
Enfermedad Tiroidea		X		
Enfermedad Paratiroidea		X		
Enfermedad Adrenal		X		
Trastornos hepáticos		X		
Sistema hematológico		X		
Trastornos Hematológicos				
Procesos sometidos a tratamiento quimioterapico		X		
Policitemia vera y poliglobulias		X		
Anemia, Leucopenia, Trombocitopenia		X		
Trastornos de coagulación		X		
Tratamiento anticoagulante		X		
Otros trastornos hematológicos		X		
Sistema Renal				
Nefropatía		X		
Trastorno Renal		X		
Insuficiencia Renal		X		
Otros				
Consumo de alcohol, tabaco (si la respuesta es sí; con qué frecuencia)		X		
Consumo sustancias toxicas (cocaína, marihuana, drogas sintéticas, si la respuesta es sí, desde cuándo y con qué frecuencia)		X		
Consumo de medicamentos (especificar nombres de medicamentos, frecuencia y desde cuando los usa)		X		
Declaro haber brindado información verdadera respecto a mis antecedentes médicos y a mi estado de salud física y mental actual que se me consulto al momento de la evaluación psicosomática, por ello declaro que soy consciente que el ocultar o falsear información puede conllevar consecuencias legales, por lo que asumo la responsabilidad de ello.				 Firma y Huella Digital

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

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

100 mmHg
 60 mmHg
 20 x / min
 91 x / min
 96 %
 No AHA

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

Simergia
 Conservado
 Ausente
 Conservado
 Adecuado
 Adecuado

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

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

24.67
 100/60 mmHg
 1
 37
 0
 NO

Resultado ☒ APTO valor (+)(-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION CLINICA

Hora Terminó: 10:47 am

APTO ☒

NO APTO ☐

Observaciones: NINGUNO

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

Firma y Huella Digital del
 Postulante



RESULTADO DEL PROCESO

Hora Terminó: 10:47 am

APTO ☒

NO APTO ☐

Observaciones: NINGUNO

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

Firma y Huella Digital del
 Postulante



ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
Montalvan	Dominguez	Geyden Junior

DNI 7 1 6 8 9 9 3 9

FECHA EVALUACIÓN 04 04 2023

RONCA USTED SI ☐ NO ☒

UTILICE LA , Y ELIJA LA CIFRA ADECUADA PARA CADA SITUACIÓN

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

Cuántas horas promedio por día, durmió la última semana? 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 pts: RANGO NORMAL DE SOMNOLENCIA
 11 - 14 pts: SOMNOLENCIA DIURNA LEVE
 15 - 18 pts: SOMNOLENCIA DIURNA MODERADA


ENRIQUE SEGOVIA CASTRO
 Médico Cirujano
 C.M.P. 22522


 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: Geyden Junior Pontón Domínguez DNI: 71689939
 EDAD: 23a. FECHA DE NACIMIENTO: 04/08/1999 LUGAR DE NAC: Rioja / San Martín
 SEXO: M. ESTADO CIVIL: Soltero GRADO DE INSTRUCCIÓN: Superior Universitario
 OCUPACIÓN: Trabajador Independiente CATEGORÍA: AF
 MOTIVO DEL EXAMEN: Prueba de Conducir FECHA DE EXAMEN: 04/04/2023
 DIRECCIÓN: Jr. Faustino Maldonado N° 263 - Rioja
 TELÉFONO: 952 549 803 NIVEL DE INTELIGENCIA (Conocido o estimador): 75
 HORA INICIO: 08:30 cr HORA TÉRMINO: 08:40 cr 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:									


 Lic. Domitila Ríos Lavi
 PSICÓLOGA
 INTESA
 COP 32761

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

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

1

NOMBRES Y APELLIDOS

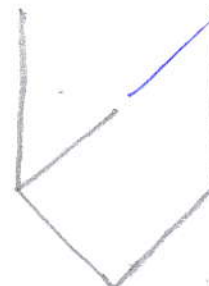
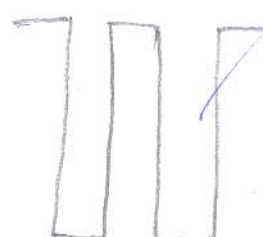
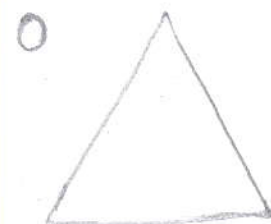
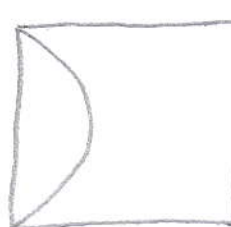
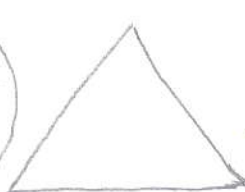
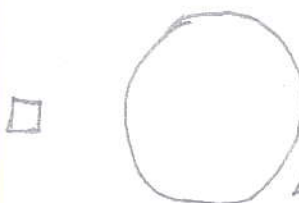
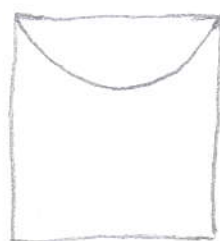
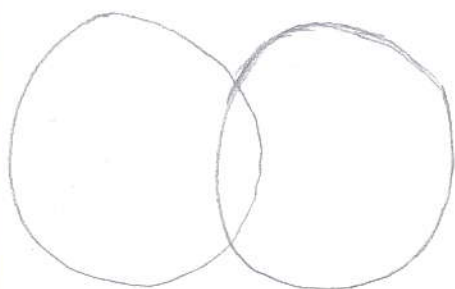
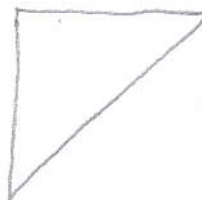
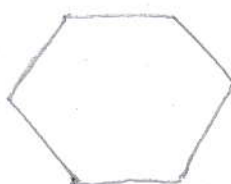
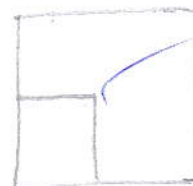
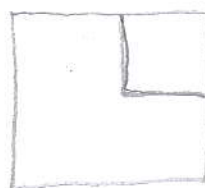
Geyden Junior Pontelva Dominguez

DNI

7168 9939

FECHA

04 04 23



[Signature]
FIRMA Y HUELLA DIGITAL DEL
POSTULANTE



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

Nombre:	Geyden Junior Montelvo Dominguez			Escolaridad:	Superior Universitario			PD:	27
Fecha de Nacimiento:	04	03	99	Fecha de Hoy:	04	04	23	Estado Civil:	Soltero
Edad:	23	Pc:	75	G. de Instrucción:	Superior			Ocupación:	Trab. Independ.
Rango:	II +			Motivo del examen:	Licencia de Conducir			Fecha de examen:	04/04/2023
Categoría:	A I			Dirección:	Dr. Faustino Maldonado 10263 - Rioja				
Teléfono:	952 549 803			Hora inicio:	08:40 am			Hora término:	08:55 am
Administración:	Individual	<input checked="" type="radio"/>	Colectiva	<input type="radio"/>	test	<input type="radio"/>	Retest	<input type="radio"/>	Diagnóstico:

PÁGINA 5

25	26
27	28
29	30

PÁGINA 6

31	32
33	34
35	36

PÁGINA 7

37	38
39	40
41	42

PÁGINA 8

43	44
45	46
47	48

[Firma]

Firma y Huella Digital del Postulante



[Firma]

Firma y sello del Evaluador

PSICOLOGA
INTESA
 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	

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Geydan Junior Montalvan Dominguez DNI: 7168 9939
 EDAD: 23 FECHA DE NACIMIENTO: 04/08/1999 LUGAR DE NAC: Rioja / San Martin
 SEXO: M ESTADO CIVIL: Soltero GRADO DE INSTRUCCIÓN: Superior Universitario
 OCUPACIÓN: Trabajador Independiente CATEGORÍA: NT
 MOTIVO: Examen de Conducir FECHA DE EXAMEN: 04/07/2023
 DIRECCIÓN: Jr. Faustino Maldonado No 263 - Rioja
 TELÉFONO: 952 549 803
 HORA INICIO: 08:55 am HORA TÉRMINO: 09:05 am

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	20.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	39.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	21.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	40.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	22.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	41.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4.	<input type="radio"/>	<input checked="" 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	25.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	44.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	26.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	45.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	27.	<input 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 checked="" type="radio"/>	<input 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	37.	<input type="radio"/>	<input checked="" 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:

2

E:

18

L:

3

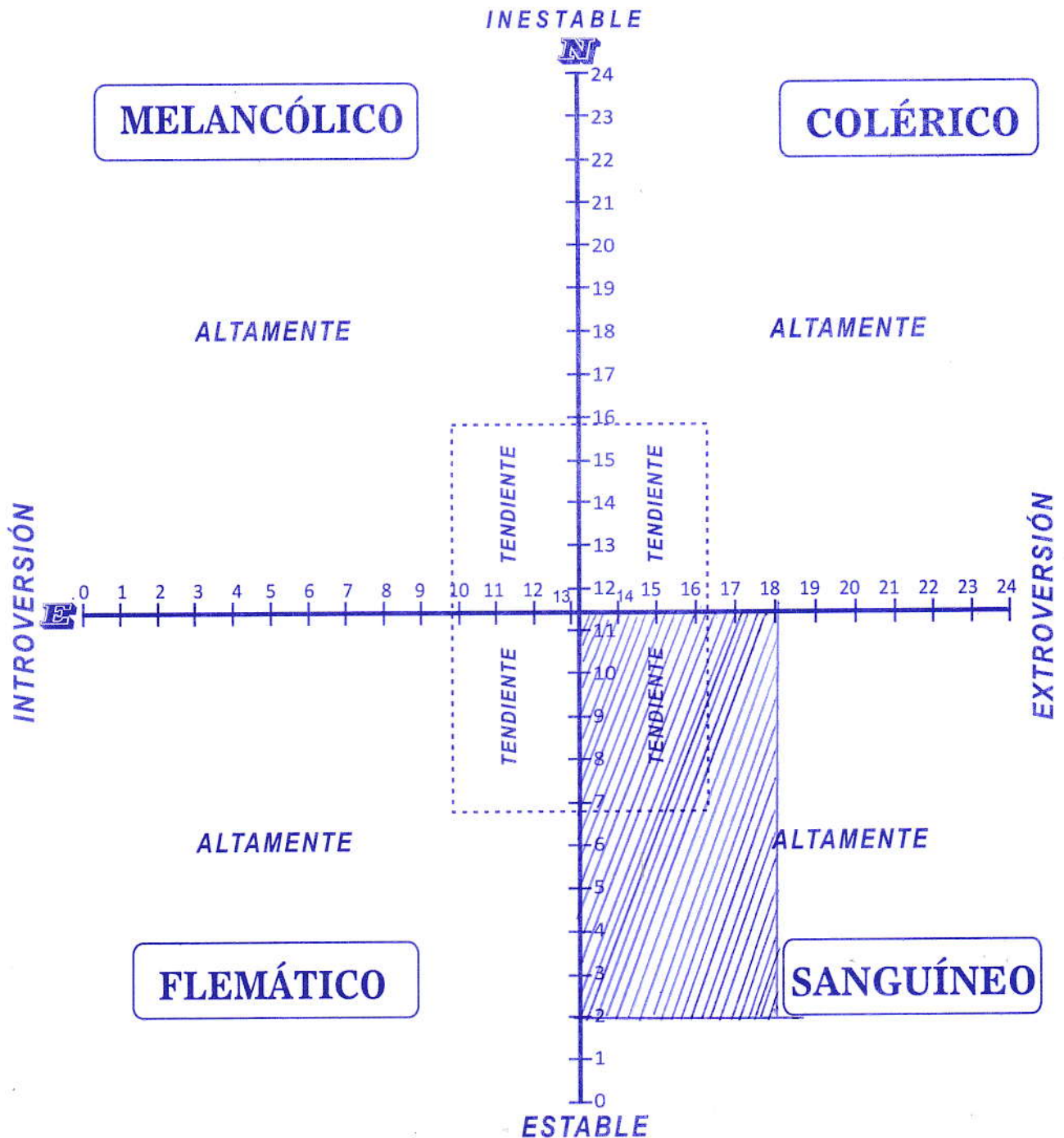



 Lic. Domitila Rios Lavi
 PSICÓLOGA
 INTESA
 COP 32761

TABLA DE CALIFICACIÓN EYSENK & EYSENCK

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

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



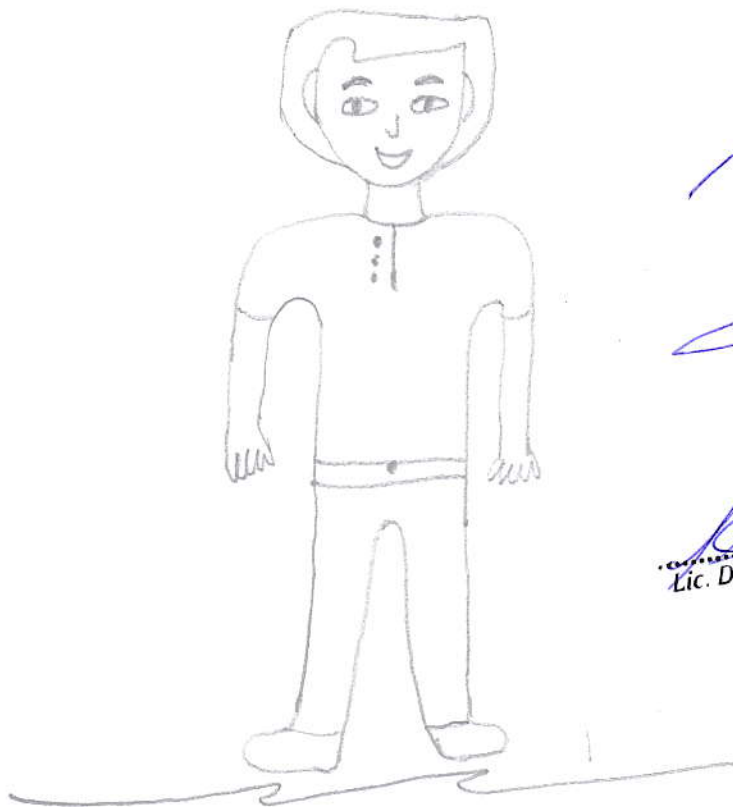
DIAGNÓSTICO: *Temperamento Sanguíneo - Altamente Extrovertido - Estable Emocionalmente.*

[Firma]
 Firma y Huella Digital del Postulante

[Firma]
 Lic. Domitila Ríos Lavi
 PSICÓLOGA
 INTESA
 COP 32761
 Firma y Sello del Responsable del Evaluador

TEST DE LA FIGURA HUMANA - MACHOVER

NOMBRES Y APELLIDOS Geyder Junior Montalvan Domínguez
EDAD 23 Años DNI 7168 9939 SEXO M ☒ F ☐ FECHA DE NAC. 04 08 99
ESTADO CIVIL Soltero OCUPACIÓN Tres. Independiente GRADO DE INST. Superior Universitario
CATEGORÍA DI NUEVO ☒ REVALIDACIÓN ☐ RE CATEGORIZACIÓN ☐
FECHA DE EVALUACIÓN 04 04 23 HORA DE INICIO 09:05 am HORA DE TÉRMINO 09:10 am



Normal


Lic. Domitila Ríos Lavi
PSICÓLOGA
INTESA
COP 32751


Firma y Huella Digital del
Postulante



SCL - 90 -R

NOMBRES Y APELLIDOS: <u>Geyden Junior Portelvan Dominguez</u>			DNI: <u>71689939</u>		
EDAD: <u>23</u>	FECHA DE NACIMIENTO: <u>04-08-1999</u>	SEXO: <u>M</u>	GRADO DE INST: <u>Super Universitario</u>		
CATEGORIA: <u>A1</u>	HORA DE INICIO: <u>09:10 am</u>	HORA DE TERMINO: <u>09:26 am</u>			

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

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

☒ APTO
☐ NO APTO

Firma y huella del postulante



[Signature]
Lic. Domitila Ríos Laví
PSICÓLOGA
INTESA
COR 32741
 Firma y sello del evaluador

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

CENTRO PREVENTIVO DE SALUD



INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍA PARA LA SALUD Y EL AMBIENTE

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

TEST DE ALCOHOLISMO (TEST AUDIT)

FECHA

Hora Inicio: 09:29 am

Hora Término: 09:31 am

Calculadora de alcoholimetría

04 04 23

Nombre: Geyden Junior Montalvo Dominguez

EDAD 23

SEXO M ☒ F ☐

DNI: 7168 9939

F. NAC: 04 08 99

GRADO DE INST. Sup. Univers.

OCCUPACIÓN Trab. Independiente

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

Hombres 5 puntos a mas
Mujeres 4 puntos a mas

Consumo de riesgo

Continue en las preguntas 4 a 10

Puntaje
AUDIT-C

02

Suma
del
puntaje de la
pregunta
1 a 3

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

8 a 15 puntos

Consumo de bajo riesgo

Realice una intervención breve

16 puntos a mas

Posible consumo

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

Puntaje
AUDIT-C

—

Suma
del
puntaje de la
pregunta
1 a 3

RESULTADOS:

APTO

[Firma]
Firma y Huella Digital del
Postulante



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

Firma y sello del Responsable del
Evaluador

