



CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO MOLLEND

CÓDIGO: 8482

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

CERTIFICA QUE EL SR.(A):

NOMBRES Y APELLIDOS		TORRES ALE, WILBER RENEE											
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		DNI: 04636142		EDAD		60		AÑOS		GENERO		M	
PUESTO AL QUE POSTULA (SOLO PRE OCUPACIONAL)													
GRUPO SANGUINEO	A	FACTOR RH	POSITIVO	EXAMEN MEDICO	PRE-OCUPACIONAL	X	PERIODICO	RETIRO	REINCORPORACION	CAMBIO DE PUESTO			
OCUPACION ACTUAL O ULTIMA OCUPACION							MOTORISTA						
EMPRESA							CONCIENCIA AMBIENTAL S.R.L.						
CONCLUSIONES													
APTITUD PARA EL PUESTO DE TRABAJO: APTO CON RESTRICCIONES													
APTO (PARA EL PUESTO AL QUE POSTULA)										RESTRICCIONES			
APTO CON RESTRICCION (PARA EL PUESTO EN QUE TRABAJA O POSTULA)					X					USO PERMANENTE DE LENTES CORRECTORES			
NO APTO (PARA EL PUESTO EN QUE TRABAJA O POSTULA)										MOTIVO DE LA OBSERVACION O NO APTITUD			
OBSERVADO (PARA EL PUESTO EN QUE TRABAJA O POSTULA)										NINGUNO			
RECOMENDACIONES:													
PERDER DEL 5 AL 10% DEL PESO CORPORAL TOTAL EN 06 MESES FOMENTAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE ACTIVIDAD FISICA DIARIA, AL MENOS 150 MIN/ SEMANA DE ACTIVIDAD MODERADA USO PERMANENTE DE LENTES CORRECTORES EVALUACIÓN ANUAL POR OFTALMOLOGIA													
 CENTRO MEDICO DIVINO NIÑO MOLLEND S.A.C. Katy Estrada Oviedo MEDICO OCUPACIONAL C.R.P. 61981 R.N.E. 30728													
NOMBRE:													
FECHA DE EXAMEN:		28/08/2026											
FECHA DE EMISION:		29/08/2026											
SELLO Y FIRMA DE MÉDICO QUE CERTIFICA													



CENTRO MEDICO DIVINO NIÑO MOLLEND

HISTORIA CLINICA MEDICA OCUPACIONAL

N° de Historia Clínica	8482	Fecha	2026-08-28			
Tipo de Evaluación	PRE-OCUPACIONAL					
Lugar del Examen	Departamento	AREQUIPA	Provincia	ISLAY	Distrito	MOLLEND
I. DATOS DE LA EMPRESA (llenar con letra clara)						
Razón Social	CONCIENCIA AMBIENTAL S.R.L.					
Actividad Económica	ACTIVIDADES DE DESCONTAMINACIÓN Y OTROS SERVICIOS DE GESTIÓN DE DESECHOS					
Lugar de Trabajo	CAL.JUAN BIELOVUCIC NRO. 1371 LIMA - LIMA - LINCE					
Ubicación	Departamento	LIMA	Provincia	LIMA	Distrito	LINCE
Puesto al que postula (sólo pre ocupacional)						
Puesto actual	MOTORISTA					
II. FILIACION DEL TRABAJADOR						
Nombres y Apellidos	WILBER RENEE TORRES ALE					
Fecha de Nacimiento	1966-06-20					
Edad	60 Años					
Documento de Identidad (Carné de extranjería, DNI, Pasaporte)						
DNI: 04636142						
Domicilio Fiscal						
PJ JHON F KENNEDY AV PERU I 12 - -						
Distrito	ILO	Provincia	ILO	Departamento	MOQUEGUA	
Residencia en Lugar de Trabajo	SI	Tiempo de residencia en Lugar de Trabajo				
Tipo de seguro						
Correo Electronico		Teléfono	942613700			
Estado Civil	SOLTERO	Grado de Instrucción	SUPERIOR UNIVERSITARIA COMPLETA			
N° Total de Hijos Vivos	1	N° dependientes	1			
III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES						
EMPRESA	AREA DE TRABAJO	OCUPACION	FECHA	TIEMPO	EXPOSICION	EPP
PSA MARINE PERU OFFSHORE S.A.	OPERACIONES	MOTORISTA			CADAS	COMPLETO
IV. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES						
FRACTURA DE CUBITO IZQUIERDO AÑO 1982, SIN SECUELA. COVID-19 (2020) TRATAMIENTO AMBULATORIO. REFIERE PRESBICIA DESDE HACE 3 AÑOS, USO DE LENTES CORRECTIVOS. NIEGA PATOLOGIA DE BASE, ALERGIAS, QUIRURGICO, INFECCIONES RECIENTES.						
Hábitos Nocivos	Tipo	Cantidad	Frecuencia			
Alcohol	CERVEZA	2	OCASIONAL			
Tabaco	NIEGA					
Drogas	NIEGA					
Medicamentos	NIEGA					
V. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES						
Padre	VIVO, HIPERTROFIA PROSTATICA	Madre	VIVA, SANA	Hermanos		
Esposo(a)		Hijos Vivos	N°	Hijos Fallecidos	N°	

Absentismo, Enfermedades y Accidentes (asociado a trabajo o no)										
Enfermedad, Accidente		Asociado al Trabajo		Año		Días de descanso				
NIEGA		NO		0		0				
VI. EVALUACIÓN MÉDICA										
Anamnesis VACUNA CONTRA COVID-19 2 DOSIS, INFLUENZA NO, HEPATITIS Y TETANOS NO ESPECIFICA, SARAMPION NO ESPECIFICA.										
Examen Clínico	Talla(m)	161	Peso(Kg)	72	IMC	28 Kg/m ²	Perímetro Abdominal	Cintura: 92 cm		
	F. Resp.	16 xmin	F. Card.	62 xmin	PA	127/75 mm/Hg	PA Medio	Cadera: 97 cm		
	Otros: refer. Peso:									
Ectoscopia		APARENTE BUEN ESTADO GENERAL								
Estado Mental		APARENTEMENTE ESTABLE								
EXAMEN FÍSICO										
ÓRGANO O SISTEMA		NORMALES								
Piel		TURGOR Y ELASTICIDAD NORMAL								
Cabello		NORMAL								
Ojos y Anexos			SIN CORREGIR				CORREGIDA			
	Visión de Cerca	OD	20/200	OI	20/200	OD	20/20	OI	20/20	
	Visión de Lejos	OD	20/50	OI	20/25	OD	20/20	OI	20/20	
	Fondo de Ojo	NO APLICA					Visión de colores	CONSERVADO		
Visión de profundidad		CONSERVADO 100% CON LENTES CORRECTIVOS.								
Oídos		NORMALES								
Nariz		NORMAL								
Boca, Faringe y Laringe		NORMAL								
Cuello		CILINDRICO, NO ADENOPATIAS, NO TIROIDES								
Aparato Respiratorio		NORMAL								
Aparato Cardiovascular		NORMAL								
Aparato Digestivo		NORMAL								
Aparato Genitourinario		NORMAL								
Aparato Locomotor		NORMAL								
Marcha		EUBASICA								
Columna		NORMAL								
Miembros Superiores		EUTROFICOS								
Miembros Inferiores		EUTROFICOS								
Sistema Linfático		NO ADENOPATIAS								
Sistema Nervioso		LOTEP, NO MENINGIOS, ROT. NORMALES								
VII. Conclusiones de Evaluación Psicológica										
AREA COGNITIVA: ACTUAL NIVEL DENTRO DE LIMITES NORMALES										
AREA EMOCIONAL: EQUILIBRIO EMOCIONAL APARENTE										
VIII. Conclusiones Radiográficas										
TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL.										

IX. Hallazgos Patológicos de Laboratorio

DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES

X. Conclusión de Audiometría

AUDICION DERECHA									AUDICION IZQUIERDA								
Hz	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	Hz	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
dB(A)	-	10	15	25	25	15	15	15	dB(A)	-	15	25	25	25	25	15	20
dB(O)	-	-	-	-	-	-	-	-	dB(O)	-	-	-	-	-	-	-	-

OD:NORMOACUSIA

OI:NORMOACUSIA

XI. Conclusión de Electrocardiograma

RITMO : SINUSAL FC : 60 lpm PR : 0.16 s QRS : 0.08 s QTc : 0.40 s Eje : 0 Conclusión: EKG NORMAL

XII. Conclusión de Espirometría

ESPIROMETRIA NORMAL

XIII. Otros

Diagnóstico Médico Ocupacional	TIPO	CIE10

Otros Diagnósticos

PRESBICIA	D	H52.4
OTROS SINTOMAS Y SIGNOS CONCERNIENTES A LA ALIMENTACION Y A LA INGESTION DE LIQUIDOS	D	R638

APTO		APTO CON RESTRICCIONES	X	NO APTO	
------	--	------------------------	---	---------	--

XIV. Recomendaciones

- PERDER DEL 5 AL 10% DEL PESO CORPORAL TOTAL EN 06 MESES FOMENTAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE ACTIVIDAD FISICA DIARIA, AL MENOS 150 MIN/ SEMANA DE ACTIVIDAD MODERADA
- USO PERMANENTE DE LENTES CORRECTORES EVALUACIÓN ANUAL POR OFTALMOLOGIA

Huella Digital y Firma del Paciente (con la cual declara que la información declarada es veraz)

CENTRO MEDICO DIVINO NIÑO
MOLLENDÓ S.A.C.Dra. Katy Estrada Oviedo
MÉDICO OCUPACIONAL
CMP 61981 RNE 30728CENTRO MEDICO DIVINO NIÑO
MOLLENDÓ S.A.C.Heliana C. Martínez González
MÉDICO CIRUJANO
CMP 096602



CENTRO MEDICO DIVINO NIÑO MOLLEND0

Nº DE FICHA: 8482

EVALUACION OCUPACIONAL PARA LOS ESTIBADORES TERRESTRES Y TRANSPORTISTAS MANUALES

1. HISTORIA LABORAL

DATOS DE FILIACION

Nº DE HISTORIA CLÍNICA:	8482
NOMBRES:	WILBER RENEE
APELLIDOS:	TORRES ALE
SEXO:	M
Nº DE LA SEGURIDAD SOCIAL:	
DNI / CE / PASAPORTE	DNI: 04636142
FECHA DE NACIMIENTO:	1966-06-20
DIRECCIÓN:	PJ JHON F KENNEDY AV PERU I 12 - -

DATOS DEL RECONOCIMIENTO

NOMBRE DEL MEDICO OCUPACIONAL:	KATY ESTRADA OVIEDO
FECHA:	29/08/2026
SERVICIO DE SALUD OCUPACIONAL QUE REALIZA EL RECONOCIMIENTO:	CENTRO MEDICO DIVINO NIÑO - MOLLEND0
TIPO (INTERNO O EXTERNO):	EXTERNO
CLASE DE RECONOCIMIENTO:	PRE OCUPACIONAL ☒ PERIODICO ☐ OTROS ☐

1.1 EXPOSICION ACTUAL AL RIESGO

OCUPACION:	MOTORISTA
ACTIVIDAD DE LA EMPRESA:	ACTIVIDADES DE DESCONTAMINACIÓN Y OTROS SERVICIOS DE GESTIÓN DE DESECHOS
NOMBRE DE LA EMPRESA:	CONCIENCIA AMBIENTAL S.R.L.

RIESGOS:

LEVANTA:	COLOCA	EMPUJA	TRACCIONA	DESPLAZA
SI ES REPETITIVO ¿CON QUE FRECUENCIA?	-	HORAS/DÍA:	-	
RIESGO OBTENIDO EN LA EVALUACIÓN DE RIESGOS:	MÍNIMO	MEDIANO	ALTO	
TIEMPO DE PERMANENCIA(EN AÑOS):	-			
TIEMPO DE EXPOSICIÓN (HORAS/DÍA):	-	(DÍAS/SEMANA):	-	
EXPOSICIÓN A TÓXICOS:				SI NO
CADMIUM, FÓSFORO (AFECTACIÓN ÓSEA)				
MERCURIO, TALIO, ARSÉNICO, ALCOHOL (AFECTACIÓN SENSIBILIDAD)				
MANGANESO, COBALTO, ALCOHOL, DISOLVENTES (AFECTACIÓN EQUILIBRIO)				
DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PUESTO:				-
1) CARACTERÍSTICAS DE LA CARGA				SI NO
PESO(KG): ENTRE - KG Y - KG				
VOLUMEN DIFÍCIL DE MANEJAR				
EQUILIBRIO INESTABLE O CONTENIDO QUE PUEDE DESPLAZARSE				
MANIPULACIÓN A DISTANCIA DEL TRONCO O CON TORSIÓN O INCLINACIÓN DEL MISMO				

2) ESFUERZO FÍSICO NECESARIO

EXIGE TORSIÓN - FLEXIÓN DEL TRONCO	SI NO
CUERPO EN POSICIÓN INESTABLE	
ALZAR O DESCENDER LA CARGA VARIANDO EL AGARRE	

3) CONDICIONES DEL AMBIENTE DE TRABAJO

ESPACIO LIBRE INSUFICIENTE PARA LA ACTIVIDAD	SI NO
SUELO IRREGULAR O RESBALADIZO	
ALTURA EXCESIVA PARA MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS FORZADA	
DESNIVELES EN SUELO O PLANO DE TRABAJO	
SUELO O PUNTO DE TRABAJO INESTABLE	
TEMPERATURA, HUMEDAD, CIRCULACIÓN DEL AIRE E ILUMINACIÓN INADECUADAS	
VIBRACIONES	

4) EXIGENCIAS DE LA ACTIVIDAD

ESFUERZOS FÍSICOS DEMASIADO FRECUENTES O PROLONGADOS EN LOS QUE INTERVENGA EN PARTICULAR LA COLUMNA VERTEBRA	SI NO

PERÍODO INSUFICIENTE DE REPOSO		
DISTANCIAS DEMASIADO GRANDES DE ELEVACIÓN, DESCENSO O TRANSPORTE		
RITMO IMPUESTO POR UN PROCESO QUE EL TRABAJADOR NO PUEDE MODULAR		

5) EXIGENCIAS DE LA ACTIVIDAD	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
FAJA LUMBAR			
MEDIOS AUXILIARES EN LA MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS			
DISEÑO ADECUADO DEL PUESTO			
PAUSAS DE TRABAJO			

1.2 EXPOSICIONES ANTERIORES (ANAMNESIS LABORAL)

EMPRESA	ACTIVIDAD (CNAE)	OCUPACION (CNO)	TIEMPO (MESES)
---------	------------------	-----------------	----------------

2. HISTORIA CLÍNICA

2.1 ANAMNESIS

1. ¿HA PADECIDO O PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

1.1 DIGESTIVO

HEMORROIDES	NO
CIRROSIS O HIPERTENSIÓN PORTAL	NO
HERNIAS DE HIA TO	NO
ESPLENOMEGALIA	NO

1.2 PARED ABDOMINAL

HERNIAS ABDOMINALES	NO
HERNIAS UMBILICALES	NO
HERNIAS INGUINALES	NO
HERNIAS CRURALES	NO
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS LAPAROTOMÍAS	NO

1.3 CARDIOVASCULARES

ANEURISMAS	NO
HIPERTENSIÓN SEVERA	NO
INFARTO DE MIOCARDIO	NO
PROCESOS QE CURSAN CON INSUFICIENCIA CARDIACA	NO

1.4 RESPIRATORIO

NEUMOTÓRAX	NO
------------	----

1.5 RENAL

INCONTINENCIA	NO
INSUFICIENCIA RENAL	NO

1.6 GENITOURINARIO

PROLAPSOS	NO
-----------	----

1.7 SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

ANEURISMA CEREBRAL	NO
ENFERMEDADES DEGENERATIVAS NEUROMUSCULARES	NO
ENFERMEDADES DEGENERATIVAS CEREBELOSAS	NO
ACV (ACCIDENTES CEREBRO-VASCULARES)	NO

1.8 OFTAMOLÓGICAS

DESPRENDIMIENTO DE RETINA	NO
MIOPIA MALIGNA	NO
GLAUCOMA	NO

1.9 MÚSCULO ESQUELÉTICAS

ESCOLIOSIS	NO
TRAUMATISMOS Y FRACTURAS VERTEBRALES	NO

2. OTROS TRASTORNOS CONGÉNITOS O ADQUIRIDOS QUE REPERCUTAN EN LA MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS O EN LA APTITUD FÍSICA

-

3. ALGO DE LO ANTERIOR ¿HA SIDO ENFERMEDAD RELACIONADA AL TRABAJO O ACCIDENTE DE TRABAJO? ¿CUÁLES?

ANTECEDENTES FAMILIARES RELACIONADOS	-
ANTECEDENTES PERSONALES RELACIONADOS	-

FUMA	SI	CIG/DÍA	-	NO	X	EX-FUMADOR	¿DESDE CUANDO FUMA?(AÑOS)	-
------	----	---------	---	----	---	------------	---------------------------	---

	SI	NO
¿PRACTICA ALGÚN DEPORTE REGULARMENTE?		X
¿REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD EXTRALABORAL QUE EXIJA MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGA?		X
¿HA RECIBIDO FORMACIÓN ADECUADA PARA MANIPULAR CORRECTAMENTE CARGAS?		X
¿EXISTE COSTILLA CERVICAL?		X
¿EXISTEN SÍNTOMAS DE AFECTACIÓN NEUROLÓGICA?		X

2.2 EXPLORACIÓN CLÍNICA INESPECÍFICA

PESO	72
TALLA	161
ÍNDICE DE QUETELET	27.78
FRECUENCIA CARDIACA	62
PRESIÓN ARTERIAL	127/75
AUSCULTACIÓN CARDIOPULMONAR	NO AGREGADOS
PALPACIÓN ABDOMINAL(HERNIAS)	NO EVIDENCIA DE PROTUBERANCIA CON MANIOBRA DE VALS

2.3 CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS OSTEOMUSCULARES

RESPONDE EN TODOS LOS CASOS			RESPONDA SOLAMENTE SI HA TENIDO PROBLEMAS			
USTED HA TENIDO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES PROBLEMAS(DOLOR,CURVATURAS,ETC) A NIVEL DE:			DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES HA ESTADO INCAPACITADO(A) PARA SU TRABAJO (EN CASA O FUERA) POR CAUSA DEL PROBLEMA		¿HA TENIDO PROBLEMA EN LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS?	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
NUNCA:				X		X
HOMBROS						
HOMBRO DERECHO		X				
HOMBRO IZQUIERDO		X				
AMBOS HOMBROS		X				
CODOS						
CODO DERECHO		X				
CODO IZQUIERDO		X				
AMBOS CODOS		X				
COLUMNA ALTA (DORSO)		X				
COLUMNA BAJA (LUMBARES)		X				
CADERAS						
DERECHA		X				
IZQUIERDA		X				
RODILLA						
DERECHA		X				
IZQUIERDA		X				
TOBILLOS/PIES						
DERECHO		X				
IZQUIERDO		X				

2.4 EXPLORACIÓN CLÍNICA ESPECÍFICA PALPACIÓN ABDOMINAL

1. PALPACIÓN ABDOMINAL:

EXPLORACIÓN DE AGUJEROS INGUINALES Y CRURALES
EVENTRACIONES POSQUIRÚRGICAS, INTEGRIDAD DE LA PARED ABDOMINAL
PALPACIÓN DE LA MUSCULATURA DE LOS RECTOS ANTERIORES DEL ABDOMEN

2. EXPLORACIÓN MUSCULAR:

LA INTEGRIDAD DE LA MUSCULATURA DEL BÍCEPS BRANQUIAL, DE LOS GEMELOS O DEL TENDÓN

COLUMNA VERTEBRAL DESVIACION DEL EJE ANTERO - POSTERIOR

CURVAS FISIOLÓGICAS ANT-POST	NORMAL	AUMENTADA	DISMINUIDA
CERVICAL	X		
DORSAL	X		
LUMBAR	X		

DESVIACION DEL EJE LATERAL

EJE LATERAL	NORMAL	CONCAVIDAD DERECHA	CONCAVIDAD IZQUIERDA
DORSAL	X		
LUMBAR	X		

MOVILAD - DOLOR

	FLEXION	EXTENSION	LATERALIZACION IZQUIERDA	LATERALIZACION DERECHA	ROTACION DERECHA	ROTACION IZQUIERDA	IRRADACION
CERVICAL	0	0	0	0	0	0	
DORSO LUMBAR	0	0	0	0	0	0	0

EXPLORACION			+/-
LASEGUE	DERECHA		-
	IZQUIERDA		-
SCHOVER	DERECHA		-
	IZQUIERDA		-

PALPACIÓN

	APÓFISIS ESPINOSAS DOLOROSAS	CONTRACTURA MUSCULAR
COLUMNA CERVICAL	0	0
COLUMNA DORSAL	0	0
COLUMNA LUMBAR	0	0

ARTICULACIONES:MOVILIDAD - DOLOR

ARTICULACION	ABDUCCION	ABDUCCION	FLEXION	EXTENSION	ROTACION EXTERNA	ROTACION INTERNA	IRRADACION	ALT. MASA MUSCULAR
HOMBRO	DER. 0	0	0	0	0	0	0	0
	IZQ. 0	0	0	0	0	0	0	0
CODO	DER. 0	0	0	0	0	0	0	0
	IZQ. 0	0	0	0	0	0	0	0
MUÑECA	DER. 0	0	0	0	0	0	0	0
	IZQ. 0	0	0	0	0	0	0	0
CADERA	DER. 0	0	0	0	0	0	0	0
	IZQ. 0	0	0	0	0	0	0	0
RODILLA	DER. 0	0	0	0	0	0	0	0
	IZQ. 0	0	0	0	0	0	0	0
TOBILLO	DER. 0	0	0	0	0	0	0	0
	IZQ. 0	0	0	0	0	0	0	0

EXPLORACION			+/-
TEST DE PHALEN	DERECHA		-
	IZQUIERDA		-
TEST DE TINEL	DERECHA		-
	IZQUIERDA		-

EXPLORACION		VARO	VALGO
CODO	DERECHO	-	
	IZQUIERDO	-	
EXPLORACION		CARO	PLANO
PIE	DERECHO	-	
	IZQUIERDO	-	

SIGNOS Y SINTOMAS

GRADO 0	AUSENCIA DE SIGNOS Y SINTOMAS
GRADO 1	DOLOR EN REPOSO Y/O EXISTENCIA DE SINTOMATOLOGIA SUGESTIVA
GRADO 2	GRADO 1 MAS CONTRACTURA Y/O DOLOR A LA MOVILIZACION
GRADO 3	GRADO 2 MAS DOLOR A LA PALPITACION Y/O PERCUSION
GRADO 4	GRADO 3 MAS LIMITACION FUNCIONAL EVIDENTE CLINICAMENTE

2.5 CONTROL BIOLOGICO Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS ESPECIFICOS

3. VALORACION DE LA APTITUD MEDICO - LABORAL

1. APTO	X
2. APTO CON RESTRICCION	
3. NO APTO	
4. EN OBSERVACION	
OBSERVACIONES: NO REFIERE DOLOR ARTICULAR NI MUSCULAR.	
 CENTRO MEDICO DIVINO NIÑO MOLLENDOS S.A.C. Katy Estrada Oviedo MEDICO OCUPACIONAL C.R.P. 81981-R.N.C.E. 30728 FIRMA Y SELLO	

ENTRO MEDICO DIVINO NIÑO
MOLLENDOS S.A.C.
.....
Heliana C. Martinez Gonzalez
MEDICO CIRUJANO
CMP 096602



CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO MOLLEND

CÓDIGO: 8482

INFORME PSICOLOGICO

I.- DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres	TORRES ALE,WILBER RENEE				Edad	60	Años
Lugar de Nacimiento	ILO		Fecha de Nacimiento		1966-06-20		
Grado de Instrucción	Superior Universitaria Completa	Lugar de Residencia		NO			
Puesto de Trabajo:	MOTORISTA						
Empresa donde labora:	CONCIENCIA AMBIENTAL S.R.L.						
Fecha de evaluacion	2026-08-28						

II.- MOTIVOS DE EVALUACION

EVALUACION PRE OCUPACIONAL

III.- OBSERVACIONES DE CONDUCTAS

- Presentacion: Adecuado (X) Inadecuado ()
- Postura: Erguida (X) Encorvada ()
- Discurso:
Ritmo: Lento () Rapido () Fluído (X)
Tono: Bajo () Moderado () Alto (X)
Articulacion: Con dificultad () Sin dificultad (X)
- Orientacion
Tiempo: Orientado (X) Desorientado ()
Espacio: Orientado (X) Desorientado ()
Persona: Orientado (X) Desorientado ()

IV.- RESULTADOS DE EVALUACIÓN

- | | |
|-----------------------|-------------|
| - Nivel Intelectual | NORMAL |
| - Coordinación Motriz | BUENA |
| - Nivel de Memoria | REGULAR |
| - Personalidad | EQUILIBRADA |
| - Afectividad | ADECUADA |

V.- CONCLUSIONES

VI.- OBSERVACIONES

No percibimos tensión emocional, leve somnolencia/No presenta insomnio, fatiga ni rasgos de Ansiedad/Temperamento Flemático(año 2026)

CENTRO MEDICO
DIVINO NIÑO - MOLLEND

DRA. RUTH MARÍA GIL RIVERA
PSICOLOGA
CP3P 7475



CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO MOLLEND

CÓDIGO: 8482

FICHA PSICOLOGICA OCUPACIONAL									
								Fecha de evaluacion	2026-08-28
I.- DATOS GENERALES									
APELLIDOS Y NOMBRES		TORRES ALE,WILBER RENEE							
EDAD		60							
FECHA DE NACIMIENTO		1966-06-20							
LUGAR DE NACIMIENTO		ILO							
ESTADO CIVIL		Soltero							
GRADO DE INSTRUCCION		Superior Universitaria Completa							
LUGAR DE RESIDENCIA		NO							
Evaluacion:	Preocupacional	X	Ocupacional		De Retiro		Reincorporacion		Cambio de Puesto
II.- MOTIVOS DE EVALUACION									
EVALUACION PRE OCUPACIONAL									
III.- DATOS OCUPACIONALES									
3.1-EMPRESA ACTUAL (postula, trabaja o trabajo)									
Nombre de la Empresa:		CONCIENCIA AMBIENTAL S.R.L.							
Actividad de la Empresa:		ACTIVIDADES DE DESCONTAMINACIÓN Y OTROS SERVICIOS DE GESTIÓN DE DESECHOS							
Area de Trabajo		Superficie		Subsuelo		Tiempo Total Laborando			
Puesto:		MOTORISTA							
Principales riesgos:		RUIDO, CAIDAS A DISTINTO NIVEL, GOLPES							
Medidas de Seguridad:		EPP COMPLETOS, CHARLAS DIARIAS							
3.2.-ANTERIORES EMPRESAS:(experiencia laboral)									
Fecha	Nombre de la Empresa	Act. de la Empresa	Puesto	Tiempo Sup. Sub.	Causa del Retiro				
2026-08-19	PSA MARINE PERU S,A,		OFICIAL DE MAQUINAS	DIECINUEVE AÑOS	REDUCCION DE PERSONAL				
IV.- HISTORIA FAMILIAR									
SOLTERO TIENE UN HIJO DE 16 AÑOS DE EDAD/VIVE CON LA MADRE EN ILO ACTUALMENTE VIVE CON LOS PADRES EN ILO									
V.- ACCIDENTES Y ENFERMEDADES: (durante el tiempo de trabajo)									
NO ACCIDENTES NI ENFERMEDADES LE DETECTARON COVID-19 HACE SIETE MESES/SINTOMAS MODERADOS/TRATAMIENTO MEDICO									
VI.- HABITOS:(pasatiempos, consumo de tabaco, alcohol y/o drogas)									
NO FUMA BEBE EN REUNIONES EVENTUALES DEPORTE EN FORMA REGULAR NO OTRAS ACTIVIDADES ACTUALES									
VII.- OTRAS OBSERVACIONES									
Leve tensión emocional/Leve somnolencia/Leve a moderado agotamiento, no despersonalización/ Realización personal satisfactoria(2022) No percibimos tensión emocional, leve somnolencia/No presenta insomnio, fatiga ni rasgos de Ansiedad/Temperamento Flemático(año 2026)									



CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO MOLLEND

VIII.- EXAMEN MENTAL

8.1. OBSERVACIONES DE CONDUCTAS

- Presentacion: Adecuado (☒) Inadecuado ()
- Postura: Erguida (☒) Encorvada ()
- Discurso:
Ritmo: Lento() Rapido() Fluido(☒)
Tono: Bajo() Moderado() Alto(☒)
Articulacion: Con dificultad () Sin dificultad (☒)
-Orientacion
Tiempo: Orientado(☒) Desorientado()
Espacio: Orientado(☒) Desorientado()
Persona: Orientado(☒) Desorientado()

8.2. PROCESOS COGNITIVOS

. Lucido, atento	LUCIDO
. Pensamiento	COHERENCIA
. Percepcion	NORMAL

. Memoria:
Corto Plazo(☒) Mediano Plazo(☒) Largo Plazo(☒)
. Inteligencia:
Muy Superior() Superior() Normal Brillante()
N Promedio(☒) N. Torpe() Fronterizo() RM Leve()
Moderado() RM Severo() RM Profundo()

. Apetito	SOSTENIDO
. Sueño	SIN DIFICULTADES
. Personalidad	EQUILIBRADA
. Afectividad	ADECUADA
. Conducta Sexual	PRESERVADA

Ptje.	Pruebas Psicologicas. Inventario Millon de Estilos de Personalidad -MIPS
	Escala de Motivaciones Psicosociales - MPS
X	Escala de Apreciacion del estres - EAE
	Inventario de Burnout de Maslach
	Clima Laboral
	Bateria de conductores
	WAIS
	Test BENTON
X	Inventario de la ansiedad ZUNG
	Inventario de la depresion ZUNG
	Escala de Memoria de Wechsler
	Luria - DNA Diagnostico Neuropsicologico de Adultos
	SQR
Otros Eamenes	Test de Sueño, Fatiga, Personalidad

XI. DIAGNOSTICO FINAL

AREA COGNITIVA:
ACTUAL NIVEL DENTRO DE LIMITES NORMALES

AREA EMOCIONAL:
EQUILIBRIO EMOCIONAL APARENTE

CENTRO MEDICO
DIVINO NIÑO - MOLLEND
DRA. RUTH MATEO G. RIVERA
PSICOLOGA
CPSP 7475



CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO - MOLLEANDO

TEST DEL ESTRÉS

FECHA: 28-08-2016 ENTREVISTADOR: H.C. 8482
NOMBRE DEL PACIENTE: Wilber Renee Torres Ale
FECHA DE NACIMIENTO: 20-06-1966 EDAD: 60 SEXO: M F
DIRECCION: Av. Perú 1-12, PPT. John F. Kennedy - ILO
TELÉFONO: 942 613 700 CELULAR: 942 613 700

La vida moderna nos proporciona frecuentes sucesos que aumentan nuestra tensión. Son acontecimientos que nos afectan de un modo positivo o negativo, pero que siempre significan un cambio en nuestro estado habitual. El exceso de tensión puede, en algunos casos, producir trastornos de ansiedad e incluso un cuadro depresivo.

Con el siguiente test podrá comprobar si su entorno social o su modo de ser lo someten a intensiones peligrosas para su salud mental.

Responda sí o no a las siguientes preguntas:

Nº	ITEMS	SI	NO
1.	¿Duerme toda la noche de corrido?		✓
2.	¿Siente dolores de cabeza con frecuencia?		✓
3.	¿Tiene problemas en su relación de pareja?		✓
4.	¿Ha fallecido recientemente un familiar cercano?		✓
5.	¿Ha tenido problemas legales?		✓
6.	¿Le parece que la vida es una lucha?	✓	
7.	¿Se ha mudado recientemente?		✓
8.	¿Tiene problemas económicos?		✓
9.	¿Se siente ansioso o irritado por el día?		✓
10.	¿Tiene problemas en su trabajo?		✓
11.	¿Ha padecido en el último tiempo alguna enfermedad importante?		✓
12.	¿Tiene algún problema de índole sexual?		✓
13.	¿Trabaja en un lugar donde hay mucho ruido?	✓	
14.	¿Ha cambiado últimamente de costumbres?		✓
15.	¿Se encuentra decaído y agotado?		✓
16.	¿Cree que la vida no merece la pena vivirse?		✓
17.	¿Está comiendo últimamente más de la cuenta?		✓
18.	¿Se ha distanciado de algún amigo, ya sea por discusión o por otra circunstancia?	✓	
19.	¿Se preocupa por su arreglo personal tanto como de costumbre?	✓	
20.	¿Maneja su automóvil más de 2 horas por día?		—
21.	¿Tiene de vez en cuando reuniones que producen estrés?		✓
22.	¿Tiene algún problema de celos?		✓
23.	¿Ha tenido enfermedades de poca importancia recientemente?		✓
24.	¿Piensa a veces que la cabeza le va a estallar?		✓

DIAGNOSTICO:

Level Wound

CENTRO MEDICO DIVINO NIÑO
MOLLEANDO

Dra Ruth Maria Gil Rivera
PSICÓLOGA
C.R.P. 15510



CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO - MOLLEND

TEST DE PERSONALIDAD

FECHA: 28-08-2020 ENTREVISTADOR: H.C. 8482
NOMBRE DEL PACIENTE: Wilber Renee Torres Ale
FECHA DE NACIMIENTO: 20-06-1966 EDAD: 60 SEXO: M F
DIRECCION: Av. Peru E-12, P.O. John F. Kennedy - ILO
TELÉFONO: CELULAR: 942613700

ÍTEM	CUESTIONARIO	SI	NO
1.	¿Tiene con frecuencia subidas y bajadas de su estado de ánimo?		X
2.	¿Es usted una persona habladora?		X
3.	¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal?	X	
4.	¿Es usted más bien animado/a?	X	
5.	¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo/a que compartir con otros?		X
6.	¿Tomaría drogas que podría tener efectos desconocidos o peligrosos?		X
7.	¿Ha acusado a alguien alguna vez de hacer algo sabiendo que la culpa era de usted?		X
8.	¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las normas?		X
9.	¿Se siente con frecuencia hartado/a (hasta la coronilla)?		X
10.	Ha cogido alguna vez algo que perteneciese a otra persona (aunque sea un broche)?		X
11.	¿Se considera una persona nerviosa?		X
12.	¿Piensa que el matrimonio está pasado de moda y que se debería suprimir?		X
13.	¿Podría animar fácilmente una fiesta o reunión social aburrida?		X
14.	¿Es usted una persona demasiado preocupada?		X
15.	¿Tiende a mantenerse callado/o (o en 2º plano) en reuniones o encuentros sociales?	X	
16.	¿Cree que la gente dedica demasiado tiempo para asegurarse el futuro mediante ahorros?		X
17.	¿Alguna vez ha hecho trampas en un juego?		X
18.	¿Sufre usted de nervios?		X
19.	¿Se ha aprovechado alguna vez de otra persona?		X
20.	Cuando está con otras personas ¿es usted más bien callado?	X	
21.	¿Se siente muy solo con frecuencia?		X
22.	¿Cree que es mejor seguir las normas de la sociedad que las propias?	X	
23.	¿Las demás personas le consideran muy animado/a?	X	
24.	¿Pone en práctica siempre lo que dice?	X	

DIAGNOSTICO:.....

CENTRO MEDICO DIVINO NIÑO
MOLLEND
Dra. Ruth María G. Rivera
PSICÓLOGA
C.P. 7475

FIRMA Y SELLO



CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO - MOLLEND

TEST DE SOMNOLENCIA DIURNA (EPWORTH)

FECHA: 28-08-2026 ENTREVISTADOR: H.C. 8482
NOMBRE DEL PACIENTE: Wilson Renee Torres Ale
FECHA DE NACIMIENTO: 20-06-1966 EDAD: 60 SEXO: M F
DIRECCION: Av. Peru T-12 PPSJ John F. Kennedy - ILO
TELEFONO: CELULAR: 942613700

Con que frecuencia se queda dormido en las siguientes situaciones.

Utiliza la siguiente escala:

0 = Nunca se ha dormido

1 = Escasa posibilidad de dormirse

2 = Moderada posibilidad de dormirse

3 = Elevada posibilidad de dormirse

	0	1	2	3
1. Sentado leyendo			✓	
2. Viendo televisión			✓	
3. Sentado en un espectáculo			✓	
4. En un auto como copiloto (viaje =1 hora)		✓		
5. Echado a media tarde				✓
6. Sentado, charlando con alegría	✓			
7. Sentado, después de las comidas			✓	
8. En el auto, cuando está detenido algunos minutos por el trafico	✓			

DIAGNOSTICO: Lee Connelio
.....

CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO
MOLLEND

Dra Ruth María Gil Rivera
PSICOLOGA
CPSP 7475

FIRMA Y SELLO



CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO - MOLLEND

TEST DEL SUEÑO (EPWORTH)

FECHA: 28-08-2024 ENTREVISTADOR: H.C. 5482
NOMBRE DEL PACIENTE: Wilber Renee Torres Ale
FECHA DE NACIMIENTO: 20-06-1966 EDAD: 60 SEXO: M F
DIRECCION: Av. Peru 1-12, P.O. John F. Kennedy - ILO
TELÉFONO: CELULAR: 942613700

I) Durante el mes pasado, como consideras la calidad de tu sueño

1. Muy buena
2. Aceptablemente buena
3. Ligeramente pobre
4. Muy pobre

✓

II) Durante el mes pasado ¿aproximadamente cuantos minutos, necesitaste usualmente para dormirte una vez que decidiste ir a dormir?

1. 0 - 20 min
2. 21 - 30 min
3. 31 - 60 min
4. más de 60 min

✓

III) Durante los últimos 30 días ¿Cuántas veces te has despertado cada noche?

1. ninguna
2. 1 - 3
3. 4 - 5
4. más de 5

✓

IV) Cada noche durante el mes pasado ¿Cuántas horas has dormido realmente sin contar? El tiempo que estuviste despierto

1. 8 horas
2. 6 - 7 horas
3. 5 - 6 horas
4. menos de 5 horas

✓

V) Durante el mes pasado ¿te sentiste con sueño durante el día?

1. nunca
2. un poco
3. bastante
4. todo el tiempo

✓

VI) El mes pasado ¿Cuántas veces tuviste que tomar algún producto de venta libre? (Infusiones, preparados de homeopatía, extracto de hierbas e comprimidos o gotas) para dormir?

1. nunca
2. 1-7
3. 8-20
4. Más de 20

✓

VII) El mes pasado ¿Cuántas veces has tomado medicamentos sedantes de venta

1. Nunca
2. 1 - 7
3. 8 - 20
4. Más de 20

✓

DIAGNOSTICO:
.....

CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO
MOLLEND

Dra. Ruth María Gil Rivera
PSICÓLOGA
CPsP 7475

FIRMA Y SELLO



CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO - MOLLEND

TEST DE FATIGA

FECHA: 28-05-2021 ENTREVISTADOR: H.C. 8482
NOMBRE DEL PACIENTE: Wilber Renee Torres Alp
FECHA DE NACIMIENTO: 20-06-1966 EDAD: 60 SEXO: M F
DIRECCION: Av. Peru 1-12, P.O. John F. Kennedy - ILO
TELEFONO: CELULAR: 942613200

Responda ante cada una de las situaciones con una "X" si su respuesta es SI o es NO.

Nº	ITEMS	SI	NO
1	¿Siente pesadez en la cabeza?		X
2	¿Siente cansancio en el cuerpo?		X
3	¿Siente cansancio en las piernas?		X
4	¿Tiene deseos de bostezar?		X
5	¿Se siente confuso, aturdido?		X
6	¿Siente la vista cansada?		X
7	¿Siente rigidez o torpeza en los movimientos?		X
8	¿Se siente soñoliento?		X
9	¿Al estar de pie se inquieta?		X
10	¿Tiene deseos de acostarse?		X
11	¿Siente dificultad para pensar?		X
12	¿Se cansa al hablar?		X
13	¿Está nervioso?		X
14	¿Se siente incapaz de fijar su atención?		X
15	¿Se siente incapaz de poner atención en algo?		X
16	¿Se olvida fácilmente las cosas?		X
17	¿Ha perdido la confianza en si mismo?		X
18	¿Se siente ansioso?		X
19	¿Mantiene posiciones incorrectas en su cuerpo?		X
20	¿Pierde fácilmente la paciencia?		X
21	¿Padece de dolor de cabeza?		X
22	¿Siente entumecimiento en los hombros?		X
23	¿Siente dolor de espalda?		X
24	¿Tiene dificultad para respirar?		X
25	¿Tiene sed?		X
26	¿Se siente atontado?		X
27	¿Siente su voz ronca?		X
28	¿le tiemblan los parpados?		X
29	¿le tiemblan las piernas o los brazos?		X
30	¿se siente enfermo?		X

DIAGNOSTICO: Lee Felipe

CENTRO MEDICO DIVINO NIÑO
MOLLEND

Dra Ruth Maria Gil Rivera

FIRMA Y SELLO
CPSP 7475



CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO - MOLLEND

TEST DE ANSIEDAD - DEPRESION

FECHA: 28-08-2021 ENTREVISTADOR: H.C. 8482
NOMBRE DEL PACIENTE: Wilber Renee Torres Ale
FECHA DE NACIMIENTO: 20-06-1966 EDAD: 60 SEXO: M F
DIRECCION: Av. Peru T-12, PPTJ John F. Kennedy - ELO
TELEFONO: CELULAR: 942613700

Responda sí o no a las siguientes preguntas: marcando con una (X)

Escala de EADG (Escala de ansiedad – depresión)			
Subescala de ansiedad		SI	NO
1.	¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		X
2.	¿Ha estado muy preocupado por algo?	X	
3.	¿Se ha sentido muy irritable?		X
4.	¿Ha tenido dificultades para relajarse?		X
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando		SUBTOTAL	
5.	¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		X
6.	¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		X
7.	¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		X
8.	¿Ha estado preocupado por salud?		X
9.	¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?		X
TOTAL ANSIEDAD			

Mayor a 4 ansiedad probable

Subescala de ansiedad		SI	NO
1.	¿se ha sentido con poca energía?		X
2.	¿Ha perdido el interés por las cosas?		X
3.	¿Ha perdido la confianza en usted mismo?		X
4.	¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?		X
Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores continuar preguntando		SUBTOTAL	
5.	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		X
6.	¿Ha perdido peso?(a causa de su falta de apetito)		X
7.	¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		X
8.	¿Se ha sentido usted enlentecido?		X
9.	¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		X
TOTAL DEPRESION			

DIAGNOSTICO: lo S. D. V.

CENTRO MEDICO DIVINO NIÑO
MOLLEND

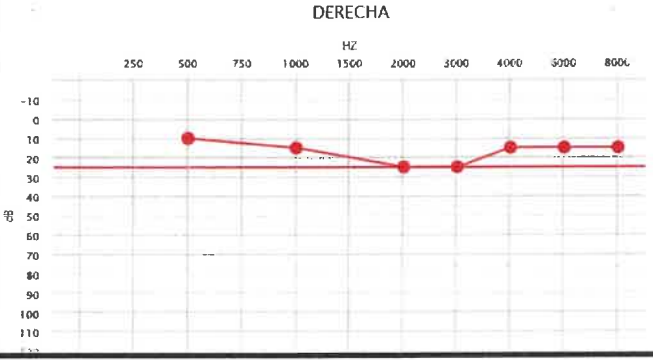
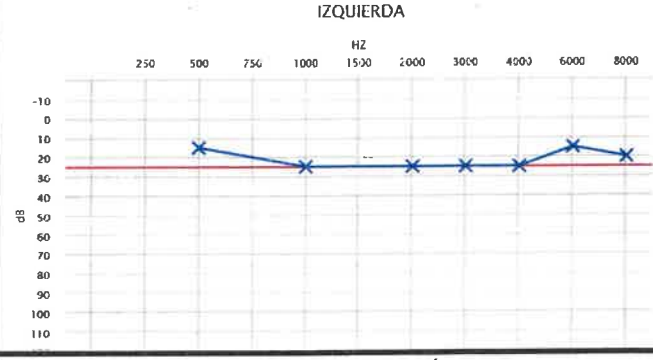
Dra Ruth Maria Gil Rivera
PSICÓLOGA
CPS 7475

FIRMA Y SELLO



CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO MOLLEND

CÓDIGO: 8482

FICHA AUDIOLÓGICA											
AUDIÓMETRO	MODELO	SA-203	MARCA	ENTOMED	CALIBRACIÓN	2026-08-28					
FECHA DEL EXAMEN	2026-08-28	EXAMEN	PRE-OCUPACIONAL	X	PERIÓDICA	RETIRO	REINCORPORACION	CAMBIO DE PUESTO			
APELLIDOS Y NOMBRES		TORRES ALE,WILBER RENEE									
EDAD	60	AÑOS	SEXO	M	EMPRESA	CONCIENCIA AMBIENTAL S.R.L.					
OCUPACIÓN	MOTORISTA		AÑOS DE TRABAJO		AÑOS	TIEMPO DE EXPOSICIÓN TOTAL PONDERADO 8H/D			HORAS		
USO DE PROTECTORES AUDITIVOS	TAPONES	X	OREJERAS	X	APRECIACIÓN DEL RUIDO	RUIDO MUY INTENSO	RUIDO MODERADO	X	RUIDO NO MOLESTO		
ANTECEDENTES RELACIONADOS			SI	NO	SÍNTOMAS ACTUALES			SI	NO		
CONSUMO DE TABACO				X	DISMINUCIÓN DE LA AUDICIÓN			X			
SERVICIO MILITAR			X		DOLOR DE OÍDOS				X		
HOBBIES CON EXPOSICIÓN A RUIDO				X	ZUMBIDO				X		
EXPOSICIÓN LABORAL A QUÍMICOS				X	MAREOS				X		
INFECCIÓN AL OÍDO				X	INFECCIÓN AL OÍDO				X		
USO DE OTOTÓXICOS				X	OTRA				X		
OTOSCOPIA	Oído Derecho		CONDUCTO AUDITIVO PERMEABLE		Oído Izquierdo		CONDUCTO AUDITIVO PERMEABLE				
											
DIAPASONES					LOGOaudiometría						
O.D.	RINNE Y WEBBER		O.I.	Umbral de Discriminación		DERECHA		IZQUIERDA			
-----	250 Hz		-----	% de Discriminación		-----		-----			
-----	500 Hz		-----	Umbral de Confort MCL		-----		-----			
-----	1000 Hz		-----	Umbral de Disconfort MCL		-----		-----			
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA AUDIOMETRÍA						 Lic. Vanessa L. Calles Mansilla LICENCIADA EN ENFERMERIA C.E.P 122014					
						FIRMA Y SELLO					
CONCLUSIONES			OD :NORMOACUSIA								
			OI :NORMOACUSIA								
OBSERVACIONES											
NOMBRE DEL MÉDICO						 Dr. Edilberto Salazar Zender Médico Otorrinolaringólogo CMP. 32521 RNE. 16416					
						FIRMA Y SELLO					



CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO MOLLEND

INFORME DE ESPIROMETRÍA

Nro. Ficha	8482									
Última Espirometría				Fecha	2026-08-28		Hora	11:09:07		
Tipo de Evaluación	Pre - Ocupacional			X	Periódica		Retiro			
Lugar del Examen	Departamento			AREQUIPA	Provincia	ISLAY	Distrito	MOLLEND		
I. DATOS DE LA EMPRESA (Llenar con letra clara)										
Razón Social Nombre	CONCIENCIA AMBIENTAL S.R.L.									
Actividad Económica	ACTIVIDADES DE DESCONTAMINACIÓN Y OTROS SERVICIOS DE GESTIÓN DE DESECHOS					Puesto de Trabajo	MOTORISTA			
Tiempo de Trabajo										
II. FILIACIÓN DEL PACIENTE (Llenar con letra clara o marque con un X lo solicitado)										
Nombre y Apellidos	TORRES ALE, WILBER RENEE									
Edad	60	años	Sexo	M	Altura	161	cms	Peso	72	Kgs
Origen Étnico	NO DEFINIDO					Fumador		No Fumador	X	
III. VALORES OBSERVADOS DE ESPIROMETRÍA										
	%Pred			Edad Pulmonar Estimada						
FVC	109									
FEV1	109									
FEV1/FVC	100									
PEF										
FEF50										
FEF25-75	111									
FEV1/FEV0.5										
FEV1/PEF										
MVV(IND)										
IV. RESULTADOS	ESPIROMETRIA NORMAL									
Observación										
 Lic. Vanessa L. Colina Manilla LICENCIADA EN ENFERMERIA C.E.P. 122014					 Dayana Bernado Cayazo MÉDICO PULMONÓLOGO C.M.R. 65514 - R.M.E. 450022					
Profesional que realiza la Espirometría					Médico que interpreta					

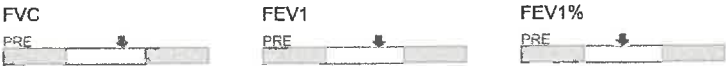
CENTRO MEDICO DIVINO NIÑO
MOLLENDO S.A.C.

PROL. MARISCAL CASTILLA MZ. D LT.1 URB.
ALTO SAN MARTIN
UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL

Fecha de visita 28/08/2026

Cód. paciente	04636142	Edad	60
Apellido	TORRES ALE	Género	Masculino
Nom.	WILBER RENEE	Altura, cm	161
Fecha de nacimien	20/06/1966	Peso:, kg	72
Grupo étnico	No definido	BMI	27.78
Fuma	No fumador	Paquete-año	
Grupo pacientes			

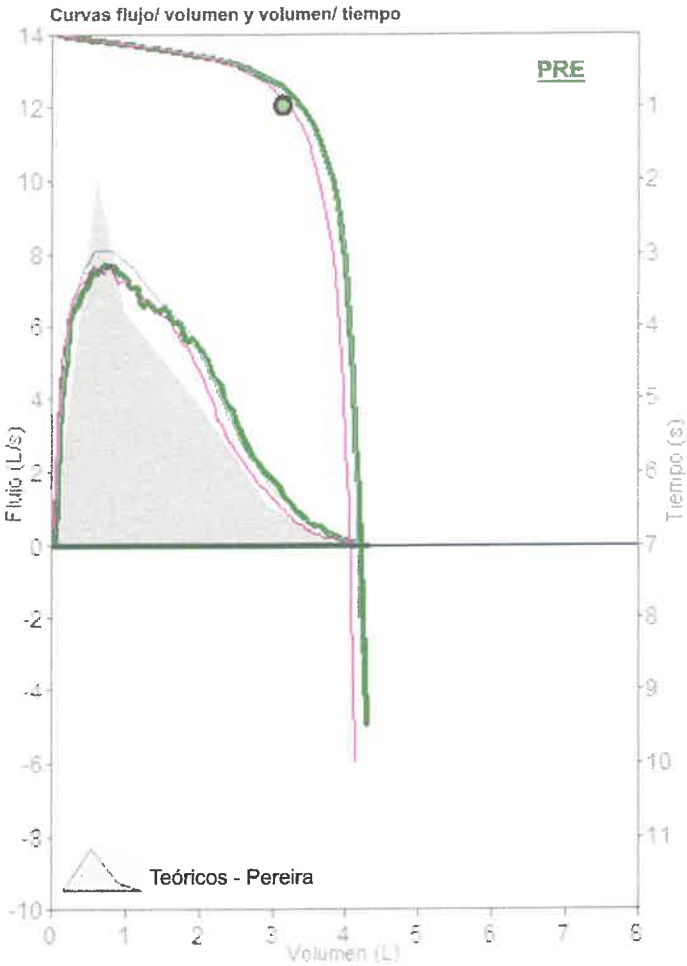
Interpretación



Espirometría normal

Mejores valores de todas las curvas

Parámetros	LLN	ULN	PRE	%Teór.	Z-score	POST	%Camb.
FVC	L	3.00	4.80	4.27	109	0.67	
FEV1	L	2.38	3.90	3.42	109	0.61	
FEV1%	%	72.7	87.9	80.10	100	-0.04	
PEF	L/s	7.72	12.60	8.15	80	-1.36	



Fecha prueba PRE 28/08/2026 11:12:02

Parámetros	LLN	ULN	Teór.	PRE #1	%Teór.	Z-score	PRE #2	PRE #3	POST#1	%Teór.	%Camb.
FVC	L	3.00	4.80	3.90	4.27	109	0.67	4.19	4.11		
FEV1	L	2.38	3.90	3.14	3.42	109	0.61	3.37	3.24		
FEV1/FVC	%	72.7	87.9	80.3	80.1	100	-0.04	80.4	78.8		
PEF	L/s	7.72	12.60	10.16	7.76	76	-1.62	8.15	7.72		
ELA	años			60	60	100		60	60		
FEF2575	L/s	1.80	4.31	3.06	3.40	111	0.45	3.35	3.06		
FET	s			6.00	9.46	158		8.52	9.99		
FIVC	L	3.00	4.80	3.90							
FEV1/VC	%	72.7	87.9	80.3							

BTPS 1.087 26 °C 78.8 °F

Informe médico

Informe de calidad A

FVC reproducible, FEV1 reproducible, PEF reproducible

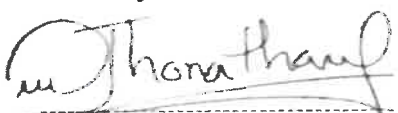
Firma

Instrumento usado
Spirobank II new S/N Y00719
Calibración 28/08/2026 07:47:21



CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO MOLLEND

CÓDIGO: 8482

INFORME RADIOLOGICO																								
PLACA N°	HCL										Lector					DR.RAMOS								
Nombre	TORRES ALE,WILBER RENEE										Edad		60		Años									
Fecha de Radiografía	2	8	0	8	2	0	2	6	Fecha de Lectura				2	8	0	8	2	0	2	6				
	Día		Mes		Año				Día				Mes		Año									
I. Calidad Radiográfica	1 Buena					✓				Causas				1	Sobreexposición				5	Escápulas				
	2 Aceptable													2	Subexposición				6	Posición centrado				
	3 Baja Calidad													3	Artefacto				7	Otros				
	4 Inaceptable													4	Inspiración Insuficiente									
Comentario sobre defectos Técnicos																								
II. ANORMALIDADES PARENQUIMATOSAS (si NO hay anomalías parenquimatosas pase a III A. Pleurales)																								
2.1 Zonas Afectadas (marque TODAS las zonas afectadas)					2.2 Profusión (opacidades pequeñas) (escala de 12 puntos) (Consulte las radiografías estándar - marque la subcategoría de profusión)					2.3 Forma y Tamaño (Consulte las radiografías estándar; se requieren dos símbolos - marque un primario y un secundario)					2.4 Opacidades Grandes (Marque 0 si no hay ninguna o marque A, B o C)									
Der.					Izq.					Primaria					Secundaria					0				
Superior					1/0					1/1					1/2					p s p s a				
Medio					2/1					2/2					2/3					q t q t b				
Inferior					3/2					3/3					3/+					r u r u c				
III. ANORMALIDADES PLEURALES (si NO hay anomalías pase a símbolos*)															SI		NO		X					
3.1 Placas Pleurales (0 = Ninguna, D = Hemitórax derecho, I = Hemitórax izquierdo)																								
Sitio (Marque las casillas adecuadas) del tórax					Calcificación (marque)					Extensión (pared Torácica; combinada para placas de perfil y de frente)					Ancho (opcional) (ancho mínimo exigido: 3mm)									
Pared Torácica:										1 < ¼ de la pared lateral del tórax					a De 3 a 5 mm									
										2 Entre ¼ y ½ de la pared lateral					b De 5 a 10 mm									
										3 > ½ de la pared lateral del tórax					c Mayor a 10 mm									
De perfil					0 D I 0 D I					0 D I					D I									
De frente					0 D I 0 D I					1 2 3 1 2 3 1 2 3					a b c a b c									
Diafragma					0 D I 0 D I																			
Otro(s) sitio(s)					0 D I 0 D I																			
Obliteración del Ángulo Costofrénico										0 D I														
3.2 Engrosamiento Difuso de la Pleura (0 = Ninguna, D = Hemitórax derecho, I = Hemitórax izquierdo)																								
Pared Torácica					Calcificación					Extensión					Ancho									
De perfil					0 D I 0 D I					0 D I					D I									
										1 2 3 1 2 3 1 2 3					a b c a b c									
De frente					0 D I 0 D I																			
IV. SÍMBOLOS															SI		NO		X					
(Rodee con un círculo la respuesta adecuada; si rodea od, escriba a continuación un COMENTARIO)																								
aa	at	ax	bu	ca	cg	cn	co	cp	cv	di	ef	em	es	od										
fr	hi	ho	id	ih	kl	me	pa	pb	pi	px	ra	rp	tb											
COMENTARIOS																								
TORAX RADIOLOGICAMENTE NORMAL.																								
Firma y Sello de Médico:																								
																								
Dr. Hector Ramos Bravo. Medico Radiologo C.M.P 65162 R.N.E 40339																								

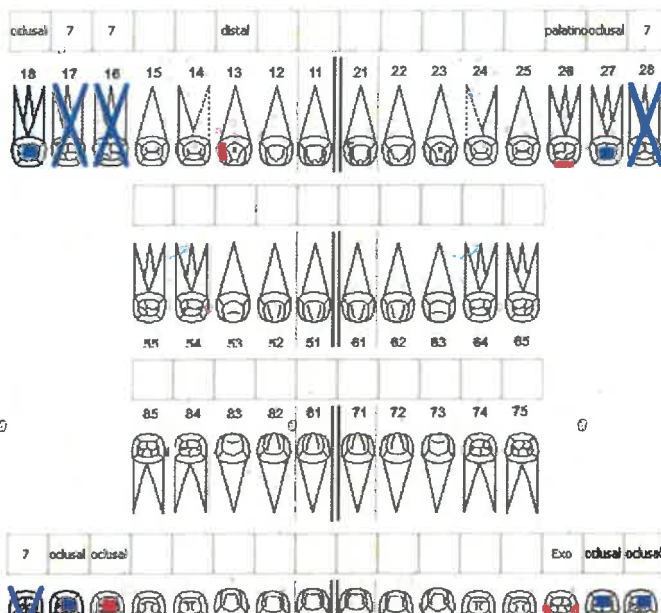


CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO MOLLEND

FICHA ODONTOLÓGICA

I.- DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres:	TORRES ALE, WILBER RENEE	N° H.CL	8482	Edad:	60 años
Lugar de Nacimiento:	ILO	Fecha de Nacimiento:	1966-06-20		
Grado de Instrucción:	Superior Universitaria Completa	Lugar de Residencia:	PJ JHON F KENNEDY AV PERU I 12 - -		
Puesto de trabajo:		Puesto Postula			
Telefono:		Fecha de examen	2026-08-28		



DIAGNOSTICO

☐ GINGIVITIS AGUDA	☐ GINGIVITIS CRONICA	☐ PULPITIS AGUDA
☐ PULPITIS CRONICA	☐ PRESENCIA PLACA BACTERIANA	☐ OTRO
CARIES DENTAL	pz 13, pz 26 pz 46	
NECROSIS PULPAR		
REMANENTE RADICULAR		
PIEZAS AUSENTES	pz 16 pz 17 pz 28 pz 48	
PIEZAS POR EXTRAER	pz 36	
PIEZAS OBTURADAS	pz 37 pz 38 pz 47 pz 18 pz 27	
PIEZAS CON DESGASTE PATOLOGICO		

DIAGNOSTICO:

pz 13, pz 26, pz 46 caries simple

RECOMENDACIONES

☐ PROFILAXIS	☐ EXODONCIA	☐ PROTESIS
☐ CURACIONES	☐ ENDODONCIA	☐ CONTROL CADA 06 MESES
☐ OTRO		

OBSERVACIONES:

se recomienda tratamiento de curacion y extraccion

CENTRO MEDICO DIVINO NIÑO
MOLLEND
CALLE GUAYANO 1000 - TEL: 051 944 444 444
ORLINO DENTISTA GENERAL Y ESPECIALISTA EN
ODONTOLOGIA

MEDICO TRATANTE
(FIRMA Y SELLO)



CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO MOLLEND

PACIENTE : TORRES ALE WILBER RENEE
INDICACIÓN : GRUPO SANGUINEO, HEMOGRAMA AUTOMATIZADO
MUESTRA : SANGRE
FECHA : MOLLEND, 28 DE AGOSTO DEL 2026

EXÁMEN HEMATOLÓGICO

GRUPO : A
RH : POSITIVO

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO

EXAMENES		RESULTADO		REFERENCIA
WBC	RECuento DE GLóBULOS BLANCOS	4.74	10 ⁹ /L	5.00-10.00
LYM	RECuento DE LINFOCITOS	1.68	10 ⁹ /L	0.60-4.10
MID	RECuento DE CélULAS INTERMEDIAS	0.33	10 ⁹ /L	0.10-0.90
GRA	GRANULOCITOS	2.73	10 ⁹ /L	2.00-7.80
LYM	RECuento DE LINFOCITOS	35.38	%	20.00-50.00
MID	RECuento DE CélULAS INTERMEDIAS	6.88	%	3.00-10.00
GRA	GRANULOCITOS	57.74	%	40.00-70.00
RBC	RECuento DE GLóBULOS ROJOS	4.62	10 ¹² /L	3.80-5.80
HGB	CONTENIDO DE HEMOGLOBINA	14.4	g/dl	12.00-16.50
MCHC	CONCENTRACIÓN MEDIA DE LA HEMOGLOBINA	35.43	g/dl	32.00-36.00
MCH	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	31.27	pg	26.50-33.50
MCV	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	88.25	fL	80.00-99.00
RDW-CV	DISTRIBUCIÓN DE LOS GLóBULOS ROJOS DE LA ANCHURA CV	12.86	%	10.00-15.00
RDW-SD	DISTRIBUCIÓN DE LOS GLóBULOS ROJOS ANCHURA SD	51.84	fL	35.00-56.00
HCT	HEMATOCRITO	40.8	%	35.00-50.00
PLT	RECuento DE PLAQUETAS	184.70	10 ⁹ /L	150.00-400.00
MPV	VOLUMEN MEDIO DE PLAQUETAS	8.97	fL	7.00-11.00
PDW	ANCHO DE DISTRIBUCIÓN DE PLAQUETAS	15.18	fL	10.00-18.00
PCT	PLATELETCRIT	0.17	%	0.10-0.50
P-LCR	RADIO DE PLAQUETAS DE CélULAS GRANDES	25.43	%	33.00-43.00

CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO
MOLLEND S.A.C.
.....
Johan E. Ticona Zeballos
BIOLOGO
C.B.P. 18106



CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO MOLLEND

PACIENTE : TORRES ALE, WILBER RENEE
INDICACIÓN : PERFIL HEPATICO
MUESTRA : SANGRE
FECHA : MOLLEND, 28 DE AGOSTO DEL 2026

EXAMEN PERFIL HEPATICO

EXAMENES	RESULTADO	REFERENCIA
TGO	16	U/L VN (Hombres hasta 35 U/L) (Mujeres hasta 31U/L)
TGP	19	U/L VN (Hombres hasta 41U/L) (Mujeres hasta 31U/L)
GGTP	-	U/L VN (Hombres 8 - 38 U/L) (Mujeres hasta 5 – 27 U/L)
BILIRRUBINA TOTAL	-	mg/dl VN (0.30 – 1.20 mg/dl)
BILIRRUBINA DIRECTA	-	mg/dl VN (0.10 – 0.40 mg/dl)
BILIRRUBINA INDIRECTA	-	mg/dl VN (menor de 1.20 mg/dl)
FOSFATASA ALCALINA	-	U/L VN (adultos hasta 258 U/L) (niños hasta 727 U/L)
PROTEINA TOTAL	-	g/dl VN (DE 6.1 – 7.9 g/dl)
ALBUMINA	-	g/dl VN (DE 3.5 – 4.8 g/dl)
GLOBULINA	-	g/dl VN (DE 2.0 – 3.5 g/dl)

NOTA: _____


CENTRO MEDICO DIVINO NIÑO
MOLLEND S.A.C
.....
Johan E. Ticona Zeballos
SK1033
C.B.P 18106



CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO MOLLEND

PACIENTE : TORRES ALE, WILBER RENEE
INDICACIÓN : PERFIL LIPIDICO, GLUCOSA ,CREATININA, UREA
MUESTRA : SANGRE
FECHA : MOLLEND, 28 DE AGOSTO DEL 2026

BIOQUIMICA

EXAMENES	RESULTADO	REFERENCIA
GLUCOSA	77	mg/dl VN. (70 a 110 mg/dl)
CREATININA	0.83	mg/dl HOMBRES: (0.7 – 1.4 mg/dl) MUJERES : (0.6 – 1.2 mg/dl)
COLESTEROL TOTAL	158	mg/dl VN. (140 – 200 mg/dl)
COLESTEROL HDL	-	mg/dl BAJO RIESGO; H=>55 mg/dl) M= (>65 mg/dl) RIESGO STANDARD; H= (35 – 65 mg/dl) M= (45 – 65 mg/dl) ALTO RIESGO; H=<35 mg/dl) M= (<45 mg/dl)
COLESTEROL LDL	0	mg/dl BAJO RIESGO: (<150 mg/dl) SOSPECHOSO: (150 – 195 mg/dl) ALTO RIESGO: (>195 mg/dl)
TRIGLICERIDOS	62	mg/dl VN. (25 – 160 mg/dl)
UREA	-	mg/dl V.N (17 – 43 mg/dl)

NOTA: _____


CENTRO MEDICO DIVINO NIÑO
MOLLEND S.A.C
Johan E. Ticona Zeballos
BIOL 030
C.B.P. 18106



CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO MOLLEND

EXAMEN DE ORINA

PACIENTE TORRES ALE, WILBER RENEE
INDICACION EXAMEN COMPLETO DE ORINA
MUESTRA ORINA
FECHA MOLLEND, 28 DE AGOSTO DEL 2026

EXAMEN FISICO

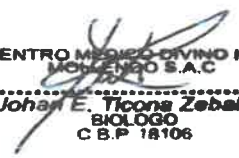
COLOR:	AMARILLO	ASPECTO:	TRANSPARENTE
DENSIDAD:	1010	REACCION:	7.0

EXAMEN BIOQUIMICO

PROTEINAS:	NEGATIVO	UROBILINA:	NEGATIVO
GLUCOSA:	NEGATIVO	PIG. BILIARES:	NEGATIVO
SANGRE:	NEGATIVO	CPOS. CETON:	NEGATIVO
NITRITOS:	NEGATIVO	LEUCOCITOS:	NEGATIVO

SEDIMENTO URINARIO

LEUCOCITOS:	0-2 XC
CEL. EPITEL:	0-1 XC
CILINDROS:	NO SE OBSERVA
HEMATIES:	NO SE OBSERVA
CRISTALES:	NO SE OBSERVA
BACTERIAS:	ESCASAS
LEVADURAS:	NO SE OBSERVA
FIBRAS MUCOIDES:	NO SE OBSERVA


CENTRO MEDICO DIVINO NIÑO
MOLLEND S.A.C
.....
Johan E. Ycona Zeballos
BIOLOGO
C.B.P 18106



CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO MOLLEND

PACIENTE : TORRES ALE, WILBER RENEE
INDICACIÓN : GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH
MUESTRA : SANGRE
FECHA : MOLLEND, 28 DE AGOSTO DEL 2026

GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH

GRUPO Y RH : A POSITIVO

NOTA: _____

CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO
MOLLEND S.A.C

.....
Johan E. Ticona Zeballos
BIOLOGO
C.B.P 18106



CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO MOLLEND

PACIENTE : TORRES ALE, WILBER RENEE
INDICACIÓN : TOXICOLOGICO
MUESTRA : ORINA
FECHA : MOLLEND, 28 DE AGOSTO DEL 2026

EXAMEN TOXICOLOGICO

MARIHUANA : NEGATIVO
COCAINA : NEGATIVO

NOTA: _____

**CENTRO MEDICO DIVINO NIÑO
MOLLEND S.A.C**

.....
Johan E. Troncoso Zeballos
BIOLOGO
C.B.P. 18106

TEST DE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA

- ☐ Sensación de falta de aire o dificultad para respirar en reposo
- ☐ Fiebre mayor a 38°C persistente de dos días
- ☐ Dolor en el pecho
- ☒ No tengo ninguno de estos síntomas

Nacionalidad: PERUANA
DNI: 124636142
Carnet de Extranjería.: _____
Fecha de Nacimiento: 20 / 06 / 1966
Nombres y Apellidos: Wilber Renee
Torres Ale
Sexo: M Teléfono: 942.613700
Correo: reneeley21@hotmail.com

Región Moquegua Provincia ILO
 Distrito ILO
 Dirección: Av. Peru I-12, P.P. John
F. Kennedy - ILO

☐ Tos (Por más de 15 días)
☐ Dolor de garganta
☐ Congestión nasal
☐ Fiebre
☒ Ninguno
☐ Otro: _____

- ☐ Obesidad
- ☐ Enfermedad pulmonar crónica

- ☐ Asma
- ☐ Diabetes
- ☐ Hipertensión arterial
- ☐ Enfermedad o tratamiento inmunosupresor
- ☐ Enfermedad cardiovascular
- ☐ Insuficiencia renal crónica
- ☐ Cáncer
- ☒ Ninguno
- ☐ Otra:

- ☒ Adulto mayor
- ☐ Recién nacido o menor a seis meses
- ☐ Niños
- ☐ Gestante
- ☐ Familiar con enfermedad crónica

MEDICO EVALUADOR:
CENTRO MEDICO DIVINO NIÑO
MOLLENDÓ S.A.C
.....
Heliana C. Martinez Gonzalez
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 096602

Firma y huella digital del usuario evaluado

Al colocar tu firma y huella digital, das veracidad de la información registrada en este documento, siendo consciente de que al brindar información falsa estarías incurriendo en una falta grave que puede traer consecuencias sobre tu salud; asimismo la confidencialidad de sus datos es importante para nosotros, por lo que cumplimos con las normativas de protección de datos establecidos según Ley N° 29733



CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO MOLLEND

AUTORIZACIÓN PARA EXAMEN TOXICOLÓGICO

Yo, TORRES ALE WILBER RENEE, de 60 años de edad, identificado(a) con DNI N° 04636142 , trabajador:

Pre-Ocupacional(X)

Anual o Periódico()

Retiro()

Cambio de Puesto()

Por la presente en forma libre y voluntaria autorizo al Centro Medico Divino Niño - Mollendo S.A.C. que se me realice el examen de drogas (toxicológico), en orina y/o sangre según los protocolos establecidos, por lo que declaro que me fue explicado el procedimiento a realizar, haciéndome ver que mi salud no corre ningún riesgo y que se mantendrá la confidencialidad de los resultados obtenidos y entregados directamente a la empresa:

CONCIENCIA AMBIENTAL S.R.L.

Además declaro que la información que brindaré a continuación es verdadera:

¿Sufre de alguna enfermedad?

No (X)

Si ()

¿Cuál(es)?

¿Consume regularmente mate de coca?

No (X)

Si ()

¿Cuándo consumió por última vez?

Fecha:

Hora:

¿Chaccha o mastica coca?

No (X)

Si ()

¿Cuándo masticó por última vez?

Fecha:

Hora:

Mollendo, 28 de
Agosto del 2026

Firma del Trabajador o Postulante



Huella digital
Índice derecho

Notas:



CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO MOLLEND

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE REALIZACIÓN Y LIBERACIÓN DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Yo, TORRES ALE WILBER RENEE, de 60 años de edad, identificado(a) con DNI N° 04636142 , trabajador:

Pre-Occupacional(X)

Anual o Periódico()

Retiro()

Cambio de Puesto()

Declaro haber sido informado al respecto de los exámenes y pruebas complementarias que se me realizarán y que la información brindada, en los diferentes consultorios del área médica ocupacional es verídica y estoy consciente que ocultar o falsear información me puede causar daño por lo que asumo la responsabilidad de ello.

Adicionalmente, doy mi consentimiento para que la empresa:

CONCIENCIA AMBIENTAL S.R.L.

Por intermedio de su área médico ocupacional tenga acceso al resultado del examen ocupacional realizado a mi persona y administrado por el Centro Medico Divino Niño – Mollendo S.A.C. y de ser el caso, ser presentado a cualquier autoridad jurídica, fiscal administrativa y/o laboral que se requiera.

Además doy consentimiento para que el Centro Medico Divino Niño – Mollendo S.A.C., entregue mi historia clínica ocupacional y toda la información resultante de mi examen médico ocupacional a la empresa:

CONCIENCIA AMBIENTAL S.R.L.

para su información y custodia.

Por otra parte declaro cumplir con los requisitos del examen médico ocupacional, tales como:

- No estar expuesto a ruido en las 14 horas previas al examen.
- No haber llegado de viaje el día de hoy en la mañana y contar con el reposo auditivo para la prueba.
- No estar con infección respiratoria (resfrío con congestión nasal).
- No haber consumido bebidas alcohólicas en las 24 horas previas al examen.
- No haber fumado, ni consumido café, mates de coca, previo a la realización de las pruebas.

Estoy consciente que el incumplir los requisitos mencionados puede causar variaciones en los resultados del examen médico ocupacional realizado, por lo que asumo la responsabilidad de ello.

Certifico haber leído el presente documento y estoy totalmente de acuerdo y comprendo el contenido del mismo.

Mollendo, 28 de Agosto del 2026

Firma del Trabajador o Postulante



Huella digital
Índice derecho

Notas:
