



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

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

CERTIFICADO MÉDICO

N° DE INFORME : 20991-638224493292040689

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

FECHA VENCIMIENTO : 12/12/2023



EVALUACIÓN MÉDICA

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 CAPUNAY GONZALES	APTO	 LIDIA CAPUNAY GONZALES C5° 5991 BIOLOGA-MICROBIOLOGA	
2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DOMITILA RIOS LAVI	APTO	 Lic. Domitila Rios Lavi PSICÓLOGA INTESA COP-32781	
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

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

**PERÚ****Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones****SUC-1 - R.D. N° 012-2021-GRSM/DRTC-OZTCAM - RIOJA****INFORME MÉDICO****N° 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.**N° de Documento** : 46982757**Apellido Paterno** : TANTALEÁN**Apellido Materno** : REGALADO**Nombres** : GÉLBER**Fecha de** : 22/04/1991**Sexo**

: MASCULINO

Teléfono


: 945966082

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

1. ANÁLISIS DE LABORATORIO

EXAMEN TOXICOLÓGICO (MUESTRA DE ORINA)

A. PRUEBA RÁPIDA DE ALCOHOLIMETRÍA

RESULTADO (+) (-)

0.00

B. PRUEBA RÁPIDA PARA COCAÍNA, MARIHUANA Y DROGAS SINTÉTICAS

RESULTADO COCAÍNA (+) (-)

0.00

RESULTADO MARIHUANA (+) (-)

0.00

GRUPO SANGUÍNEO O FACTOR RH

GRUPO SANGUÍNEO

O

FACTOR RH

POSITIVO

Resultado Final de Análisis de Laboratorio

APTO

Observaciones

Hora Inicio : 13:11

Hora Término : 13:20

LIDIA CAPUNAY GONZALES
CBP 5991
BIOLOGA-MICROBIOLOGA

Firma, sello
Responsable de Análisis de Laboratorio
MARIA LIDIA CAPUNAY GONZALES

Firma y huella digital
Postulante



APTO

APTO

APTO

APTO

Observaciones

Hora Inicio : 13:25 Hora Término : 14:41



Firma y huella digital
Postulante

DOMITILA RIOS LAZI
RESPONSABLE DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
COP 32781
Firma, sello

2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

ORGANICIDAD (COMPLETAR DE ACUERDO A EVALUACIÓN REALIZADO)

A. PRUEBAS PSICOMÉTRICAS

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

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 ANSTET

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 : 13:22

Hora Término : 14:41


Lic. Domitila Rios Lavi
PSICÓLOGA
INTESA
COP 32781

Firma, sello
Responsable de Evaluación Psicológica
DOMITILA RIOS LAVI


Firma y huella digital
Postulante



3. EVALUACIÓN VISUAL

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

Resultado Final de la Evaluación Visual

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

Hora Inicio : 14:43

Hora Término : 15:01


DR. JIM ROMERO PINEDO
MÉDICO EVALUADOR
C.M.P. 081017
Firma, sello
Responsable de Evaluación Visual
JIM ERICK ROMERO PINEDO


Firma y huella digital
Postulante

4. EVALUACIÓN AUDITIVA

B. EVALUACIÓN CLÍNICA

OTOSCOPIA

RESULTADO (+) (-) APTO

EXAMEN AUDITIVO

A. OIDO DERECHO

RESULTADO (+) (-) (dB) 10

B. OIDO IZQUIERDO

RESULTADO (+) (-) (dB) 5

C. AMBOS OIDOS

RESULTADO (+) (-) (dB) 10

Resultado Final de la Evaluación Auditiva APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

Hora Inicio : 15:01 Hora Término : 15:17

DR. JIM ROMERO PINEDO
MEDICO EVALUADOR
C.M.P. 081017
Firma
Responsable de Evaluación Auditiva
JIM ERICK ROMERO PINEDO

5. EVALUACIÓN CLÍNICA

ANAMNESIS - EXAMEN FÍSICO

RESULTADO (+) (-)

LICENCIA DE CONDUCIR - ASINTOMÁTICO

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
HIPERGLICEMIA O DIABETES MELLITUS	NO
ENFERMEDAD TIROIDEA	NO
ENFERMEDAD PARATIROIDEA	NO
ENFERMEDAD ADRENAL	NO
TRASTORNOS HEPÁTICOS	NO
SISTEMA HEMATOLÓGICO	NO

D.2. SISTEMA HEMATOLOGICO (TRANSTORNOS HEMATOLOGICOS)

PROCESOS SOMETIDOS A TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO	NO
POLICITEMIA VERA Y POLIGLOBULIAS	NO
ANEMIA, LEUCOPENIA, TROMBOCITOPENIA	NO
TRASTORNOS DE COAGULACIÓN	NO
TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE	NO

OTROS TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS	NO
OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMATOLÓGICO	NO

E. SISTEMA RENAL

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

F. OTROS

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

EXAMEN FÍSICO

A. ANTROPOMETRÍA

PESO (KG)	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 SOMNOLENCIA (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 SOMNOLENCIA EPWORTH (VERSIÓN PERUANA MODIFICADA)	0
RONQUIDO INTENSO (ATESTIGUADO POR LA PAREJA O FAMILIARES)	SI

Resultado Final de la Evaluación Clínica

APTO


Restricciones


NINGUNA

Observaciones

Hora Inicio : 15:19

Hora Término : 15:36


ENRIQUE SEGOVIA CASTRO
Firma del
MEDICO CIRUJANO
Responsable de Evaluación Clínica
YSAIAS ENRIQUE SEGOVIA CASTRO
C.M.P. 22522


Firma y huella digital
Postulante




RESULTADO FINAL

APTO

Restricciones

NINGUNA


Observaciones


ENRIQUE SEGOVIA CASTRO
Firma del
MEDICO CIRUJANO
Director Medico
YSAIAS ENRIQUE SEGOVIA CASTRO
C.M.P. 22522


Firma y huella digital
Postulante



Hora término de la evaluación completa : 15:37


ENRIQUE SEGOVIA CASTRO
Firma del
MEDICO CIRUJANO
Director Medico
YSAIAS ENRIQUE SEGOVIA CASTRO
C.M.P. 22522

HISTORIA CLÍNICA N° : 46982757 **N° 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

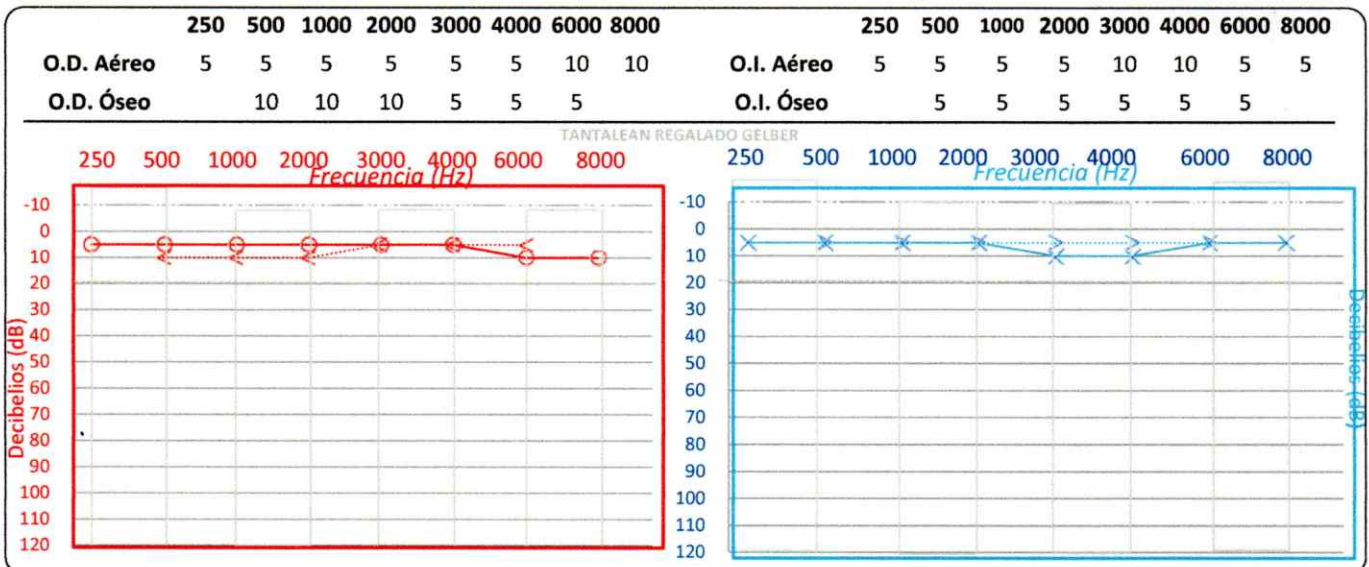
APRECIACIÓN DEL RUIDO			USO DE PROTECTORES AUDITIVOS		TIPO DE EXAMEN	
Ruido muy intenso	-		Tapones	X	Pre-ocupacional -	
Ruido moderado	...		Orejeras	-	Periódica	.
Ruido no molesto	-		Otro	-	Retiro	-
TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL RUIDO - TOTAL PONDERADO EN 8 Hrs/día :			8		Otro	-

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



AUDIOMETRÍA MARCA: Amplivox **MODELO:** 260 **SERIE:** 10118
FECHA CADUCIDAD DE CALIBRACIÓN: lunes, 13 de Mayo de 2024

PROCEDENCIA: Reino Unido
CALIBRACIÓN BIOLÓGICA: jueves, 15 de Junio de 2023

CONCLUSIONES:

0

RECOMENDACIONES:

0

* Lectura de audiometría con metodología Klockhoff

DR. JIM ROMERO PINEDO
 MÉDICO EVALUADOR
 CMP 081017
 CINTESA

Fecha Inicio:	2023/06/15	Fecha Terminó:	
<u>Datos Postulante</u>			
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:			

<u>Psicotécnicos</u>			
<u>Test de Palanca:</u>			
Errores:	6	Tiempo en Error:	1.29
Tiempo:	00 min 52 seg	Intentos Prueba:	1
Resultado:	APROBADO		
<u>Test de Punteado:</u>			
Aciertos:	25	Permanencia:	7.19
Errores:	16		
Tiempo Prueba:	34 seg	Intentos Prueba:	1
Resultado:	APROBADO		
<u>Test de Reacción:</u>			
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		

<u>Visión</u>		TIEMPO DURACIÓN:	02 min 21 seg
<u>Agudeza Visual:</u>			

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

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

<u>Colores:</u>	Resultado:	APROBADO	
	Intento 1:	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

<u>Foria:</u>	Resultado:	APROBADO	
	Fila - Columna:	B - 7	

<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: 1:36	
---------------------------------------	------------	-------------------------	--

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

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





 DR. JIM ROMERO PINERO
 MÉDICO EVALUADOR
 CMP 081017
 CENTRO PREVENTIVO DE SALUD
CINTESA

Fecha Inicio:	2023/06/15	Fecha Terminó:	
<u>Datos Postulante</u>			
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:			

<u>Psicotécnicos</u>			
<u>Test de Palanca:</u>			
Errores:	6	Tiempo en Error:	1.29
Tiempo:	00 min 52 seg	Intentos Prueba:	1
Resultado:	APROBADO		
<u>Test de Punteado:</u>			
Aciertos:	25	Permanencia:	7.19
Errores:	16		
Tiempo Prueba:	34 seg	Intentos Prueba:	1
Resultado:	APROBADO		
<u>Test de Reacción:</u>			
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		

<u>Visión</u>	
<u>Agudeza Visual:</u>	Sin Resultados

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 15 06 2023

Fecha de Terminó 15 06 2023

Hora de Inicio 01:10 pm

Hora de Terminó 03:36 pm

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de documento DNI - C. EXT

N° documento

Ap. Paterno

Ap. Materno

NOMBRE

Fecha de Nacimiento 22 04 1991

ESTADO CIVIL

SEXO

EDAD

TELEFONO

GRADO DE INSTRUCCIÓN

OCCUPACIÓN

NUEVA

Revalidación

Recategorización

No Profesional

Profesional

Categoría

DIRECCION

FIRMA DEL POSTULANTE
LICENCIA DE CONDUCIR

I. ANALISIS DE LABORATORIO

1. Examen toxicológico

Hora de Inicio

A. Prueba Rápida de Alcoholimetría

Resultados (+)

valor

B. Prueba Rápida para Cocaína, Marihuana y Drogas Sintéticas

Resultado Cocaína (+)

Resultado Marihuana (+)

Resultados de Drogas Sintéticas (+)

2. Grupo Sanguíneo y Factor RH

Grupo Sanguíneo

factor RH

RESULTADO FINAL DE ANALISIS

Hora Terminó

APTO

NO APTO

LIDIA CAPUNAY GONZALES
CBP 5991
BIOLOGA-MICROBIOLOGA

Firma y Huella Digital del
Postulante

II. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**Anamnesis****Hora de Inicio:** 02:22 pmExperiencia conducir ☒ Sí N° infracciones ☐ 0 Tipo de infracciones Leve grave Muy grave

N° Accidentes Mega

Accidentes Psicopatológico**Personales:**

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

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

Test de Palanca	Normal	(+)(-)	(Profesional)
Test de Reactímetro	Normal	(+)(-)	(Profesional)
Test de punteo	Normal	(+)(-)	(Profesional)

B. Pruebas o Sub Test

Diseño de Cubos (Weschler)		(+)(-)	(No profesional/profesional)
Benton forma C	Normal	(+)(-)	

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

A. Test Matrices Prog. De RAVEN		(+)(-)
B. Test de Dominós Anstey	Normal	(+)(-)
C. Test de Otis (abreviado)		(+)(-)

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

A. Test Proy. Karen Macnover	Normal	(+)(-)
B. NPF o Test de los 4 Temperamentos		(+)(-)
C. Inventario personalidad Eysenk	Normal	(+)(-)

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

A. Test de AUDIT	Normal	(+)(-)
B. Cuestionario de inventario de cambios de personalidad Neurológicas (NECHAPI)		(+)(-)
C. test de la persona con Arma (Sumada a una estructurada)	Modificada	(+)(-)

SC2 - 90-R Normal (+)(-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION PSICOLOGICA**Hora Terminó:** 02:41 pm**APTO** ☐**NO APTO** ☐**Observaciones:** Ninguna.

.....
 Lic. Domitila Ríos Lavi
 PSICÓLOGA
 INTESA
 COP 32761

Firma y Huella Digital del Postulante



I. EVALUACIÓN VISUAL

Hora Inicio: 02:43 pm

 1. Agudeza visual
 S/C OD OI C/C OD OI (+) (-)
2. Vision de Profundidad Resultados (+) (-)3. Vision de colores Resultados (+) (-)4. Balance Muscular Resultados (+) (-)5. Vision nocturna Resultados (+) (-)6. Encandilamiento Resultados (+) (-)7. Campo Visual Resultados (+) (-)

RESULTADO DE LA EVALUACION

Hora Terminó: 03:01 pm

APTO ☒NO APTO ☐

Observaciones:

Normal
 sin alteraciones

 DR. JIM ROMERO MEDO
 MEDICO ESPECIALISTA
 OMF 081017
 CENTRO PREVENTIVO DE SALUD
 INTESA

Firma y Huella Digital del Postulante



II. EVALUACION AUDITIVA

Hora Inicio: 03:01 pm

 1. Otoscopia con Aud. Ext. OD OI (+) (-)
 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	<i>Ninguno</i>
Oído Izquierdo	<i>Ninguno</i>
Ambos Oídos	<i>Ninguno</i>

FRECUENCIA (Hz)

Pérdida Auditiva
<i>No</i>

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION AUDITIVA

Hora Terminó: *03:17 pm*

APTO ☒

NO APTO ☐

Observaciones: *- Ninguna*

DR. JIM ROMERO PINEDO
MÉDICO EVALUADOR
CIMP 081017
CENTRO PREVENTIVO DE SALUD
CINTESA

Firma y Huella Digital del
Postulante



I. EVALUACIÓN CLÍNICA

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 Cardíaca		<input checked="" type="checkbox"/>	
Trastorno del ritmo		<input checked="" type="checkbox"/>	
Marcapasos y desfibrilador automático implantable		<input checked="" type="checkbox"/>	
Prótesis valvulares cardíacas		<input checked="" type="checkbox"/>	
Cardiopatía Isquémica		<input checked="" type="checkbox"/>	
Hipertensión Arterial		<input checked="" type="checkbox"/>	
Aneurisma grandes vasos		<input checked="" type="checkbox"/>	
Arteriopatía periférica		<input checked="" type="checkbox"/>	
Enfermedad venosa		<input checked="" type="checkbox"/>	
Disneas		<input checked="" type="checkbox"/>	
Trastornos del sueño		<input checked="" type="checkbox"/>	
Cirugía de revascularización		<input checked="" type="checkbox"/>	
Otras enfermedades del sistema cardio - respiratorio		<input checked="" type="checkbox"/>	
B. Aparato Locomotor			
Proceso degenerativo osteoneuromuscular		<input checked="" type="checkbox"/>	
Prótesis		<input checked="" type="checkbox"/>	
Otras enfermedades del aparato locomotor		<input checked="" type="checkbox"/>	
C. Sistema Neurológicos			
Enfermedades encefálicas		<input checked="" type="checkbox"/>	
Enfermedades medulares y del sistema periférico		<input checked="" type="checkbox"/>	
Epilepsia y crisis convulsivas		<input checked="" type="checkbox"/>	
Alteraciones del equilibrio		<input checked="" type="checkbox"/>	

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

Firma y Huella Digital

1. AntropometriaPeso **74Kg**Talla **1.69m**IMC **28.90**• **Sistema cardio – Respiratorio**

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

118 mmHg
 76 mmHg
 19 x1
 64 x1
 98 %
 NORMA

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
Tantalean	Regalado	Gelber

DNI 46982757

FECHA EVALUACIÓN 15 07 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?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 SILLON COMODO (EN ESTE MOMENTO)	0
*SENTADO Y PLATICANDO CON LOS PADRES O LOS QUE VIVEN CERCA DE UD. (EN ESTE MOMENTO)	0
*SENTADO DESPUES DE LA COMIDA (SIN TOMAR ALCOHOL) (EN ESTE MOMENTO)	0
*EN UN CARRO O EN EL BUS DETENIDO DURANTE ALGUNOS MINUTOS DEBIDO AL TRAFICO (EN ESTE MOMENTO)	0
PUNTUACION TOTAL (MAX. 24)	0

RESULTADO.

00 - 11 pto: RANGO NORMAL DE SOMNOLENCIA

11 - 14 pto: SOMNOLENCIA DIURNA LEVE

15 - 18 pto: SOMNOLENCIA DIURNA MODERADA

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

Firma y Huella Digital del
 Postulante



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: Gelber Tantalean Pegelado DNI: 46982757

 EDAD: 325 FECHA DE NACIMIENTO: 22/04/1991 LUGAR DE NAC: Peto Peto / Luperón

 SEXO: M ESTADO CIVIL: Convierte GRADO DE INSTRUCCIÓN: Secundaria Completa

 OCUPACIÓN: Operador de Maquinaria Pesada CATEGORÍA: AIB

 MOTIVO DEL EXAMEN: Licencia de Conducir FECHA DE EXAMEN: 15/06/2023

 DIRECCIÓN: Casero San Carlos - Suagón / 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:									


 B. Domitila Ríos Lavi
 PSICÓLOGA
 INTESA
 COP 32761

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

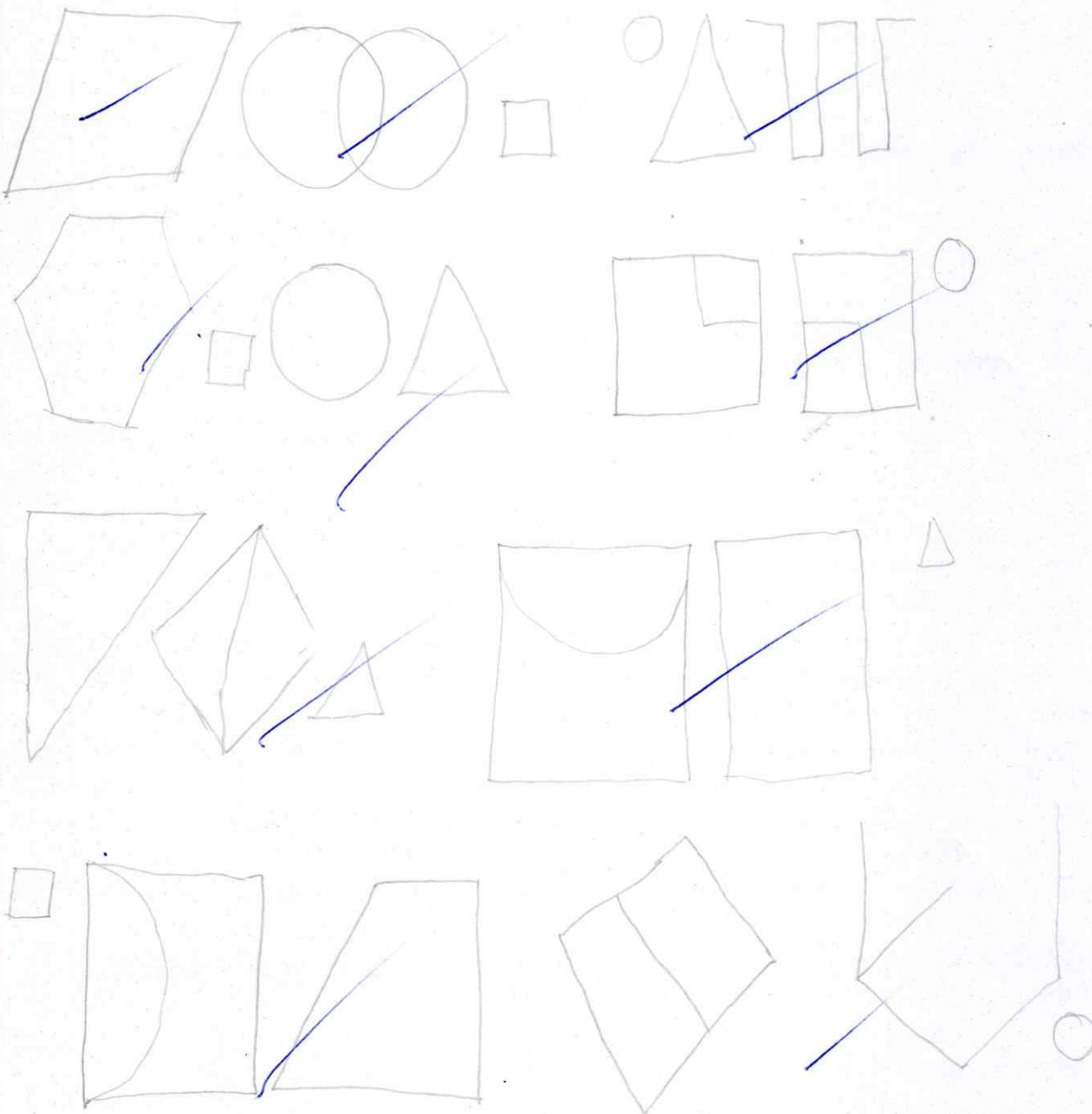
VALORACION DE ERRORES: "ESPERADAS".....OBTENIDAS.....DIFERENCIA.....

1

NOMBRES Y APELLIDOS Egelbar Tortelcan Repolado

DNI 46982757

FECHA 15 06 23



FIRMA Y HUELLA DIGITAL DEL
POSTULANTE



[Signature]
Lic. Domitila Ríos Lavi
PSICÓLOGA
INTESA
COP. 32741
FIRMA DEL EVALUADOR

Test de Dominios (Anstey)

D.N.I. 46982757

Nombre:	Gelber Tantalean Repolado			Escolaridad:	Secundaria Completa			PD:	22	
Fecha de Nacimiento:	22	04	1991	Fecha de Hoy:	15	06	2023	Estado Civil:	Conviviente	
Edad:	32			Pc:	60					
Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> F.	Lugar de Nacimiento:	Perla Mayo			G. de Instrucción:	Secundaria	Ocupación:	Op. Plagueros Pes.
Rango:	III									
Motivo del examen:	Licencia de Conducir			Fecha de examen:	15/06/2023			Categoría:	ATIB	
Dirección:	Caserío San Carlos - Aguajón / Rioja									
Teléfono:	945 966 082			Hora inicio:	01:27 pm			Hora término:	01:45 pm	
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 y Huella Digital del Postulante

 Lic. Domitila Ríos Lavi
 PSICÓLOGA
 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

Firma y Huella Digital del Postulante

Firma y sello del Evaluador
PSICÓLOGA
INTESA
COP 32781

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

Hora Inicio: 01:45 pm

Hora Término: 01:55 pm

NOMBRES Y APELLIDOS: Gelber Tontalean Repelado / Edad: 32a. / F.N: 22-04-1991

Sexo: Masculino DNI: 46982757 Gr. 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

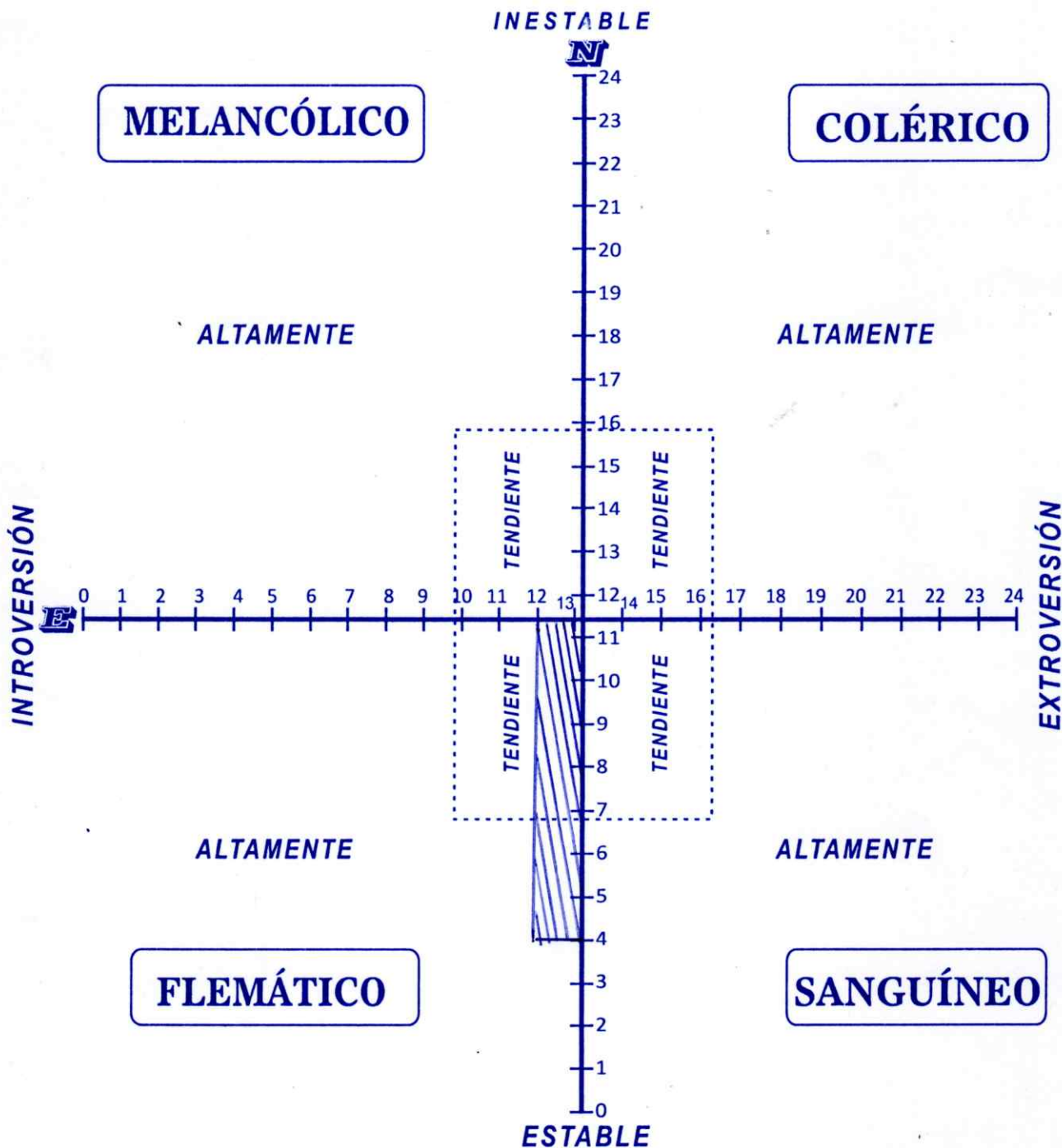


 Lic. Domitila Ríos Lavi
 PSICÓLOGA
 INTESA
 COP 32761

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 Flemático - Tendencia a la Introversión.
Estable Emocionalmente.

TEST DE LA FIGURA HUMANA - MACHOVER

NOMBRES Y APELLIDOS Geiber Tantalean Regalado

EDAD 32 Años DNI 46982757 SEXO M ☒ F ☐ FECHA DE NAC. 22 04 91

ESTADO CIVIL Conviviente OCUPACIÓN Op. Programario Pes. GRADO DE INST. Secundaria Completa

CATEGORÍA AIB NUEVO ☐ REVALIDACIÓN ☒ RE CATEGORIZACIÓN ☐

FECHA DE EVALUACION 15 06 23 HORA DE INICIO 11:55 PM HORA DE TÉRMINO 02:00 PM




Lic. Domitila Rios Lavi
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

15 06 23

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

Nombre: Gelber Tantaleon Repalado EDAD 32 SEXO M X F

DNI: 4698 2757 F. NAC: 22 04 91 GRADO DE INST. Secundaria C. OCUPACIÓN Op. Negocios Pes.

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

0

Suma
del
puntaje de la
pregunta
1 a 3

Hombres 5 puntos a mas
Mujeres 4 puntos a mas

Consumo de riesgo

Continúe en las preguntas 4 a 10

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

5. ¿En el curso del último año ¿con qué frecuencia 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

Possible consumo

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

RESULTADOS:

APTO

Firma y Huella Digital del
Postulante



Firma y sello del Responsable del
Evaluador

Dr. Domitila Rios Lavi
PSICÓLOGA
INTESA
COR. 32781

SCL - 90 -R

FECHA: 15/06/2023 NOMBRES Y APELLIDOS: Gelber Taltalean Papelado DNI: 4698 27 37
EDAD: 32 años GRADO DE INSTRUCCIÓN: Secundaria Completa SEXO: M F. NACIMIENTO: 22/04/1991
CATEGORIA: AIB HORA DE INICIO: 02:05 p.m. HORA DE TERMINO: 02:41 p.m.

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

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

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

¿HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO AFECTADO POR? ...	NADA	MUY POCO	POCO	BASTANTE	MUCHO
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 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

.....
 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

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

Apellidos
TANTALEAN REGALADO

Nombres
GELBER

Nro de Licencia
X46982757

Clase
A

Fecha de Expedición
04/07/2014

Categoría
Dos b profesional

Fecha de Renovación
11/07/2020

FORMA DEL TITULAR

MTC



Serie Nro Privilegio
2 46982757

Fecha de Nacimiento
22/04/1991

Domicilio
JR.ZUECIA - EL PORVENIR RIOJA RIOJA SAN MARTIN

Restricciones
SIN RESTRICCIONES

Grupo y Factor Sanguíneo
O+

Donación de Órganos
NO

AUTORIDAD COMPETENTE

A0280770



