



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

TARAPOTO - SUC-1

CERTIFICADO MÉDICO

Nº DE INFORME : 2024-00322-0001254

FECHA DEL INFORME : 3/12/2024 13:21:21

EVALUACIÓN MÉDICA

FECHA VENCIMIENTO : 3/06/2025



Fecha de Inicio : 3/12/2024 10:27:46

Fecha de Término : 3/12/2024 13:21:00

INFORMACIÓN DEL EVALUADO

Tipo de Documento : DNI Número de Documento : 01101779
Nombres : BENI BENZAQUEN SAJAMI
Dirección : JR. SAN MARTIN S/N C-2 SAN MARTIN/PICOTA/SAN HILARION
Grupo Sanguíneo : O - POSITIVO Fecha de Nacimiento : 3/03/1971

CLASE Y CATEGORÍA DEL POSTULANTE

Clase : A Categoría : A Dos b - REVALIDACIÓN

CONDICIÓN DEL POSTULANTE : APTO

RESULTADO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS Y PSICOLÓGICAS DEL POSTULANTE			
EXAMEN	RESULTADO	FIRMA Y SELLO	OBSERVACIONES
1. ANÁLISIS DE LABORATORIO ROCKY MICHAEL CUEVA MONTOYA	APTO	GH & A Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C. Rocky Michael Cueva Montoya BIOLOGO MICROBIOLOGO CBP Nº 9763 / RNBE Nº 0391	
2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA LUZ ELENA SEMPERTIGUE BURGOS	APTO	GH & A Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C. Luz Elena Sempertigue Burgos C.P.S.P. Nº 33137	
3. EVALUACIÓN VISUAL TEOBALDO BARTRA JIMÉNEZ	APTO	RESPONSABLE EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA GH & A Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C. TEOBALDO BARTRA JIMÉNEZ MEDICO CIRUJANO	
4. EVALUACIÓN AUDITIVA TEOBALDO BARTRA JIMÉNEZ	APTO	GH & A Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C. TEOBALDO BARTRA JIMÉNEZ MEDICO CIRUJANO CMP: 32884	
5. EVALUACIÓN CLÍNICA GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ	APTO	GH & A Servicios Médicos Psicosomático S.A.C. Dr. Gino Antony Rodriguez Lopez MEDICO CIRUJANO CMP: 63875	
RESULTADO FINAL	APTO	GH & A Servicios Médicos Psicosomático S.A.C. Dr. Gino Antony Rodriguez Lopez DIRECTOR	

RESTRICCIONES : NINGUNA

OBSERVACION : EVALUACION MEDICA PARA LICENCIA DE CONDUCIR



Firma y Huella Digital del Postulante Evaluado

GH & A Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C.
Dr. Gino Antony Rodriguez Lopez
Director Médico T.O.R.
GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

TARAPOTO - SUC-1

INFORME MÉDICO

Nº DE INFORME : 2024-00322-0001254

FECHA : 3/12/2024

EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 3/12/2024

Fecha de Término : 3/12/2024

Hora de Inicio : 10:27:46

Hora de Término : 13:21:00

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de Documento : DNI

Nº de Documento : 01101779

Apellido Paterno : BENZAQUEN

Apellido Materno : SAJAMI

Nombres : BENI

Fecha de : 3/03/1971 Sexo : MASCULINO Teléfono : 940289268

Dirección : JR. SAN MARTIN S/N C-2 SAN MARTIN/PICOTA/SAN HILARIO

CLASE, CATEGORÍA Y CONDICIÓN DEL POSTULANTE

Clase : A Categoría : A Dos b - 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 (+) (-)

RESULTADO MARIHUANA(+) (-)

GRUPO SANGUÍNEO O FACTOR RH

GRUPO SANGUÍNEO

O

FACTOR RH

POSITIVO

Resultado Final de Análisis de Laboratorio

APTO

Observaciones

Hora Inicio : 10:28

Hora Término : 10:34

GH & A Servicios Médicos
Psicosomáticos S.A.C

Rocky Michael Cueva Montoya

BIÓLOGO MICROBIÓLOGO

CBP N° 9732, RNFE N° 0391

Responsable de Análisis de Laboratorio
ROCKY MICHAEL CUEVA MONTOYA



Firma y huella digital
Postulante

2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

ORGANICIDAD (COMPLETAR DE ACUERDO A EVALUACIÓN REALIZADO)

A. PRUEBAS PSICOMÉTRICAS

TEST DE PALANCA (+) (-)

0/0

REACTÍMETRO (+) (-)

0.37

TEST DE PUNTEO (+) (-)

39/0

B. PRUEBAS

WECHSLER - DISEÑO DE CUBOS (+) (-)

APTO

BENTON FORMA C (+) (-)

INTELIGENCIA (COMPLETAR DE ACUERDO A EVALUACIÓN REALIZADO)

A. TEST DE MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN

RESULTADO (+) (-)

B. TEST DE DOMINOS ANSTEY

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 : 10:40

Hora Término : 11:58

GH & A Servicios Médicos
Psicosomáticos S.A.C.

Luz Elena Sempertigue Burgos

C.P.S.F. N° 33137

RESPONSABLE EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA
Responsable de Evaluación Psicológica
LUZ ELENA SEMPERTIGUE BURGOS



Firma y huella digital
Postulante

3. EVALUACIÓN VISUAL

AGUDEZA VISUAL (VISIÓN LEJANA)

OD

RESULTADO (+) (-)

20

OI

RESULTADO (+) (-)

20

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

20

VISIÓN DE PROFUNDIDAD

OD

RESULTADO (+) (-)

100

OI

RESULTADO (+) (-)

100

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

100

VISIÓN DE COLORES

OD

RESULTADO (+) (-)

100

OI

RESULTADO (+) (-)

100

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

100

BALANCE MUSCULAR

OD

RESULTADO (+) (-)

2

OI

RESULTADO (+) (-)

2

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

2

VISIÓN NOCTURNA

OD

RESULTADO (+) (-)

35

OI

RESULTADO (+) (-)

35

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

35

ENCANDILAMIENTO

OD

RESULTADO (+) (-)

45

OI

RESULTADO (+) (-)

45

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

45

CAMPO VISUAL

OD

RESULTADO (+) (-)

85

OI

RESULTADO (+) (-)

85

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

85

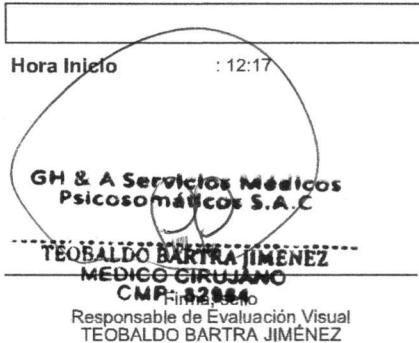
Resultado Final de la Evaluación Visual

APTO

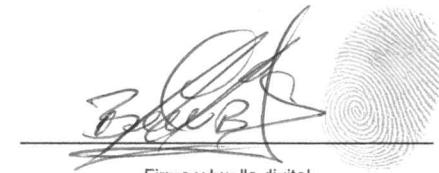
Restricciones

NINGUNA

Observaciones



Hora Término : 12:33



Firma y huella digital
Postulante

4. EVALUACIÓN AUDITIVA

OTOSCOPIA

RESULTADO (+) (-)

APTO

EXAMEN AUDITIVO

A. OIDO DERECHO

RESULTADO (+) (-) (dB)

15

B. OIDO IZQUIERDO

RESULTADO (+) (-) (dB)

15

C. AMBOS OIDOS

RESULTADO (+) (-) (dB)

15

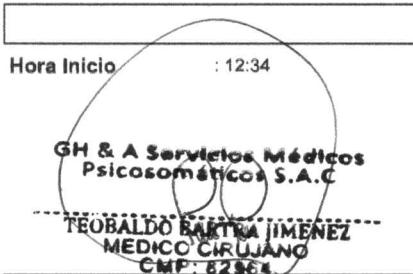
Resultado Final de la Evaluación Auditiva

APTO

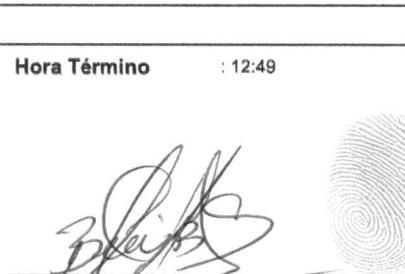
Restricciones

NINGUNA

Observaciones



Firma, sello
Responsable de Evaluación Auditiva
TEOBALDO BARTRA JIMÉNEZ



Firma y huella digital
Postulante

5. EVALUACIÓN CLÍNICA

ANAMNESIS - EXAMEN FÍSICO

RESULTADO (+) (-)

EVALUACION MEDICA PARA LICENCIA DE CONDUCIR

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 NEUROLOGICO

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 OBSERVACION)	NO
CONSUMO MEDICAMENTOS (ESPECIFICAR LOS NOMBRES DE LOS MEDICAMENTOS, LA FRECUENCIA Y DESDE CUANDO LOS USA, ANOTARLO EN OBSERVACIONES))	NO
EXAMEN FÍSICO	
A. ANTROPOMETRÍA	
PESO (KG)	87
TALLA (CM)	171
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	29.75
B. SISTEMA CARDIO-RESPIRATORIO	
PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (MMHG)	124
PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (MMHG)	73
FRECUENCIA RESPIRATORIA EN REPOSO	17
FRECUENCIA DE PULSO EN REPOSO	65
PULSioxIMETRÍA	95
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. INDICE DE MONITOREO DE SOMNOLENCEA (POSTULANTES PROFESIONALES)	
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	29.75
PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA O DIASTÓLICA	124
OROFARINGE CON CLASIFICACIÓN DE MALLAMPALLI	2
PERÍMETRO DEL CUELLO EN CENTÍMETROS	43
ESCALA DE SOMNOLENCEA EPWORTH (VERSIÓN PERUANA MODIFICADA)	09
RONQUIDO INTENSO (ATESTIGUADO POR LA PAREJA O FAMILIARES)	NO

Resultado Final de la Evaluación Clínica

APTO

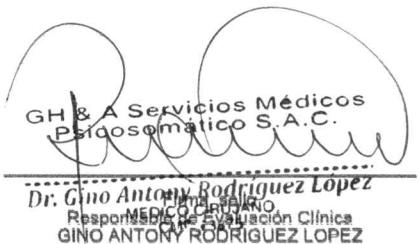
Restricciones

NINGUNA

Observaciones

Hora Inicio : 13:04

Hora Término : 13:21



Dr. Gino Antony Rodriguez Lopez
MEDICO DE CLINICO
Responsable de Evaluación Clínica
GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ



Firma y huella digital
Postulante

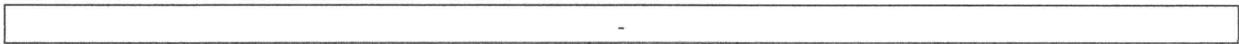
RESULTADO FINAL

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones



Dr. Gino Antony Rodriguez Lopez
Firma, sello o huella digital
MEDICO DE CLINICO
GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ



Firma y huella digital
Postulante

Hora término de la evaluación completa : 01:21 p.m.



Dr. Gino Antony Rodriguez Lopez
MEDICO DE CLINICO
GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ

FICHA DE EVALUACIONES MEDICAS Y PSICOLOGICAS PARA POSTULANTES A LICENCIAS DE CONDUCIR
EVALUACION MEDICA

Fecha de Inicio **03 12 24**
Hora de inicio **10:27 am**
F. EXPED.

Fecha de Termino **03 12 24**
Hora de Termino **10:21 pm**
F. VENC.

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo documento	DNI <input checked="" type="checkbox"/>	C.EXT <input type="checkbox"/>	Nº Documento 01101779
Apellido Paterno	BENZAQUEN		
Nombre	BENI		
Fecha de Nac.	3/03/1971	SEXO M	EDAD 53 N° CELULAR 940289268
Estado Civil	CONVIVIENTE	Grado de Instrucción	SECUNDARIA Ocupacion CONDUTOR
Lugar de Nac.	SAN HILARION		
Nueva	Revalidacion <input checked="" type="checkbox"/>		Recategorizacion <input type="checkbox"/>
No Profesional	Profesional <input checked="" type="checkbox"/>		CATEGORIA A-II-B
Correo	benibenzaquensajami254@gmail.com		
Direccion	JR: MARAÑON 343 - SAN HILARION		



Firma y Huella Digital
del Postulante



HORA **10:28 am**

I. ANALISIS DE LABORATORIO

1. Examen toxicologico

A. Prueba Rapida de Alcoholimetria

Resultados **(+)** Valor **0,00 %**

B. Prueba Rapida para Cocaína, Marihuana y Drogas Sinteticas

Resultado Cocaína	(+)	(-)
Resultados Marihuana	(+)	(-)
Resultados Drogas Sinteticas	(+)	(-)

NegaMvo
NegaMvo
NegaMvo

2. Grupo Sanguineo y Factor RH

Grupo Sanguineo **O** Factor Rh **Pos, Mvo**

Observaciones

Ninguno

RESULTADO FINAL DE ANALISIS DE LABORATORIO

HORA **10:34 am**

APTO



NO APTO




Firma y Huella Digital del Postulante



**GH & A Servicios Médicos
Psicosomáticos S.A.C**

Rocky Michael Cueva Montoya
BIOLOGO MICROBIOLOGO
CBPN 9703 RNBE N° 0391
Firmante Responsable de Analisis
Laboratorio



**FICHA DE REPORTE DE RESULTADOS PARA LICENCIA DE
VEHÍCULOS MAYORES Y MENORES
CATEGORÍAS (A-II, A-III, A-IV), (B-II-C)**

DATOS DEL POSTULANTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	
Benzaguen	Sajami	Beni	
EDAD: 53 años	DNI / CE: 01101779	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> F	
F. NAC.: 03/03/71	OCCUPAC: Conductor	G. INST.: Secundaria	
CATEG: A-II-B	NUEVO: <input type="checkbox"/>	REVALIDACIÓN: <input checked="" type="checkbox"/>	RECATEGORIZACIÓN: <input type="checkbox"/>
FEC. INICIO: 03/12/24	LUG. DE NAC.: San Hilario	ES. CIVIL: Conviviente	
HORA DE INICIO: 10:28 am		HORA DE TERMINO: 10:34 am	

DATOS DE LA PRUEBA

Muestras:

1. Sangre total (Punción capilar)
 2. Saliva
 3. Orina

Exámenes solicitados:

1. Grupo Sanguíneo y factor Rh
 2. Detección de alcohol (alcoholimetría)
 3. Detección de Cocaína (COC)
 4. Detección de Marihuana (THC)
 5. Detección de drogas sintéticas (MDMA)

RESULTADOS DE LOS EXÁMENES

GRUPO SANGUÍNEO	"A"	"B"	"AB"	"O"	X
FACTOR RH	POSITIVO	X	NEGATIVO		
MARIHUANA (THC)					
NIVEL CUT-OFF 300 ng/mL	POSITIVO		NEGATIVO		X
COCAÍNA (COC)					
NIVEL CUT-OFF 300 ng/mL	POSITIVO		NEGATIVO		X
DROGAS SINTÉTICAS (MDMA)	POSITIVO		NEGATIVO		X
ALCOHOL	0.00%	X	OTRO VALOR %		
Valor permisible: Menor a 0.05%					

Firma y Huella
POSTULANTE



**GH & A. Servicios Médicos
Psicosomáticos S.A.C**

II. EVALUACION PSICOLOGICA

HORA INICIO

10:40.am

ANAMNESIS:

MOTIVO DE EVALUACION :

Licencia de conducir

Experiencia conducir

20 años

Nº Infracciones

2

Tipo infracciones

Leve

Grave

Muy Grave

Nº Accidentes

Alto

Antecedentes Psicopatologicos

Personales:		Familiares:	
Consumo de farmacos	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tipo _____ Tiempo _____
Otras sustancias	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo _____ Cantidad _____
Problemas del sueño:	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Insomnio Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Apnea del sueño Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Convulsiones	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Desmayos Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Perdida de conciencias Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cansancio y fatiga	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
Has recibido algun tratamiento psiquiatrico o psicologico anteriormente			
Has sufrido usted de alteraciones graves del estado de animo			
Cuantas horas trabaja manejando al dia		7 horas	

GH & A Servicios Medicos
Psicosomaticos S.A.C.

Luz Elena Semperague Burgos

C.P.S. P. N° 33137

Firma _____
RESPONSABLE EVALUACION PSICOPATOLOGICA
Evaluacion Psicologica


Firma y Huella Digital del Postulante


FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA EVALUACION

FIRMA DEL POSTULANTE

1. Organicidad (Completar A o B de acuerdo a evaluacion realizada)

A. Equipo Psicosensometrico

- Test de Palanca
- Test de Reactimetro
- Test de Punteo

QO
0-37
39/0

(+)	(-)	(Profesional)
(+)	(-)	(Profesional)
(+)	(-)	(Profesional)

B. Pruebas o Sub Test

- Diseño de Cubos (Weschler)
- Benton forma C

APTO

(+)	(-)	No
(+)	(-)	profesional/p
		rofesional

2. Inteligencia (Completar A o B de acuerdo a evaluacion realizada)

- A. Test Matrices Prog. de RAVEN
- B. Test de Dominos Anstey
- c. Test de Otis (Abreviado)

APTO

(+)	(-)	No
(+)	(-)	Profesional/p
(+)	(-)	rofesional

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

- A. Test Proy. Karen Machover
- B. NPF o Test de los 4 Temperamentos
- C. Inventario personalidad Eysenck

APTO
APTO

(+)	(-)	No
(+)	(-)	Profesional/p
(+)	(-)	rofesional

4. Rasgos Psicopatologicos (Completar A mas B,C o D de acuerdo a Evaluacion realizada)

A. Test de AUDIT

APTO

(+) (+)

B. Inventario de 90 sintomas -SCL -90-R

APTO

(+) (-)

C. Cuestionario de inventario de cambios de personalidad Neurologicas (Nechapi)

APTO

(+) (-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION PSICOLOGICA

HORA TERMINO

11:58:am

APTO

NO APTO

OBSERVACIONES

Ninguna

GH & A Servicios Médicos
Psicosomáticos S.A.C.
Luz Elena Sempertegui Burgos
C.P.S. P. N° 33137
Firma, seña respectiva o huella digital
Evaluacion Psicologica


Firma y Huella Digital del
Postulante



Nombre: Benzaquen Sajami Beni

DNI: 01101779

Sexo: Masculino

Edad: 53 años. (3/03/1971)

Grupo sanguíneo: 0 +

Estado civil: casado

Estudios: Secundarios

Domicilio: Jr: Maraño # 343 - San Hilarion

Usa lente óptico: No
Usa lente de contacto: No
Usa audífono: No

3/12/2024 - Licencia: AlIB (Profesional) - Trámite: - RESULTADO: APROBADO

Test de reactividad simple

Prueba #1: 0.32 Segundos (Muy rápido)

Prueba #2: 0.34 Segundos (Rápido)

Prueba #3: 0.32 Segundos (Muy rápido)

Prueba #4: 0.31 Segundos (Muy rápido)

Prueba #5: 0.68 Segundos (Muy Lento)

Prueba #6: 0.32 Segundos (Muy rápido)

Prueba #7: 0.31 Segundos (Muy rápido)

Prueba #8: 0.33 Segundos (Muy rápido)

Prueba #9: 0.40 Segundos (Medio lento)

Prueba #10: 0.35 Segundos (Rápido)

Resultado: APROBADO Promedio: 0.37 Segundos*Responsable de este examen: Administrador***Test de palancas**

Tiempo de error: 0.00 (Aprobado)

Cantidad de errores: 0 (Aprobado)

Tiempo de examen: 8.00 (Aprobado)

Resultado: APROBADO*Responsable de este examen: Administrador***Test de puntuado**

Cantidad de errores: 0 (Aprobado)

Cantidad de aciertos: 39 (Aprobado)

Tiempo de acierto: 4.27 (Aprobado)

Resultado: APROBADO*Responsable de este examen: Administrador*

Conclusiones: APTO

Recomendaciones: NINGUNA

GH & A Servicios Médicos
Psicosomáticos S.A.C.Llu: Elena Sumperique Burgos
C.F.E.P. N° 33137

RESPONSABLE EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA

FIRMA DEL EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO

Pagina N° 1




TRVB - Test de Retención Visual de Benton

Hoja de anotación

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Beni Bentz Burgos S.S. 8.001 D.N.I.: 01101779

EDAD: 53 FECHA DE NACIMIENTO: 03-03-71 LUGAR NAC: 360 H. 1.8.10.2

SEXO: Hombre ESTADO CIVIL: Casado GRADO DE INSTRUCCIÓN: 5^{to} SECUNDARIA

OCCUPACIÓN: CONDUCTOR CATEGORIA: 6 IIB Roca

MOTIVO DEL EXAMEN: Licencia D. CONDUZIR FECHA DE EXAMEN: 03-12-26

DIRECCIÓN: LR. MIGRACIÓN 343

TELÉFONO: 940289768 NIVEL DE INTELIGENCIA (Conocido o estimado):

HORA INICIO: 10:42am HORA TERMINO: 10:52am EXAMINADO POR:

LAMINA	Reproducción correcta	VALORACION DE ERRORES						TOTAL ERRORES	
		Omisión	Distorsión	Perseveración	Rotación	Desplazamiento	Tamaño	Derecha	Izquierda
I	/			GHA Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C. Luz Elena Semperitique Burgos C.P.S.P. N° 33157 RESPONSABLE EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA					
II	/								
III	/								
IV	/								
V	/								
VI	/	N O R M A C							
VII	/								
VIII	/								
IX	/								
X	/								
TOTALES	10								
TOTAL ERRORES:									

REPRODUCCIONES CORRECTAS: «ESPERADAS» 10 OBTENIDAS 10 DIFERENCIA 0

VALORACION DE ERRORES: «ESPERADAS» 0 OBTENIDA 0 DIFERENCIA 0



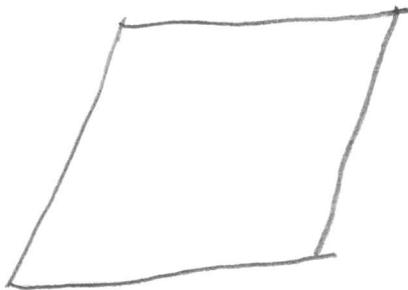
DIAGNOSTICO:

No Sígnos orgánicos

NOMBRE: Benito Benítez Avon S. ^{de}

FECHA: 03. 12. 24

DNI: 01101779



FECHA NAC: 03-03-71

SEXO: M.

EDAD: 53 años

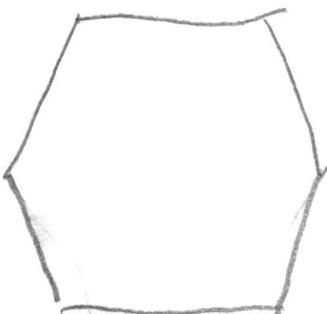
ESTADO CIVIL: CONJUNIONES

GRADO INST: ^{5º} "SECONDARY"

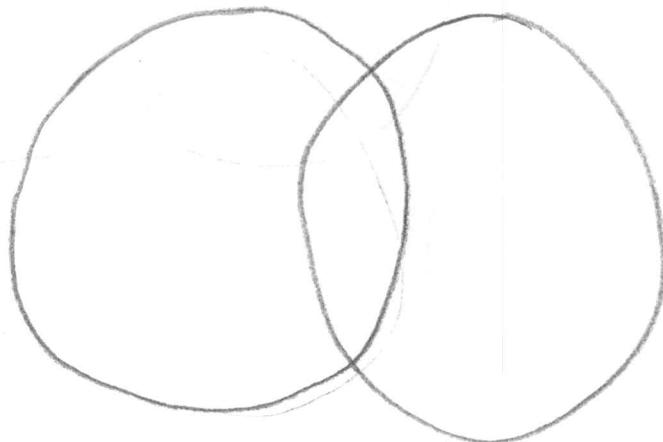
OCCUP: CONDUCTOR

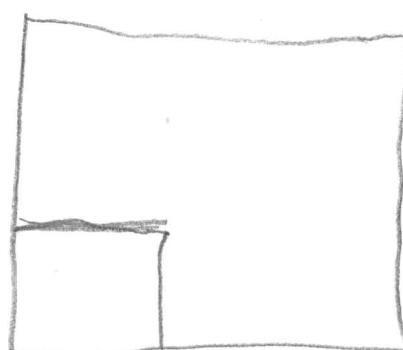
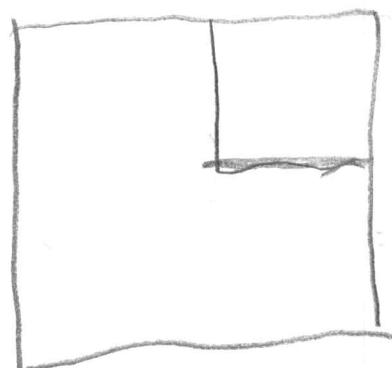
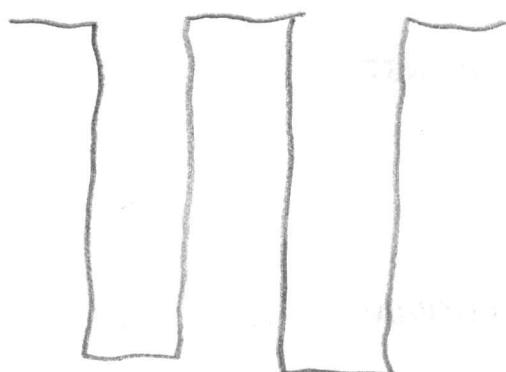
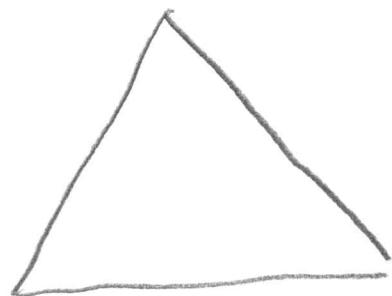
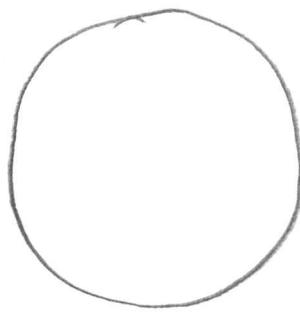
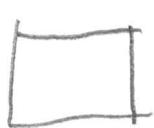
CATEGORIA: A II B. ROUE

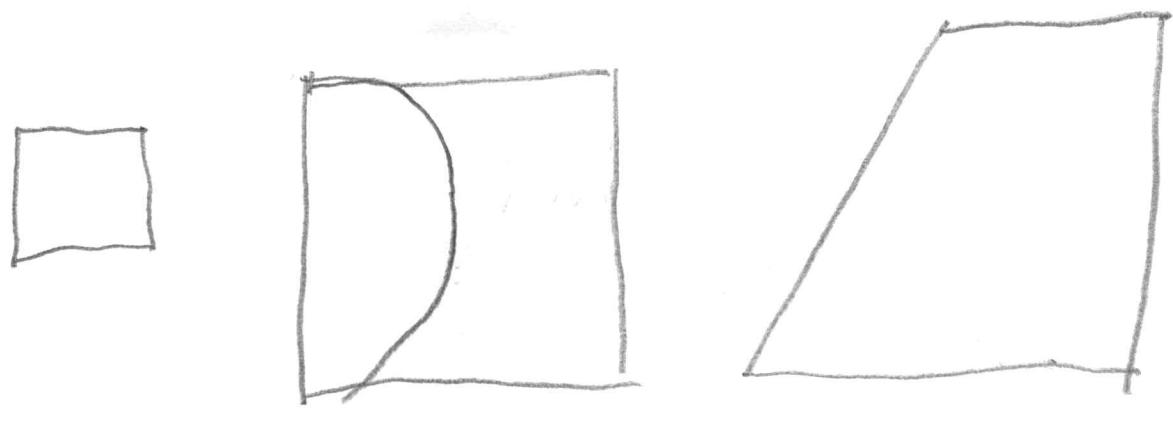
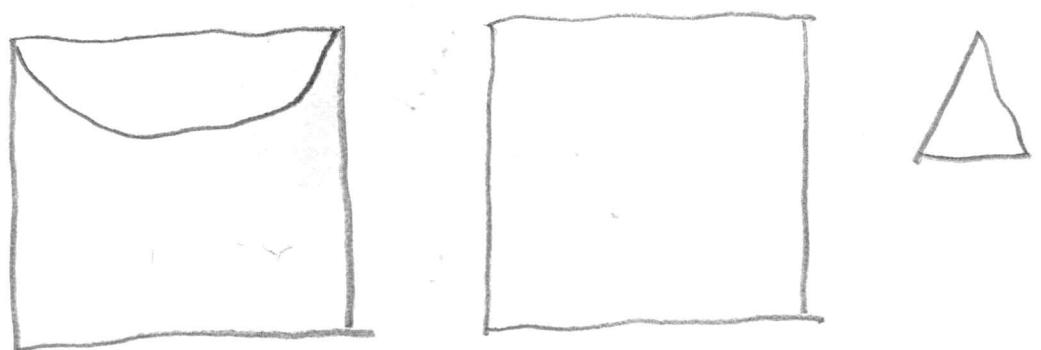
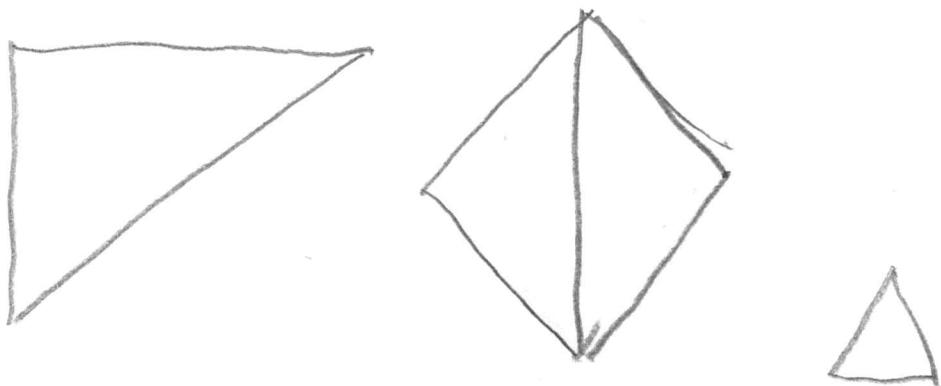
LUGAR DE NAC: SANTO DOMINGO

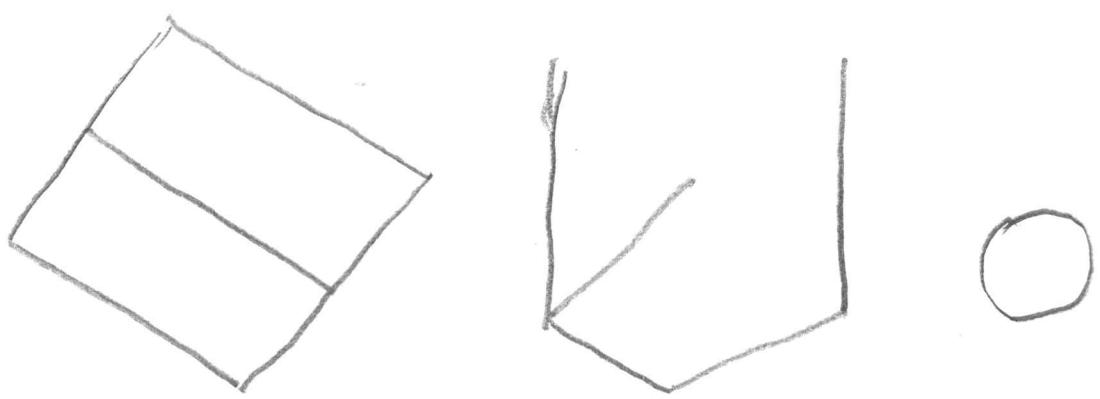


GH & A SERVICIOS MÉDICOS
Psicosomáticos S.A.C.
Luz Elena Sempertegui Burgos
P.S. P.Nº 33137
RESPONSABLE EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA







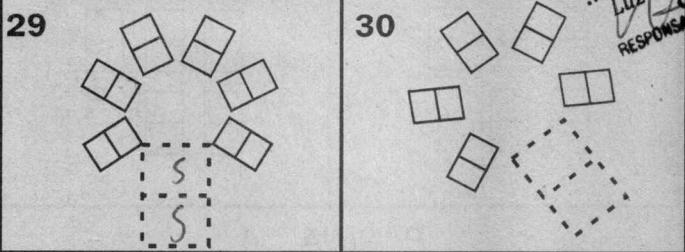
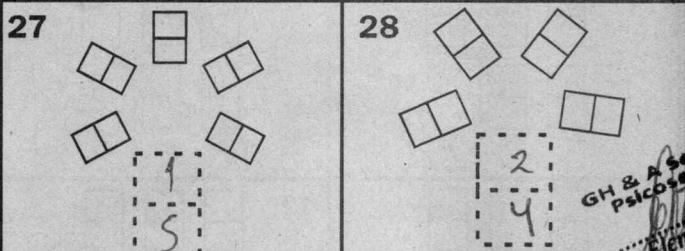
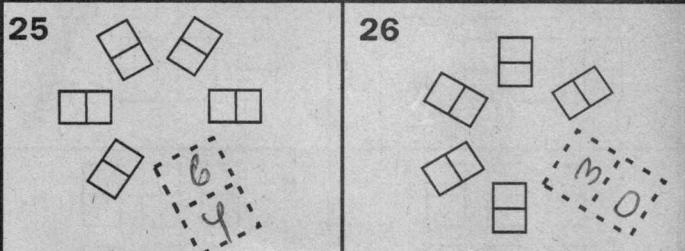


Test de Dominos (Anstey)

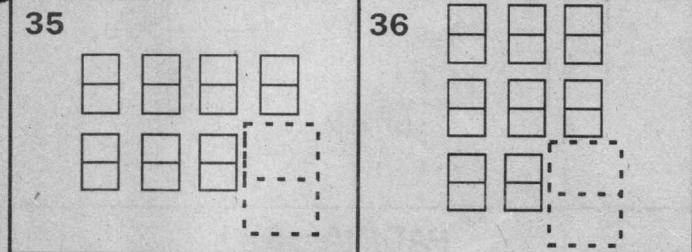
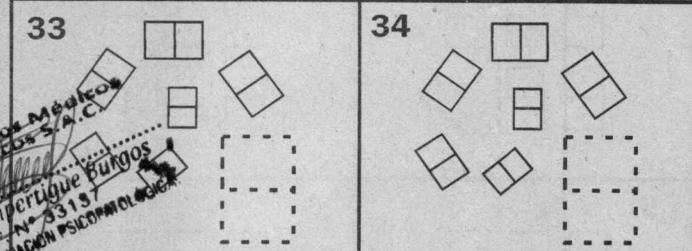
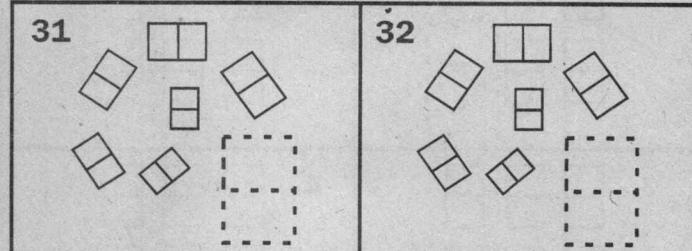
D.N.I. 01101779

Nombre: BENI BEZQUEN Segui		Fecha de hoy: 03 12 24	Día Mes Año	PD 29
Fecha de Nacimiento: 03 03 71		Escolaridad: 5º G. Instrucción: SECUNDARIA	Estado Civil: Casado	Edad: 53
Sexo: M F	Lugar de Nacimiento: SANTO DOMINGO	Ocupación: CONDUCTOR	Rango	
Motivo del Examen: Licencia conducir			Categoría: D II B R05	
Dirección: LRI MARÍA 343				
Teléfono: 940 28 92 68		Hora Inicio: 10:53 am	Hora Terminó: 11:08 am	
Administración: Individual <input type="radio"/> Colectiva <input checked="" type="checkbox"/> Test <input type="radio"/> Retest <input type="radio"/> Diagnóstico: Manual del Jérmino Medio				

PAGINA 5

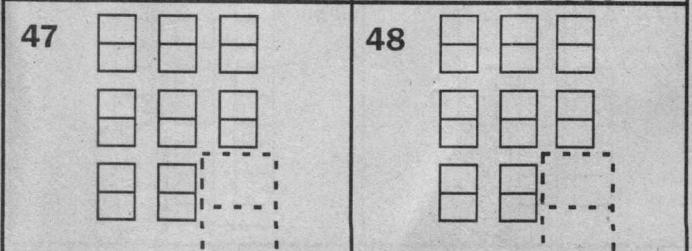
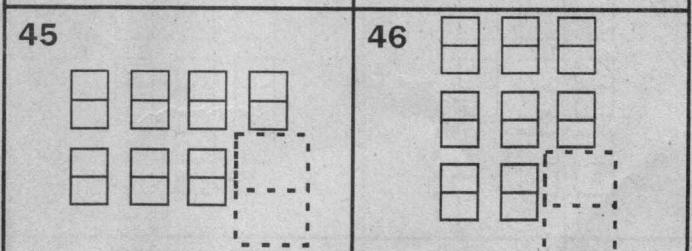
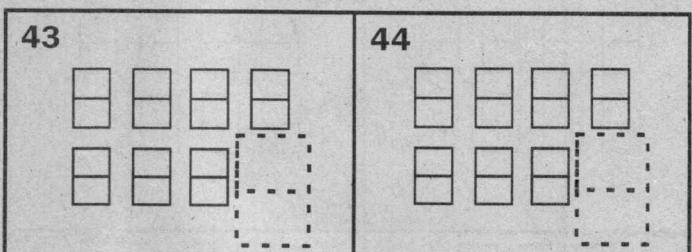


PAGINA 6



PAGINA 7

PAGINA 8



Hoja de Respuestas

EJEMPLOS

A

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

B

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

C

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

D

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

PAGINA 1

1	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
2	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
3	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
4	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
5	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
6	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

PAGINA 2

7	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
8	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
9	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
10	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
11	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
12	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

PAGINA 3

13	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
14	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
15	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
16	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
17	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
18	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

PAGINA 4

19	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
20	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
21	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
22	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
23	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
24	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

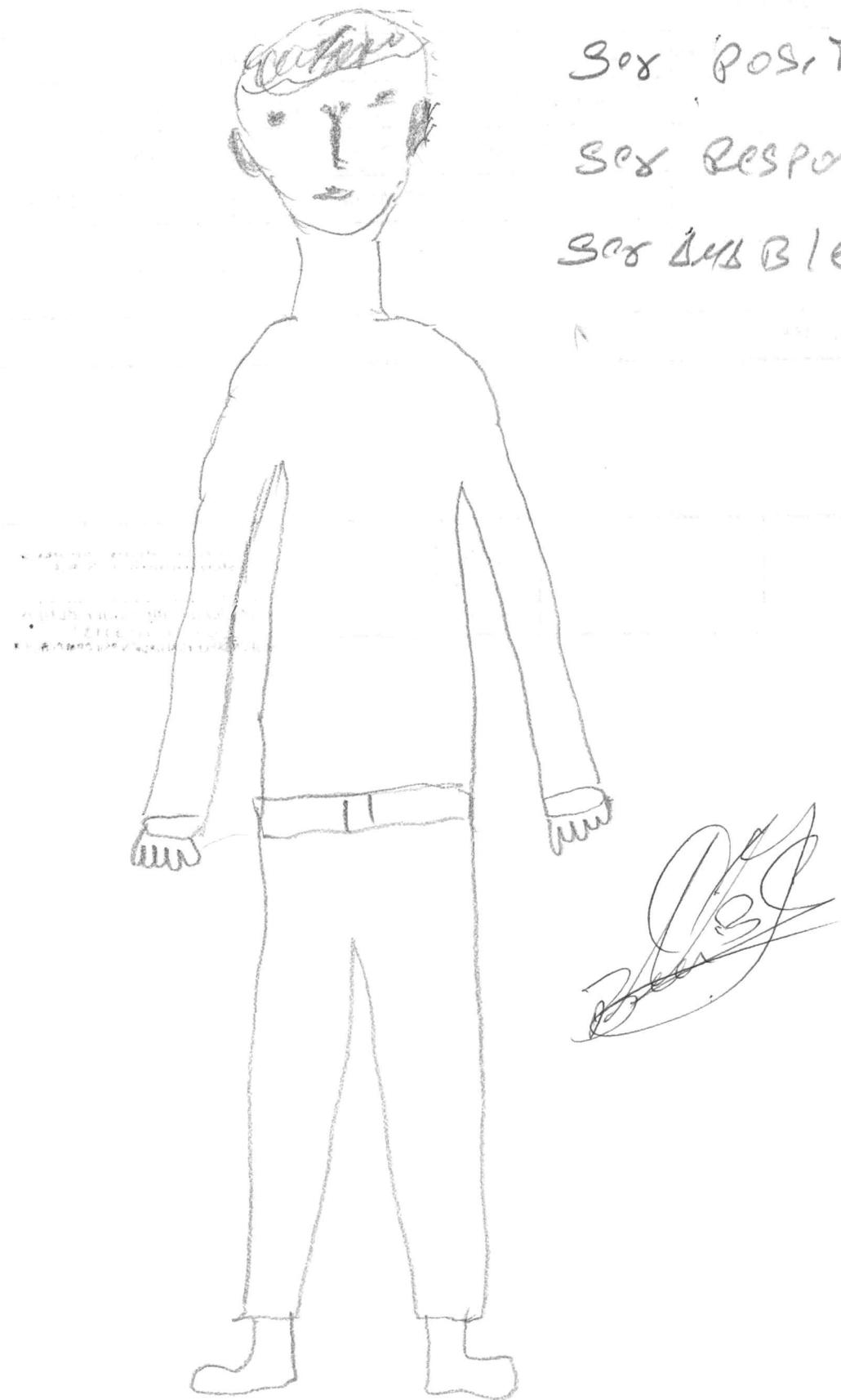


TEST DE LA FIGURA HUMANA - MACHOVER

NOMBRE y APELLIDO		BENI BENITO OON SABER,						
EDAD	53 años	DNI	01100779	FECHA DE NAC.	03	03	71	
SEXO	M	F	GRADO INST.	5TO SECUNDARIA	OCUPACION	CONDUCTOR		
ESTADO CIVIL	CONVIVIENTE	CATEGORIA	LCI B		Fecha Evaluacion	03	12	29
TIPO DE EVALUACION	NUEVO		REVALIDACION	X	RECATEGORIZACION			
LUGAR DE NACIMIENTO	SAN MIGUEL DE ALLENDE							
HORA DE INICIO	11:09 am							
HORA DE TERMINO	11:14 am							

FIRMA POSTULANTE			
GH & A Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C.			
Luz Elena Sempertigue Burgos C.P.S.P. N° 33137			
RESPONSABLE EVALUACIÓN PSICOPATOLOGICA			

Sex pos. Two
sex responsive
sex desire.



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

NOMBRES Y APELLIDOS: *Bonie Bonita Dopen 28/8/84* D.N.I.: *01101779*
 EDAD: *53* FECHA DE NACIMIENTO: *03/03/71* LUGAR NAC: *350/10/1800*
 SEXO: *M* ESTADO CIVIL: *CONVIVENCIA* GRADO DE INSTRUCCIÓN: *5º SECUNDARIA*
 OCUPACIÓN: *CONDUCIR* CATEGORIA: *831 B RODA*
 MOTIVO: *LOCUCIS CONDUCIR* FECHA DE EXAMEN: *03/12/24*
 DIRECCION: *59: 4388000 393*
 TELEFONO: *940289268*
 HORA INICIO: *11:15 am* HORA TERMINO: *11:25 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	45.	<input checked="" type="radio"/>	<input 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	28.	<input type="radio"/>	<input checked="" 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 type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	49.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
12.	<input type="radio"/>	<input checked="" 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	36.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	55.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	<input 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"/>

N:

6

E:

17

L:

4

DIAGNOSTICO:

Altamente estable extrovertido

GHA Servicios Médicos
Psicosomáticos S.A.C.

Blanca Pérez

Luz Elisa Semperitiqui

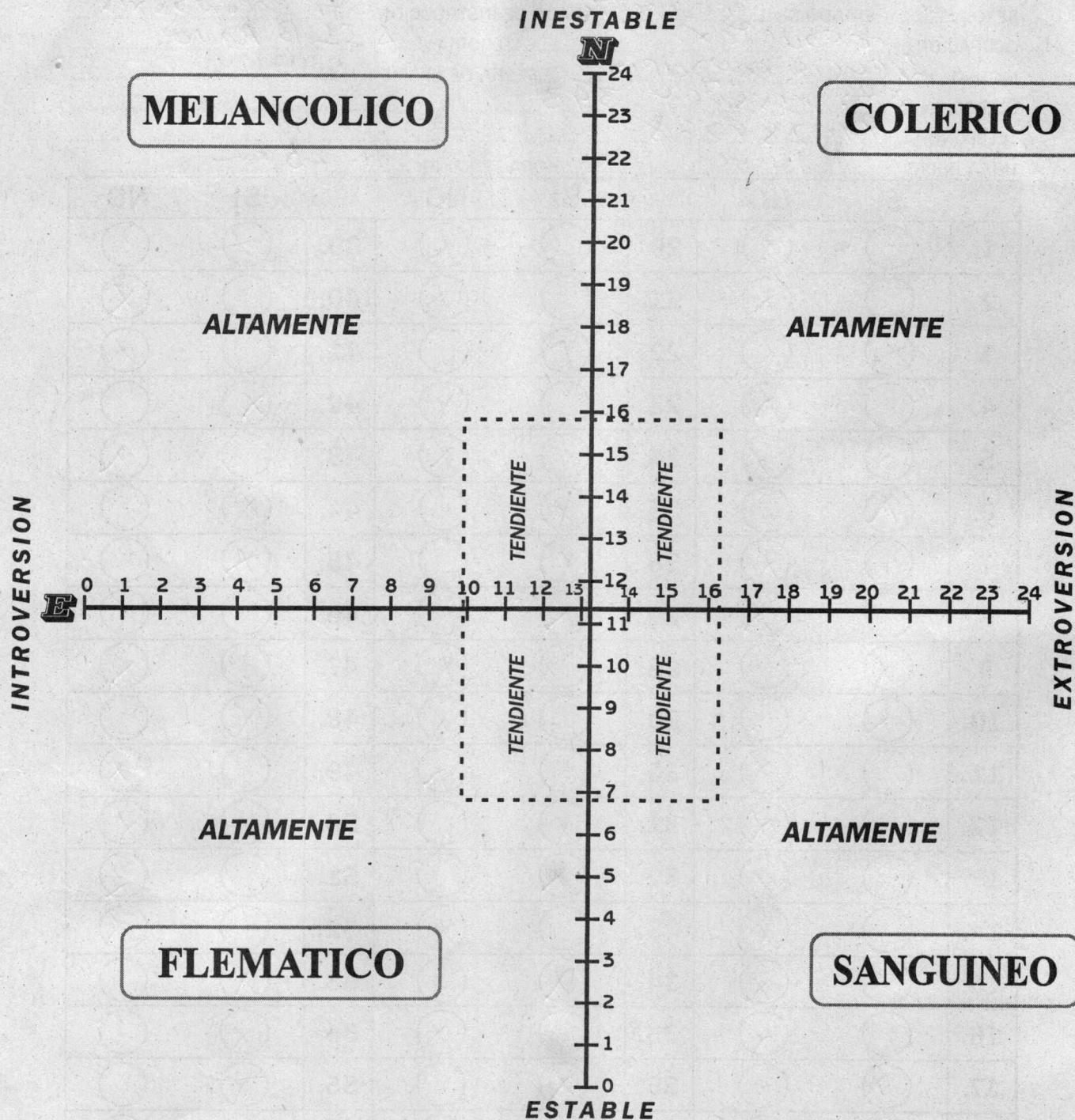
C.P.P. N° 331

RESPONSABLE EVALUACION PSICOPATOLÓGICA

TABLA DE CALIFICACION EYSENCK & EYSENCK

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

$$\begin{aligned} E &= \{ X=13.24 \text{ D.S.=3.10}(10.14 - 16.34) \\ N &= \{ X=11.34 \text{ D.S.=4.44}(6.90 - 15.78) \end{aligned}$$



DIAGNOSTICO:

.....

Fecha: 02/12/24

TEST DE ALCOHOLISMO (TEST AUDIT)

HORA INICIO 11:26 am

HORA TERMINO 11:38 am

Nombre: Benito Benítez Serrano
DNI: 03.101.779 F.NAC: 03.03.71
LUGAR NAC. Benito Benítez Serrano

Edad: 53 SEXO M F
G. INSTRUCCIÓN 5º Secundaria
EST. CIVIL Conviviente
OCCUPACION: conductor
CATEGORIA A 33 B R.R.

Instrucciones: A continuación, se muestra un test con 10 apartados. Cada respuesta puntuá de 0 a 4 puntos, que coincide con el número que hay antes de la contestación elegida. Mientras realiza el test, ha de sumar los puntos

correspondientes a cada pregunta que elija. Intente responder el test de forma sincera, es a usted mismo a quien ayuda con su propia sinceridad.

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 mas veces a la semana

1

2. ¿Cuántos TRAGOS de alcohol suele tomar en un día de consumo normal?

1 ó 2

3 ó 4

5 ó 6

7, 8 ó 9

10 ó mas

0

3. ¿Con que frecuencia toma 5 ó mas TRAGOS en un solo día?

Nunca

Menos de una vez al mes

Mensualmente

Semanalmente

A diario ó casi a diario

1

Hombres 0 a 4 puntos
Mujeres 0 a 3 puntos

Consumo de bajo riesgo

Termine acá la evaluación y realice una intervención mínima

Hombres 5 puntos a mas
Mujeres 4 puntos a mas

Consumo de riesgo

Continúe con las preguntas 4 a 10

Puntaje:
AUDIT-C

2

Suma del puntaje de la pregunta 1 a 3

4. ¿En el curso del ultimo 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 ó casi a diario

0

5. ¿En el curso del ultimo año ¿Con que frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

Nunca

Menos de una vez al mes

Mensualmente

Semanalmente

A diario ó casi a diario

0

6. ¿En el curso del ultimo 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 ó casi a diario

0

7. ¿En el curso del ultimo año ¿Con que frecuencia ha tenido remordimientos o sentimiento de culpa después de beber?

Nunca

Menos de una vez al mes

Mensualmente

Semanalmente

A diario ó casi a diario

0

8. ¿En el curso del ultimo año ¿Con que frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

Nunca

Menos de una vez al mes

Mensualmente

A diario ó casi a diario

0

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

Nunca

Menos de una vez al mes

Mensualmente

Semanalmente

A diario ó casi a diario

0

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

0 a 7 puntos

8 a 15 puntos

16 puntos a mas

Nunca

Menos de una vez al mes

Mensualmente

Semanalmente

A diario ó casi a diario

0

Consumo de bajo riesgo

Consumo de bajo riesgo

Possible consumo
Problema o dependencia

Realice una intervención mínima

Realice una intervención breve

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

Puntaje AUDIT

suma del puntaje de la pregunta 1 a 10

GH & A Servicios Médicos
Psicosomáticos S.A.C.

Luz Elena Sempere de Burgos
C.F.S.P. N° 33137
RESPONSABLE DE LA ASOCIACIÓN TERAPEUTICA
y psicosomática

Firma y huella del
Pacientes

Resultados:

TM: No Riesgo

SCL-90-R

L. R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999.

Nombre: BENI BONITA QUINTA SABUER

Edad: 53 años

Fecha de hoy: 03-12-24

DNI: 01101119

Fecha de nacimiento: 03 - 03 - 71

CATEGORIA: AZB R0VA

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

<input type="radio"/> Mujer	<input checked="" type="radio"/> Varón
-----------------------------	--

Educación:

<input type="radio"/> Primaria incompleto	<input type="radio"/> Secundaria Incompleto	<input type="radio"/> Terciario Incompleto	<input type="radio"/> Universitario Incompleto
<input type="radio"/> Primaria completo	<input checked="" type="radio"/> Secundaria Completo	<input type="radio"/> Terciario Completo	<input type="radio"/> Universitario Completo

Estado civil:

<input type="radio"/> Soltero	<input type="radio"/> Divorciado	<input type="radio"/> Viudo/a
<input type="radio"/> Casado	<input type="radio"/> Separado	<input checked="" type="radio"/> Conviviente

Ocupación: CONDUCTOR

Lugar de nacimiento: San Alfonso

Lugar de residencia actual: Av: Alfonso 343 esq. 111810

A continuación, le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

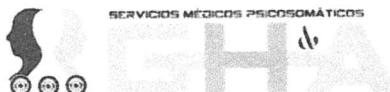
No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

HoradeTermino = 11:58 am

NADA	MUY POCO	POCO	BASTANTE	MUCHO
------	----------	------	----------	-------

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

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



Hoja para el cálculo de los puntares

- 1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.
 - 2) Sumar los valores asignados a cada ítem y dividir ese total por el número de ítems respondidos.
 - 3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T normalizadas. usando tabla.
 - 4) Se considera indicativa de una persona EN RIESGO toda puntuación T normalizada igual o superior a 63.

1) SOMATIZACIONES (12 items)

1...40.120.27.040.042.048.049.052.053.056.058. → Total 01 promedio 0.08 N° resp. 12 SO

2) OBSESIONES Y COMPULSIONES (10 ítems)

39. 9. 10. 11. 28. 38. 45. 46. 51. 55. 65. → Total 01 promedio 0.1 N° resp. 10 OBS.

3) SENSITIVIDAD INTERPERSONAL (9 ítems)

6.19 21.00 34.06 37.01 41.01 51.09 57.30 ----- →

| | | |
|---------|---|---------------|
| Total | 0 | promedio
0 |
| Nº resp | 9 | |

4) DEPRESIÓN (13 ítems)

5.614.915.20.022.026.029.030.031.032.034.031.039.0 →

| | | |
|----------|----|----------|
| Total | 0 | promedio |
| Nº resp. | 13 | 0 |

 DEP

5) ANSIEDAD (10 ítems)

2. 17. 23. 33. 39. 57. 72. 78. 80. 86.

6) HOSTILIDAD (6 ítems)

11. 24. 63. 67. 74. 81. - - - - - →

| | | |
|----------|---|----------|
| Total | 0 | promedio |
| Nº resp. | 6 | 0 |

7) ANSIEDAD FÓBICA (7 ítems)

13. 25. 47. 50. 70. 75. 82. - - - →

| | | |
|----------|---|----------|
| Total | 0 | promedio |
| Nº resp. | 3 | 0 |

 FOB

8) IDEACIÓN PARANOIDE (6 ítems)

8. Q. 18. 043. 068. 076. 083. 0 - - - - - → Total 0 promedio P

9) PSICOTICISMO (10 items)

7. 16. 35. 62. 77. 84. 85. 87. 88. 90. - - → Total 0 promedio 0 N° resp. 10 PSIC

ITEMES ADICIONAIS (7 items)

ARTÍCULOS ADICIONALES (7 ítems)
19. 0.44.....59.....60.....64.066.42890..... → N° resp. 7 0

| | | | | | |
|----------------------------|--------|-------------------------|---------------------------|------|-----|
| INDICE DE SEVERIDAD GLOBAL | -----> | $\Sigma = \text{total}$ | nº respuestas contestadas | 0.07 | IGS |
| | | 21 | 90 | | |

TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS ----- 2 TSP

INDICE MALESTAR SINTOMÁTICO POSITIVO ----- →

| | | |
|-----------|----|---|
| Σ "total" | SP | 1 |
| 212 | | 1 |

 IMSP

RESULTADOS DE EVALUACION SCL-90-R

| | T | |
|--|----|---|
| Indice de severidad global (IGS) | 36 | No presenta desordenes psicopatológicos |
| Total de síntomas positivos (TSP) | 30 | No presenta malestar |
| Indice de malestar sintomático positivo (IMSP) | 30 | No finge enfermedad |
| Somatizaciones | 40 | Normal |
| Obsesiones, Compulsiones | 30 | Normal |
| sens. Interpersonal | 30 | Normal |
| Depresión | 30 | Normal |
| Ansiedad | 30 | Normal |
| Hostilidad | 30 | Normal |
| Ansiedad fóbica | 30 | Normal |
| Ideación paranoídes | 30 | Normal |
| Psicoticismo | 30 | Normal |

RESULTADOS

APTO 

NO APTO 

GH & A Servicios Médicos
Psicosomáticos S.A.C.
Luz Elena Semperitique Burgos
C.P.S.F. N° 33137
RESPONSABLE EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA
Evaluador

Firma y huella
del postulante



III. EVALUACION VISUAL

HORA INICIO

12:17 pm

1. Agudeza Visual (Vision Lejana)

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

AMBOS OJOS

20/20

2. Vision de Profundidad

Resultados

OD **100** OI **100** **+** (+) (-)

3. Vision de colores

Resultados

OD **100** OI **100** **+** (+) (-)

4. Balance Muscular

Resultados

OD **2** OI **2** **+** (+) (-)

5. Vision Nocturna

Resultados

OD **35** OI **35** **+** (+) (-)

6. Encandilamiento

Resultados

OD **45** OI **45** **+** (+) (-)

7. Campo Visual

Resultados

OD **85** OI **85** **+** (+) (-)

RESULTADO DE LA EVALUACION VISUAL

APTO

X

NO APTO

OBSERVACIONES

Ninguna



GH & A Servicios Médicos
Psicosomáticos S.A.C.
TECBALDO BARTRA MÉNDEZ
MEDICO CIRUJANO
CNP: 82964

Firma , Sello Responsable de
Evaluacion Visual

HORA TERMINO

12:33 pm

Firma y Huella Digital del Postulante



HORA INICIO

12:17 pm

Nombre: Benzaquen Sajami Beni
 DNI: 01101779
 Sexo: Masculino
 Edad: 53 años. (3/03/1971)
 Grupo sanguíneo: 0 +
 Estado civil: conviviente
 Estudios: Secundarios
 Domicilio: Jr: Marañon # 343 - San Hilarion

Usa lente óptico: No
 Usa lente de contacto: No
 Usa audifono: No

3/12/2024 - Licencia: AlIB (Profesional) - Trámite: Revalidación - RESULTADO: APROBADO

Test de visión y audición

| | | | |
|---------------------------|---------------------|--------------------------------|----------|
| Agudeza visual | Vision binocular | Hasta linea #7 (20/20) | Aprobado |
| | Ojo izquierdo | Hasta linea #7 (20/20) | Aprobado |
| | Ojo derecho | Hasta linea #7 (20/20) | Aprobado |
| Apreciación de distancia | | 100% de aciertos | Aprobado |
| Discriminación de colores | | 100% de aciertos. | Aprobado |
| Foria visual | Foria Horizontal | Dentro de lo normal | Aprobado |
| | Foria Vertical | Dentro de lo normal | Aprobado |
| Vision nocturna | | Reconoce figuras a 35 candelas | Aprobado |
| Vision encandilada | | Reconoce figura a 45 candelas | Aprobado |
| Recup. de encandilamiento | | 02:59 segundos. | Aprobado |
| Test de perimetria | Ojo izquierdo | Hasta 85 grados | Aprobado |
| | Ojo derecho | Hasta 85 grados | Aprobado |
| | Perimetria Vertical | Hasta 70 grados | Aprobado |

Observaciones:

SIN RESTRICCIONES.

Resultado: APROBADO

Responsable de este examen: Administrador

Conclusiones: APTO

Recomendaciones: NINGUNA.

HORA TERMINO

12:33 pm

GH & A Servicios Médicos
Psicosomáticos S.A.C

TEOBALDO BARTRA JIMÉNEZ
MEDICO CIRUJANO
CNP: 82964

FIRMA DEL EVALUADOR



FIRMA DEL EVALUADO
Página N° 1

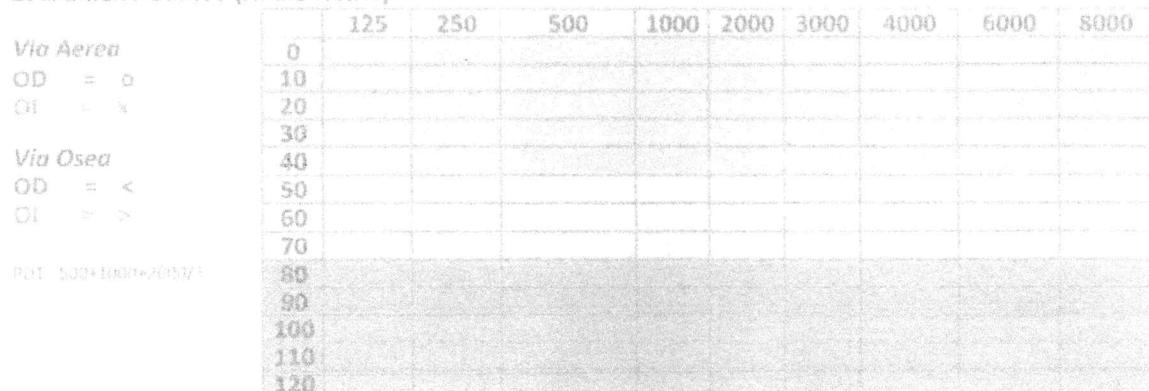
IV. EVALUACION AUDITIVA

HORA INICIO

12:34 pm

1. Otoscopia Con Aud.Ext.
TimpanoOD +
OD +OI + (+) (-)
OI + (+) (-)

2. Examen Auditivo (Audiometria)



Frecuencia (Hz)

Oido Derecho
Oido Izquierdo
Ambos Oidos15 dB
15 dB
15 dBPerdida Auditiva
NO

APTO



NO APTO



OBSERVACIONES

Ninguno

HORA TERMINO

12:49 pm



Firma y Huella Digital del Postulante

FICHA DE EVALUACION AUDIOMÉTRICA PARA TRABAJADORES Y CONDUCTORES

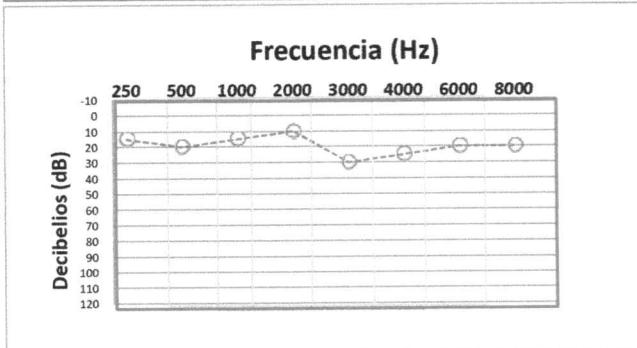


| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|----|-----------------------|--------|----------------------------|-------------|---------------------|---------|------------------|-----------|------------------|----------|
| NOMBRE Y APELLIDOS | | BENI BENZAQUEN SAJAMI | | | | | | | | Fecha de examen | |
| Fecha del nacimiento | | 3/03/1971 | EXAMEN | LICENCIA DE CONDUCIR | X | Periódica | | Retiro | | Otro | |
| GRADO INSTRUCCIÓN | | SECUNDARIA | | EMPRESA | | | | | | DNI | 01101779 |
| EDAD | 53 | SEXO | M | CATEGORIA | A-II-B | TIPO DE EVALUACION: | NUEVO | REVALIDACION | X | RECATEGORIZACION | |
| HORA DE INICIO: | | 12.34 pm ESTADO CIVIL | | | CONVIVIENTE | OCCUPACION | | | CONDUCTOR | | |
| Uso de protectores auditivos | | | | Tapones | | | NO | Orejeras | | | NO |
| Apreciación del ruido | | | | Ruido muy intenso | NO | Ruido moderado | NO | Ruido no molesto | NO | | |
| ANTECEDENTES RELACIONADOS | | 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: | | CON.
AUD. EXTER | OD | NORMAL | OI | NORMAL | TIMPANO | OD | NORMAL | OI | NORMAL |

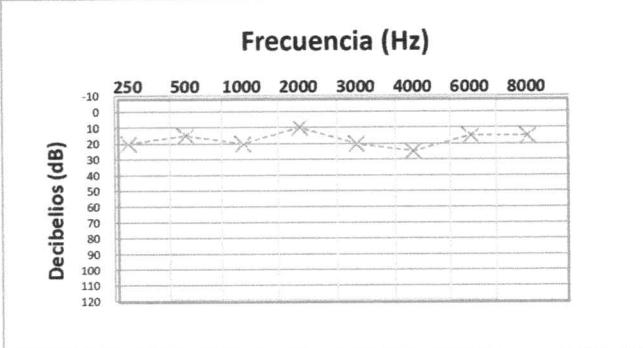
AUDIOGRAMA

| | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|----------|-----|-----|------|------|------|------|------|------|
| OD Aéreo | 15 | 20 | 15 | 10 | 30 | 25 | 20 | 20 |
| OD Óseo | | | | | | | | |

| | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|----------|-----|-----|------|------|------|------|------|------|
| OI Aéreo | 20 | 15 | 20 | 10 | 20 | 25 | 15 | 15 |
| OI Óseo | | | | | | | | |



PTP 15



PTP 15

CONCLUSIONES: 15 dB - NORMOACUSIA

RECOMENDACIONES: NINGUNA

paciente




Firma de Postulante

HORA TERMINO: 12.49 pm

- : Vía aérea del OI
- × : Vía aérea del OI
- [] : Vía ósea del OI (OI enmascarado)
- [] : Vía ósea del OI (OI enmascarado)
- [] : Vía ósea del OI (sin enmascarar OI)
- [] : Vía ósea del OI (sin enmascarar OI)
- △ : Vía aérea del OI con OI enmascarado
- : Vía aérea del OI con OI enmascarado
- ▽ : Umbral de disconfort.
- ↓ : Ausencia de umbral.

GHA Servicios Médicos
Psicosomáticos S.A.C

ROBALDO BARTRA JIMÉNEZ
MEDICO CIRUJANO
C.M.P.: 82964

Sello y Firma del Profesional

V. EVALUACION CLINICA

1. Anamnesis

Motivo: *Evaluación Muestra para licencia de conducir*

HORA INICIO

01:04:pm

2. Enfermedad Actual

Tiempo de enfermedad: — Forma inicio: — Curso: —

Sintomas principales:

Almares pleura

3. Antecedentes Personales

A. Sistema Cardio-Respiratorio

| | SI | NO | OBSERVACIONES |
|--|----|----|---------------|
| Insuficiencia Cardiaca | | / | |
| Trastornos del ritmo | | / | |
| Marcapasos y desfibrilador automatico implantable | | / | |
| Protesis valvulares cardiacas | | / | |
| Cardiopatia Isquemica | | / | |
| Hipertension Arterial | | / | |
| Aneurisma de grandes vasos | | / | |
| Arteriopatia periferica | | / | |
| Enfermedad venosa | | / | |
| Disnea | | / | |
| Trastornos del sueño | | / | |
| Cirugia de revascularizacion | | / | |
| Otras enfermedades del sistema cardio-respiratorio | | / | |

OBSERVACIONES

B. Aparato Locomotor

| | | | |
|--|---|--|---------------|
| Proceso degenerativo osteoneuromuscular | / | | OBSERVACIONES |
| Prótesis | / | | |
| Otras enfermedades del aparato locomotor | / | | |

OBSERVACIONES

C. Sistema Neurologico

| | | | |
|---|---|--|---------------|
| Enfermedades encefalicas | / | | OBSERVACIONES |
| Enfermedades medulares y del sistema periferico | / | | |
| Epilepsia y crisis convulsivas | / | | |
| Alteraciones del equilibrio | / | | |
| Trastornos musculares | / | | |
| Accidente isquemico | / | | |
| Esclerosis lateral amiotrofica | / | | |
| Enfermedad de Duchenne | / | | |
| Otras enfermedades del sistema neurologico | / | | |

OBSERVACIONES

D. Sistema Hematologico

1. Enfermedades Metabolicas y Endocrinias

| | | | |
|-----------------------------------|---|--|---------------|
| Hipoglucemia | / | | OBSERVACIONES |
| Hiperglicemia o Diabetes Mellitus | / | | |
| Enfermedad Tiroidea | / | | |
| Enfermedad paratiroidea | / | | |
| Enfermedad adrenal | / | | |
| Trastornos hepaticos | / | | |
| Sistema hematologico | / | | |

OBSERVACIONES

2. Trastornos Hematologicos

| | | |
|---|---|--|
| Procesos sometidos a tratamiento quimioterapico | / | |
| Policitemia vera y poliglobulias | / | |

| | | | | | | | |
|--|----|----|---|------|----|-----|------|
| Anemia, Leucopenia, Trombocitopenia | | | | | | | |
| Trastornos de coagulación | / | | | | | | |
| Tratamiento anticoagulante | / | | | | | | |
| Otros trastornos hematológicos | / | | | | | | |
| Otras enfermedades del sistema hematológico | / | | | | | | |
| E. Sistema Renal | | | OBSERVACIONES | | | | |
| Nefropatia | / | | | | | | |
| Trasplante renal | / | | | | | | |
| Insuficiencia renal | / | | | | | | |
| Otras enfermedades del sistema renal | / | | | | | | |
| F. Otros | | | OBSERVACIONES | | | | |
| Consumo de alcohol, tabaco (Si la respuesta es si; con que frecuencia?) | / | | | | | | |
| Consumo sustancias toxicas(Cocaina,marihuana,drogas sinteticas,si la respuesta es si, desde cuando y con que frecuencia) | / | | | | | | |
| Consumo medicamentos (Especificar nombres de medicamentos,frecuencia y desde cuando los usa) | / | | | | | | |
| Declaro haber brindado informacion verdadera respecto a mis antecedentes medicos y a mi estado de salud fisica y mental actual que se me consulto al momento de la evaluacion psicosomatica, por ello declaro que soy conciente que el ocultar o falsear informacion puede conllevar consecuencias legales, por lo que asumo la responsabilidad de ello. | | |   | | | | |
| 4. Antropometria | | | FIRMA | | | | |
| Peso | 87 | kg | Talla | 1.71 | cm | IMC | 29.7 |

* Sistema Cardio-Respiratorio

| | | |
|--------------------------------|------|------|
| Presion Arterial Sistolica | 124 | mmHg |
| Presion Arterial Diastolica | 73 | mmHg |
| Frecuencia Respiratoria Reposo | 17 | x' |
| Frecuencia de pulso reposo | 65 | x' |
| Pulsoximetria | 95 | % |
| Capacidad ventilatoria | Alto | |

5. Aparato Locomotor

- Fuerza muscular
- Ausencia o Desviaciones
- Rango o movimiento articular limitado
- Lesiones deformantes en columna vertebral
- Lesiones deformantes en extremidades

J P 20
Ausente
Ausente
Ausente
Ausente
Ausente

6. Sistema Neurológico

- Prueba Indice - Nariz
- Prueba de romber Indice - Nariz
- Movimientos Involuntarios
- Tono Muscular
- Nociones temporoespaciales
- Reflejos Osteotendinosos

Sinuria
Peyritio Consuelo
Ausente
Ausente
Ausente
Ausente
Ausente

7. Sistema de Monitoreo de Somnolencia (Postulantes y Profesionales)

Indice de masa corporal

Presion arterial sistolica o diastolica

Orofaringe con clasificacion de Mallanpati

Perimetro del cuello en centimetros

Escala de somnolencia Epworth(version peruana)

Ronquido intenso (atestiguado por pareja o familia

| | |
|-----------|------|
| 29.7 | mmHg |
| 124/73 | |
| IF | |
| 43 | cm |
| PG PM 10J | |
| RM. | |

Resultado

APTO

Valor (+) (-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION CLINICA

HORA TERMINO

01:21 pm

APTO

Y

NO APTO

OBSERVACIONES

Misja

GH & A Servicios Medicos
Psicosomatico S.A.C.

Gino Anthony Rodriguez Lopez
Firma, MEDICO RESPONSABLE DE
Evaluacion Clinica

Firma y Huella Digital del
Postulante



RESULTADO FINAL

APTO

Y

NO APTO

OBSERVACIONES

Misja

GH & A Servicios Medicos
Psicosomatico S.A.C.

Dr. Gino Anthony Rodriguez Lopez
Firma, SELLO OFICIAL DEL
DIRECTOR MEDICO

Firma y Huella Digital del
Postulante



HORA DEL TERMINO DE LA EVALUACION COMPLETA

01:21 pm

Escala de Somnolencia de EPWORTH

Apellido Paterno RONCOSOEN SAGARREI Apellido Materno Bosco Nombres
EDAD años 53 DNI 01101779 SEXO F
 F. NAC. 03-03-1971 E. CIVIL CONVIVIENTE G^o INSTRUCCION 5TO SECUNDARIA
 OCUP. ACTUAL CONDUCIR TIEMPO LABORANDO 8 HORAS
 Lugar de nacimiento: Bogotá/Colombia Categoría A SI B RONCA
 Fecha. EVALUACION 03/12/2024
 ¿Ronca Usted?: SI NO

Escala de Somnolencia de EPWORTH

- 0 = no me dormiría.
- 1 = escasa posibilidad de dormirse
- 2 = moderada posibilidad de dormirse
- 3 = elevada posibilidad de dormirse

Cuantas horas promedio por día, durmió la última semana: 7 Horas.

¿Cuál es la posibilidad de usted 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 |
|---|------------|
| <i>Sentado y leyendo (en este momento)</i> | <u>0</u> |
| <i>Viendo la T.V. (en este momento)</i> | <u>2</u> |
| <i>Sentado, inactivo en un acto religioso: misa, culto (en este momento)</i> | <u>0</u> |
| <i>En carro, como acompañante de un viaje de una hora (de aquí a Santa Ana) (en este momento)</i> | <u>0</u> |
| <i>Recostado en sillón cómodo (en este momento)</i> | <u>3</u> |
| <i>Sentado y platicando con los padres o los que viven cerca de Ud. (en este momento)</i> | <u>1</u> |
| <i>Sentado después de la comida (sin tomar alcohol) (en este momento)</i> | <u>2</u> |
| <i>En su carro o el bus detenido durante algunos minutos debido al tráfico (en este momento)</i> | <u>0</u> |
| <i>Puntuación total (máx. 24)</i> | <u>9</u> |

RESULTADO.

00-11 ptos: Rango normal de somnolencia

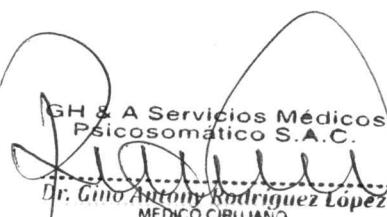
12-14 ptos: Somnolencia diurna leve

15-18 ptos: Somnolencia diurna moderada

19-20 ptos: Somnolencia diurna grave.



FECHA Y HUELLA
 Del Peticionario


**GH & A Servicios Médicos
Psicosomático S.A.C.**
Dr. Gino Anthony Rodríguez López
MÉDICO CIRUJANO
CIT# 08760
Médico Responsable

