



PERÚ

Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones

TARAPOTO - SUC-1

## CERTIFICADO MÉDICO

Nº DE INFORME : 2025-00322-0000214

FECHA DEL INFORME : 7/02/2025 18:43:10

## EVALUACIÓN MÉDICA

FECHA VENCIMIENTO : 7/08/2025



Fecha de Inicio : 7/02/2025 14:40:57

Fecha de Término : 7/02/2025 18:42:47

## INFORMACIÓN DEL EVALUADO

Tipo de Documento : DNI

Número de Documento : 70061742

Nombres : BERNITA GARCIA TUESTA

Dirección : JR. FRANCISCO BOLOGNESI CDRA.5 SAN MARTIN/PICOTA/PICOTA

Grupo Sanguíneo : O - POSITIVO

Fecha de Nacimiento : 1/05/1992

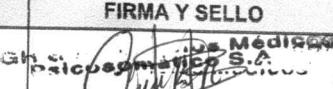
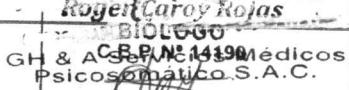
## CLASE Y CATEGORÍA DEL POSTULANTE

Clase : A

Categoría

: A Uno - REVALIDACIÓN

## CONDICIÓN DEL POSTULANTE : APTO

RESULTADO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS Y PSICOLÓGICAS DEL POSTULANTE			
EXAMEN	RESULTADO	FIRMA Y SELLO	OBSERVACIONES
1. ANÁLISIS DE LABORATORIO ROGER CAROY ROJAS	APTO	 Roger Caroy Rojas MÉDICO CIRUJANO RNE 9245-7295 C.P. 020464 - RNE 13047	
2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PABLO SEGUNDO TORRES TRIGOZO	APTO	 Pablo S. Torres Trigozo MÉDICO CIRUJANO RNE 9245-7295 C.P. 020464 - RNE 13047	
3. EVALUACIÓN VISUAL CASTULO HUGO RIVERA ROQUE	APTO	 Castulo Hugo Rivera Roque MÉDICO CIRUJANO RNE 9245-7295 C.P. 020464 - RNE 13047	
4. EVALUACIÓN AUDITIVA CASTULO HUGO RIVERA ROQUE	APTO	 Castulo Hugo Rivera Roque MÉDICO CIRUJANO RNE 9245-7295 C.P. 020464 - RNE 13047	
5. EVALUACIÓN CLÍNICA OBETH SANCHEZ ALEGRIA	APTO	 Dr. Obeth Sanchez Alegria MÉDICO CIRUJANO C.P. 020464 - RNE 13047	
RESULTADO FINAL	APTO	 Dr. Obeth Sanchez Alegria DIRECTOR C.P. 020464 - RNE 13047	

RESTRICIONES : NINGUNA

OBSERVACION : EVALUACION MEDICA PARA LICENCIA DE CONDUCIR



Firma y Huella Digital del Postulante Evaluado

GH & A Servicios Médicos  
Psicosomático S.A.C.  
Dr. Obeth Sanchez Alegria  
Director Médico  
C.P. 020464 - RNE 13047



PERÚ

Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones

TARAPOTO - SUC-1

INFORME MÉDICO

Nº DE INFORME : 2025-00322-0000214

FECHA : 7/02/2025

EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 7/02/2025

Fecha de Término : 7/02/2025

Hora de Inicio : 14:40:57

Hora de Término : 18:42:47

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de Documento : DNI

Nº de Documento : 70061742

Apellido Paterno : GARCIA

Apellido Materno : TUESTA

Nombres : BERNITA

Fecha de : 1/05/1992

Sexo

: FEMENINO

Teléfono

: 999131172

Dirección : JR. FRANCISCO BOLOGNESI CDRA.5 SAN MARTIN/PICOTA/PICOTA

CLASE, CATEGORÍA Y CONDICIÓN DEL POSTULANTE

Clase : A Categoría : A Uno - NO PROFESIONAL

Trámite : REVALIDACIÓN Condición : APTO

Postulante a licencia de conducir



Huella dactilar

## 1. ANÁLISIS DE LABORATORIO

### GRUPO SANGUÍNEO O FACTOR RH

GRUPO SANGUÍNEO

O

FACTOR RH

POSITIVO

Resultado Final de Análisis de Laboratorio

APTO

Observaciones

Hora Inicio : 14:42

Hora Término : 14:50

GH & A Servicios Médicos

Roger Caroy Rojas

BIOLOGO

CIPREN-04190  
Responsable de Análisis de Laboratorio  
ROGER CAROY ROJAS

  
Firma y huella digital  
Postulante



## 2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

### ORGANICIDAD (COMPLETAR DE ACUERDO A EVALUACIÓN REALIZADO)

#### B. PRUEBAS

WECHSLER - DISEÑO DE CUBOS (+) (-)

BENTON FORMA C (+) (-)

APTO

### INTELIGENCIA (COMPLETAR DE ACUERDO A EVALUACIÓN REALIZADO)

#### A. TEST DE MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN

RESULTADO (+) (-)

--

#### B. TEST DE DOMINOS 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 : 14:52

Hora Término : 15:53

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

Pablo S. Torres Trigozo

RE 9245 7295  
RESPONSABLE EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA  
Responsable de Evaluación Psicológica  
PABLO SEGUNDO TORRES TRIGOZO

  
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 Inicio : 17:55

Hora Término : 18:10

GH & A Servicios Médicos

  
Castulo Hugo Rivera Roque  
MEDICO EN MEDICINA Visual  
CASTULO HUGO RIVERA RÓQUE

  
Firma y huella digital  
Postulante



#### 4. EVALUACIÓN AUDITIVA

##### OTOSCOPIA

RESULTADO (+) (-)

APTO

##### EXAMEN AUDITIVO

###### A. OIDO DERECHO

RESULTADO (+) (-) (dB)

15

###### B. OIDO IZQUIERDO

RESULTADO (+) (-) (dB)

20

###### C. AMBOS OIDOS

RESULTADO (+) (-) (dB)

15

Resultado Final de la Evaluación Auditiva

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

-

Hora Inicio : 18:11

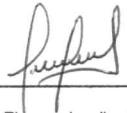
Hora Término : 18:26

GH & A Servicios Médicos



Cástulo Hugo Rivera Roque

Responsable MEDICO GERENTE  
CASTULOHUGORIVERAROQUE

  
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 OBSERVACIÓN)	NO
CONSUMO MEDICAMENTOS (ESPECIFICAR LOS NOMBRES DE LOS MEDICAMENTOS, LA FRECUENCIA Y DESDE CUANDO LOS USA, ANOTARLO EN OBSERVACIONES))	NO

#### EXAMEN FÍSICO

##### A. ANTROPOMETRÍA

PESO (KG)	81
TALLA (CM)	158
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	32.45

##### B. SISTEMA CARDIO-RESPIRATORIO

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (MMHG)	111
PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (MMHG)	70
FRECUENCIA RESPIRATORIA EN REPOSO	18
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 TEMPOROESPAZIALES	APTO
REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS	APTO

Resultado Final de la Evaluación Clínica

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

--

Hora Inicio : 18:27

Hora Término : 18:42

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

Dr. Obeth Sánchez Alegria  
Responsable de Evaluación Clínica  
OBETH SÁNCHEZ ALEGRIA

  
  
Firma y huella digital  
Postulante

RESULTADO FINAL

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

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

.....Firma y huella digital.....  
Dr. Obeth Sánchez Alegria  
OBETH SÁNCHEZ ALEGRIA  
CMP. 63241

  
  
Firma y huella digital  
Postulante

Hora término de la evaluación completa : 06:43.p. m.

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

.....Firma y huella digital.....  
Dr. Obeth Sánchez Alegria  
DNEEGT Médico  
OBETH SÁNCHEZ ALEGRIA

**FICHA DE EVALUACIONES MÉDICAS Y PSICOLÓGICAS PARA POSTULANTES A LICENCIAS DE CONDUCIR**  
**EVALUACIÓN MÉDICA**

Fecha de inicio: **07-Feb-25**  
Hora de inicio: **14:40**  
FECHA EXPED.:

Fecha de térm.: **07-Feb-25**  
Hora término: **18:42**  
FECHA VENC.:

**DATOS DEL POSTULANTE**

Tipo de documento:	DNI <input checked="" type="checkbox"/>	C.EX. <input type="checkbox"/>	Nº de Documento:	<b>70061742</b>		
Apellido Paterno:	<b>GARCIA</b>		Apellido Materno:	<b>TUESTA</b>		
Nombre:	<b>BERNITA</b>					
Fecha de Nacimiento:	<b>01-May-92</b>	Sexo:	<b>F</b>	Edad:	<b>32</b> años	
Estado Civil:	<b>CASADO (A)</b>	Grado de Inst.:	<b>SUP. UNIV. COMPLETO</b>		Ocupación:	<b>ABOGADO</b>
Lugar de Nacimiento:	<b>PICOTA</b>					

Tipo de trámite:	<b>Nueva</b>	<input type="checkbox"/>	Revalidación	<input checked="" type="checkbox"/>	Recategorización	<input type="checkbox"/>
Categoría:	<b>A-I</b>		<b>No Profesional</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	Profesional	<input type="checkbox"/>
Correo:	<b>bernitagarcia1234@gmail.com</b>					
Dirección:	<b>JR FRANCISCO BOLOGNESI CDRA 545 - PICOTA</b>					




**FIRMA Y HUELLA DIGITAL**

**I. ANÁLISIS DE LABORATORIO**

**HORA** **14:42**

**1. Examen Toxicológico**

**A. Prueba Rápida de Alcolimetría**

Resultado (+)

Valor **0.007**

**B. Prueba Rápida para Cocaína, Marihuana y Drogas Sintéticas**

Resultado a Coaína

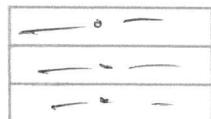
(+) (-)

Resultado a Marihuana

(+) (-)

Resultado a Drogas Sintéticas

(+) (-)



**C. Grupo Sanguíneo y Factor Rh**

Grupo sanguíneo **"O"**

Factor Rh **positivo**

Observaciones: **ninguna**

**RESULTADO FINAL DE ANÁLISIS DE LABORATORIO**

**HORA** **14:50**

**APTO**

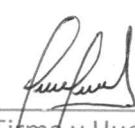
**NO APTO**

**GHA Servicios Médicos**

**Roger Carby Rojas**

**BIÓLOGO**

**C.E.P.N. 14190**

  
**Firma y Huella Digital**



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

**DATOS DEL POSTULANTE**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	
<i>García</i>	<i>Tuesta</i>	<i>Bernita</i>	
EDAD: <b>32</b> años	DNI / CE: <b>70061742</b>	SEXO: <b>M</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>F</b> <input type="checkbox"/>	
F. NAC.: <b>01/10/1992</b>	OCCUPAC: <b>Abogada</b>	G. INST.: <b>Sup. completo</b>	
CATEG: <b>A-I</b>	NUEVO: <input type="checkbox"/>	REVALIDACIÓN: <input checked="" type="checkbox"/>	RECATEGORIZACIÓN: <input type="checkbox"/>
FEC. INICIO: <b>07/10/2025</b>	LUG. DE NAC.: <b>Toropoto</b>	ES. CIVIL: <b>Casada</b>	
HORA DE INICIO: <b>14:42</b>		HORA DE TERMINO: <b>14:50</b>	

**DATOS DE LA PRUEBA**

Muestras:

1. Sangre total (Punción capilar)
2. Saliva

Exámenes solicitados:

1. Grupo Sanguíneo y factor Rh
2. Detección de alcohol (alcoholimetría)

**RESULTADOS DE LOS EXÁMENES**

GRUPO SANGUÍNEO	"A"	"B"	"AB"	"O"	<input checked="" type="checkbox"/>
FACTOR RH	POSITIVO	<input checked="" type="checkbox"/>	NEGATIVO		
ALCOHOL Valor permisible: Menor a 0.05%	0.00%	<input checked="" type="checkbox"/>	OTRO VALOR %		



Firma y Huella  
POSTULANTE



**GHA Servicios Médicos**

**Roger Caroy Rojas**  
**BIOLOGO**  
**C.B.P. N° 14190**  
**RESPONSABLE DE LABORATORIO**

## II. EVALUACION PSICOLOGICA

HORA INICIO

14:52

ANAMNESIS:

MOTIVO DE EVALUACION :

Licencia de conducir

Experiencia conducir

9 años

Nº Infracciones

1

Tipo infracciones

Leve | Grave | Muy Grave

Nº Accidentes

Ninguno

Antecedentes Psicopatologicos

Personales:		Niego		Familiares:		Niego		
Consumo de farmacos	Si	No	Type		Time			
Otras sustancias	Si	No	Type		Quantity			
Problemas del sueño:	Si	No	Insomnio	Si	No	Apnea del sueño	Si	No
Convulsiones	Si	No	Desmayos	Si	No	Perdida de conciencias	Si	No
Cansancio y fatiga	Si	No						
Has recibido algun tratamiento psiquiatrico o psicologico anteriormente						Si	No	
Has sufrido usted de alteraciones graves del estado de animo						Si	No	
Cuantas horas trabaja manejando al dia		2 horas.						

GH & A Servicios Medicos  
Psicosomatico S.A.C.Firma: *Pablo S. Torres Trigozo*  
RE: 9045-7295-0000-0000  
RESPONSABLE EVALUACION PSICOLOGICAFirma: *Pablo S. Torres Trigozo*  
Firma y Huella Digital del  
Postulante

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

Test de Palanca

270

( + ) ( - ) (Profesional)

Test de Reactimetro

0.32

( + ) ( - ) (Profesional)

Test de Punteo

28/0

( + ) ( - ) (Profesional)

**B. Pruebas o Sub Test**

Diseño de Cubos (Weschler)

--

( + ) ( - ) No

Benton forma C

Apto

( + ) ( - ) profesional/p

rofesional

**2. Inteligencia (Completar A o B de acuerdo a evaluacion realizada)****A. Test Matrices Prog. de RAVEN**

--

( + ) ( - ) No

**B. Test de Dominos Anstey**

Apto

( + ) ( - ) Profesional/P

**c. Test de Otis (Abreviado)**

--

( + ) ( - ) rofesional

**3. Personalidad(Completar A mas b,C,o D de acuerdo a evaluacion realizada)****A. Test Proy. Karen Machover**

--

( + ) ( - ) No

**B. NPF o Test de los 4 Temperamentos**

--

( + ) ( - ) Profesional/p

**C. Inventario personalidad Eysenck**

--

( + ) ( - ) rofesional

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

--

( + ) ( - )

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

--

( + ) ( - )

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

--

( + ) ( - )

**RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION PSICOLOGICA****HORA TERMINO**

15:53

**APTO**

--

**NO APTO**

--

<b>OBSERVACIONES</b>	NINUNA
----------------------	--------

GH & A Servicios Medicos  
Psicosomatico S.A.C.Firma: Pablo S. Torres Trigozo  
RE 9245 7295  
RESPONSABLE EVALUACION PSICOLOGICAFirma y Huella Digital del  
Postulante

Nombre: Garcia Tuesta Bernita

DNI: 70061742

Sexo: Femenino

Edad: 32 años. (1/05/1992)

Grupo sanguíneo: O +

Estado civil: Casado

Estudios: Sup. Universitario

Domicilio: Jr Francisco Bolognesi Cdra 545

Usa lente óptico: No

Usa lente de contacto: No

Usa audífono: No

Examen tomado el día 7/02/2025

Tipo de exámen: A1 (Particular - )

RESULTADO: APROBADO

**Test de reactimetría simple**

Prueba #1: 0.44 Segundos (Lento)

Prueba #2: 0.32 Segundos (Muy rápido)

Prueba #3: 0.31 Segundos (Muy rápido)

Prueba #4: 0.33 Segundos (Muy rápido)

Prueba #5: 0.53 Segundos (Muy Lento)

Prueba #6: 0.29 Segundos (Muy rápido)

Prueba #7: 0.21 Segundos (Muy rápido)

Prueba #8: 0.23 Segundos (Muy rápido)

Prueba #9: 0.28 Segundos (Muy rápido)

Prueba #10: 0.22 Segundos (Muy rápido)

**Resultado: APROBADO Promedio: 0.32 Segundos****Responsable de este exámen: Administrador****Test de palancas**

Tiempo de error: 0.72 (Aprobado)

Cantidad de errores: 2 (Aprobado)

Tiempo de exámen: 6.00 (Aprobado)

**Resultado: APROBADO****Responsable de este exámen: Administrador****Test de punteado**

Cantidad de errores: 0 (Aprobado)

Cantidad de aciertos: 28 (Aprobado)

Tiempo de acierto: 5.56 (Aprobado)

**Resultado: APROBADO****Responsable de este exámen: Administrador****Evaluación Final**

Conclusiones:

APTO

Recomendaciones:

NINGUNA

GH & A Servicios Médicos  
Psicosomático S.A.C.FIRMA DEL EVALUADOR  
Rubén S. Torres Trigozo  
RE 9245 7295  
RESPONSABLE EVALUACIÓN PSICOPATOLOGICAFIRMA 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: Bernita García Tuesta D.N.I.: 70061742

EDAD: 32 FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/1992 LUGAR NAC.: Tarapoto

SEXO: F ESTADO CIVIL: CASADA GRADO DE INSTRUCCIÓN: SUPERIOR UNIV.

OCCUPACIÓN: ABOGADA CATEGORÍA: A UNO PNU

MOTIVO DEL EXAMEN: licencia de Conducir FECHA DE EXAMEN: 07/02/2025

DIRECCIÓN: Jr. Bolognesi 595 - Picota - San Martín

TELÉFONO: 999131172 NIVEL DE INTELIGENCIA (Conocido o estimado):

HORA INICIO: 02:53 P.M. HORA TERMINO: 03:03 P.M. EXAMINADO POR:

LAMINA	Reproducción correcta	VALORACION DE ERRORES						TOTAL ERRORES	
		Omisión	Distorsión	Perseveración	Rotación	Desplazamiento	Tamaño	Derecha	Izquierda
I	/								
II	/								
III	/								
IV	/								
V	/	N	O	R	M	A	L		
VI	/								
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 0 SIGNOS ORGANICOS*



NOMBRES Y APELLIDOS: BERENITA GARUA TUESTA

DNI: 70061742

FECHA DE NAC: 01/05/1992

SEXO: FEMENINO

EDAD: 32 años

ESTADO CIVIL: CASADA

GRADO DE INST: SUPERIOR, UNIV.

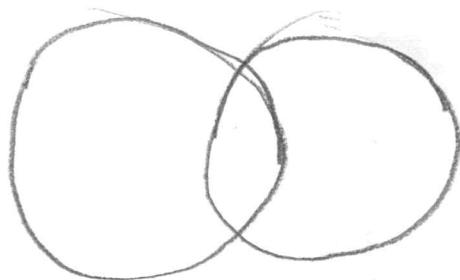
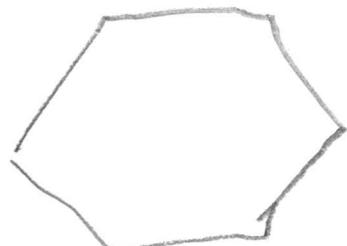
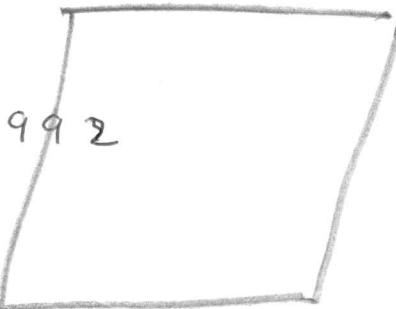
OCUPACION: ABOGADA.

LUGAR DE NAC: TARA POTO.

TELEF: 999131172.

FECHA DE EXAMEN: 07/02/2023.

CATEGORIA: A UNO - Reva

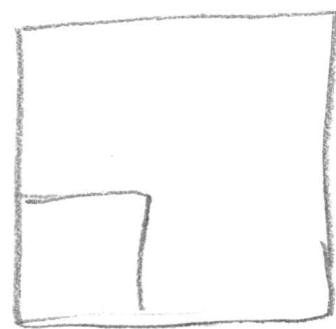
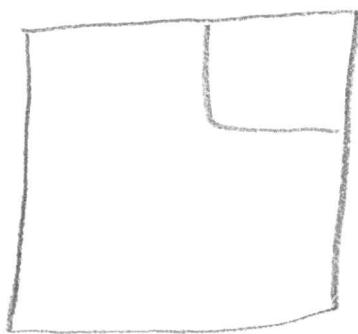
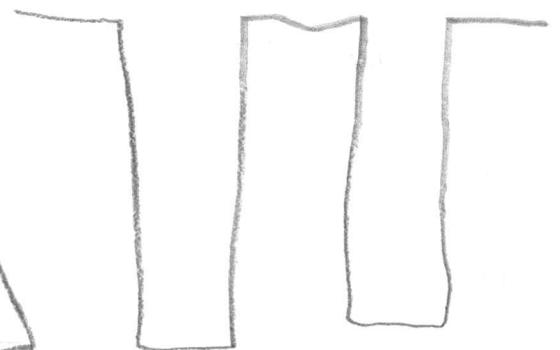
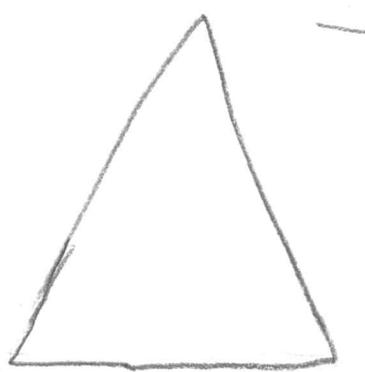
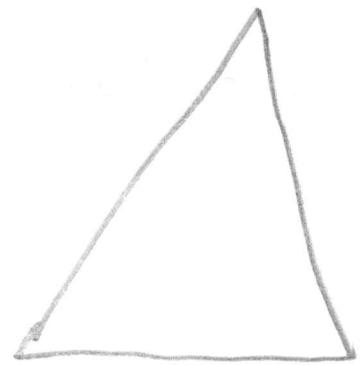
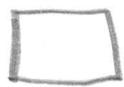


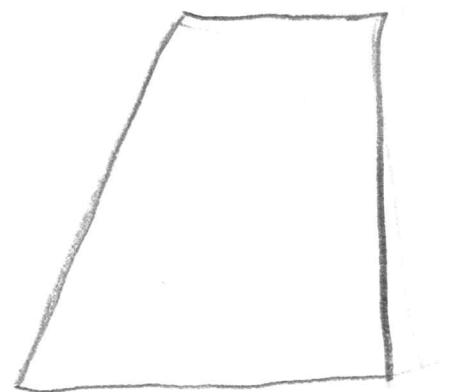
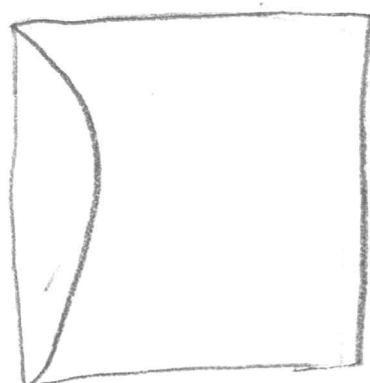
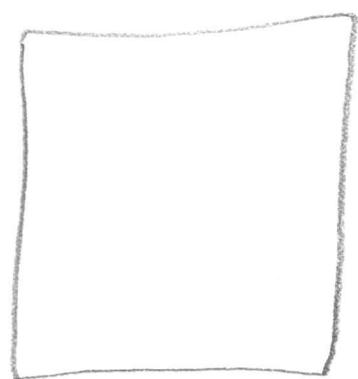
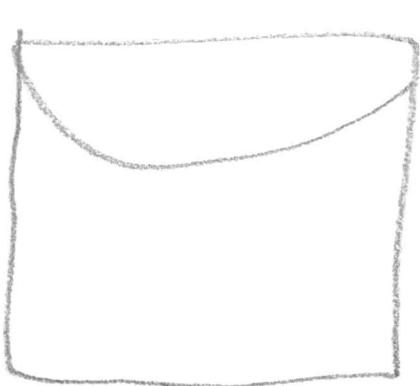
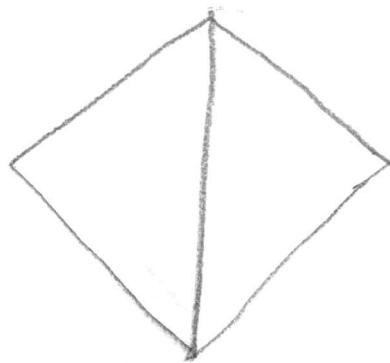
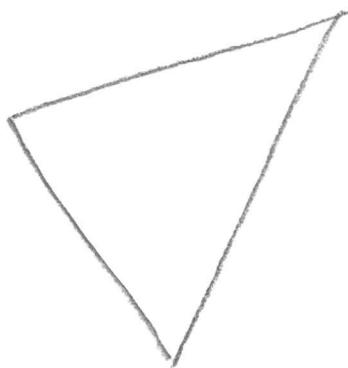
GH & A Servicios Médicos  
Psicosomáticos S.A.C.

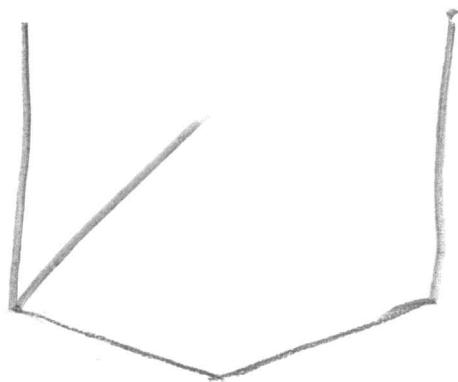
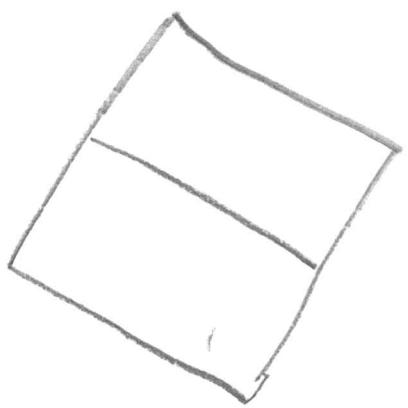
FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR  
RESPONSABLE EVALUACIÓN FISIOPATOLOGICA

  
Reval

FIRMA Y HUELLA DEL EVALUADO





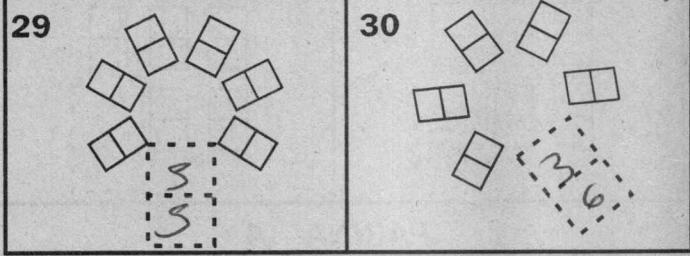
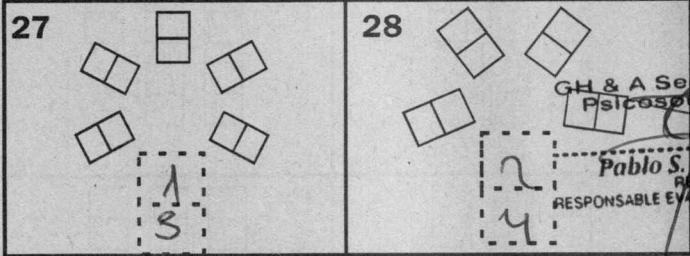
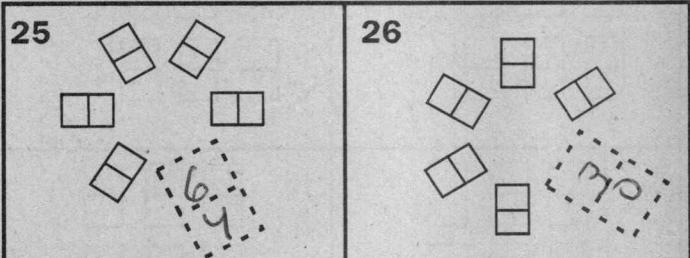


# Test de Dominos (Anstey)

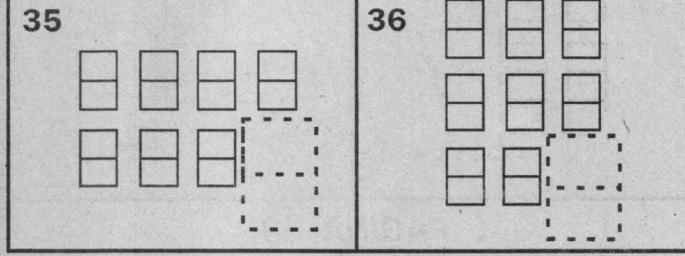
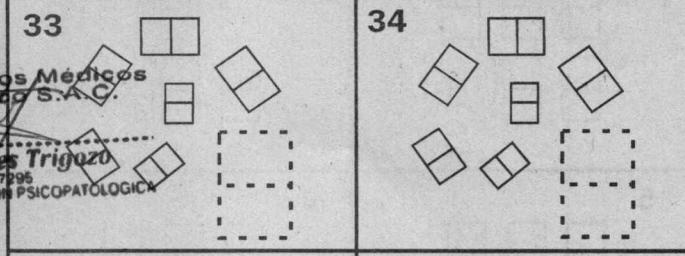
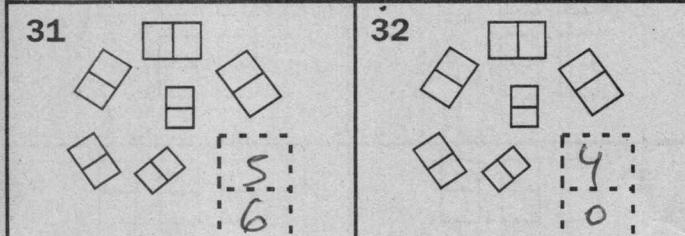
D.N.I. 70061742

Nombre: Bernita García Teesta		Fecha de hoy: 07 02 2025 Día Mes Año	PD 32
Fecha de Nacimiento: 01 05 1992 Día Mes Año		Escolaridad G. Instrucción: sup. Univ.	Estado Civil: CASADA Edad: 32a Pc. 60
Sexo: M <input checked="" type="checkbox"/>	Lugar de Nacimiento: TARAPOTO	Ocupación: ABOGADA	Rango
Motivo del Examen: Licencia de conducir		Categoría: A UNO_Ren.	
Dirección: Se Bolognesi 595 - Picota - San Martín			
Teléfono: 999131172		Hora Inicio: 03:04 PM	Hora Termino: 03:15 PM
Administración: Individual <input type="radio"/> Colectiva <input checked="" type="checkbox"/> Test <input type="radio"/> Retest <input type="radio"/> Diagnóstico: Normal al término de la prueba			

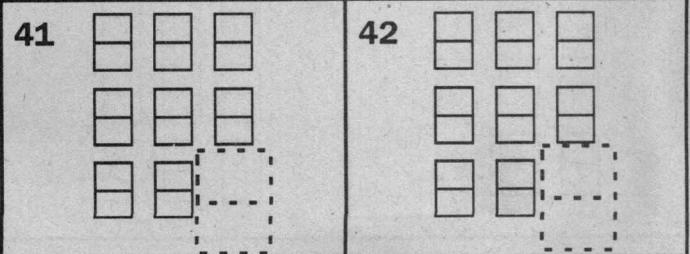
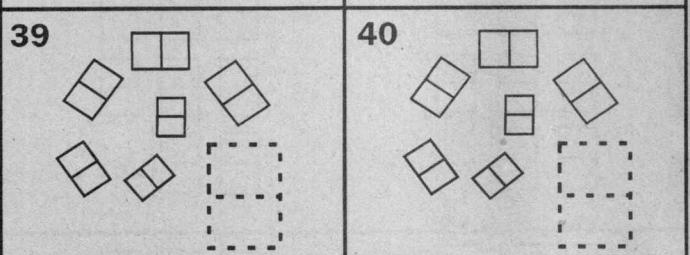
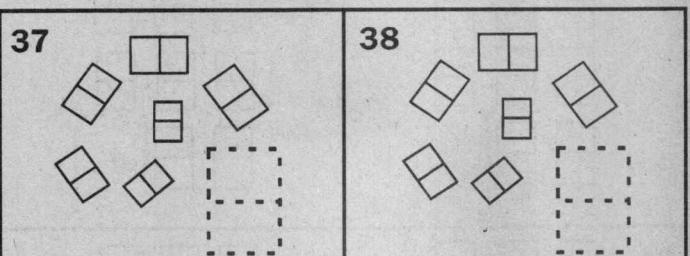
PAGINA 5



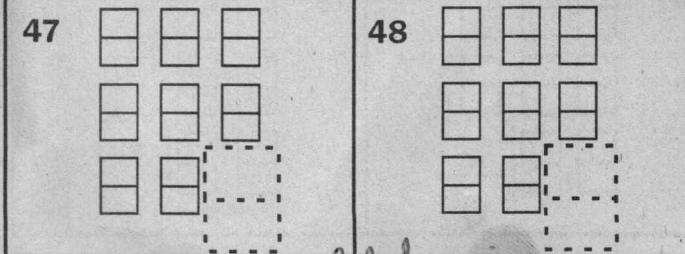
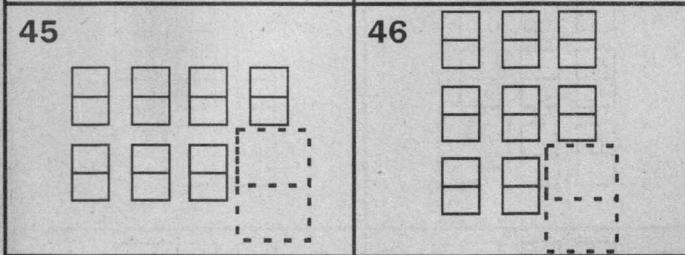
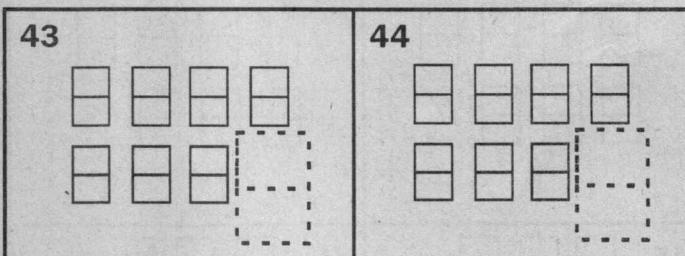
PAGINA 6



PAGINA 7



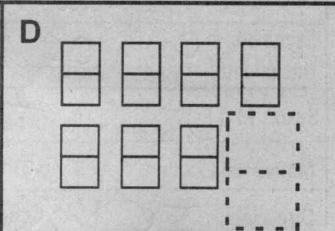
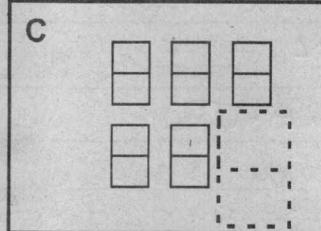
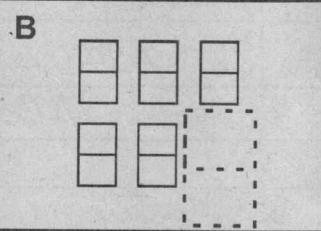
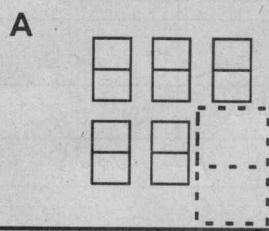
PAGINA 8



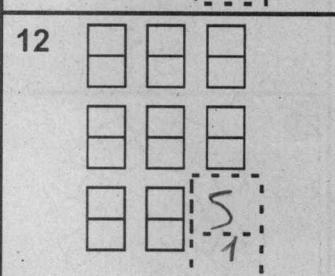
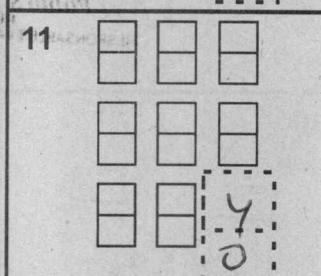
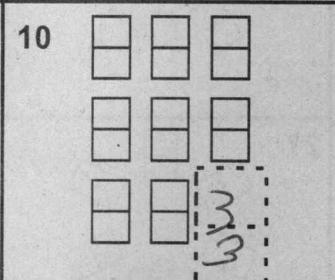
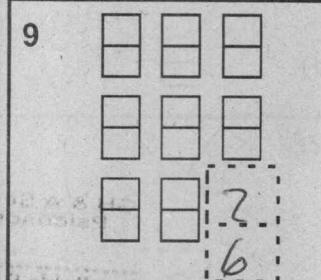
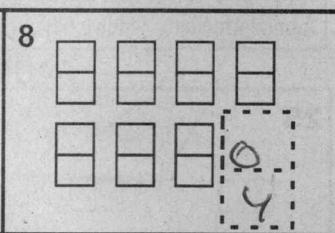
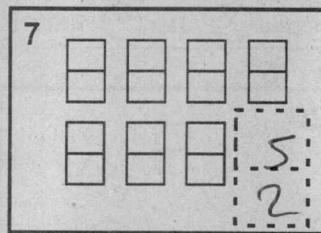
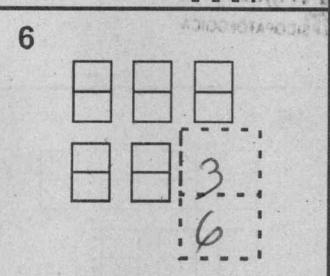
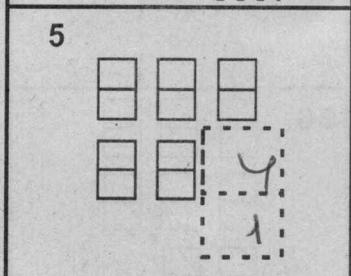
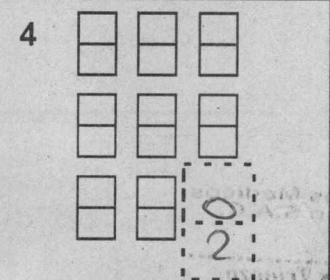
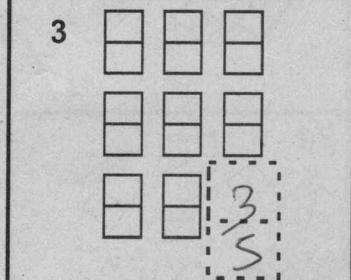
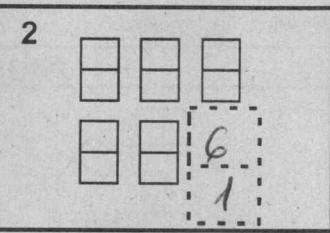
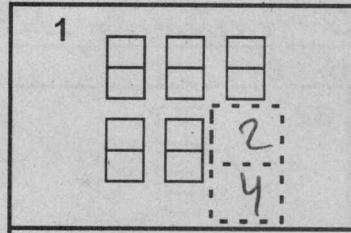
Final

# Hoja de Respuestas

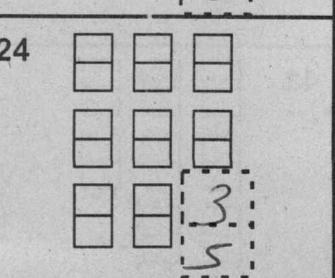
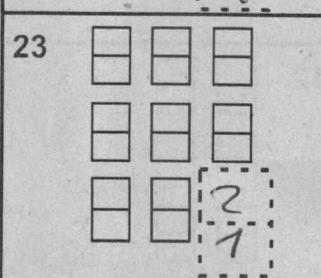
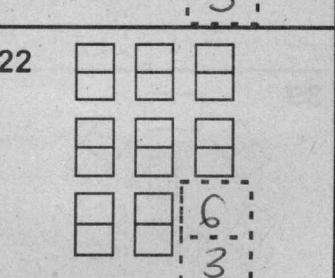
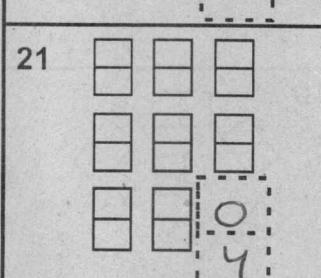
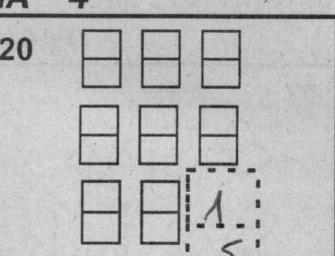
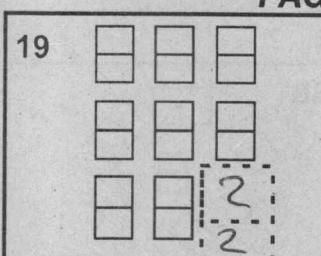
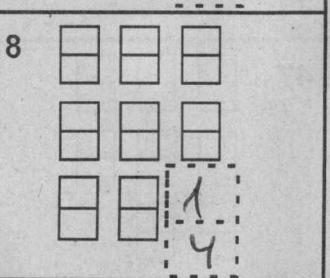
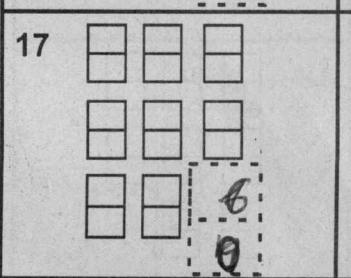
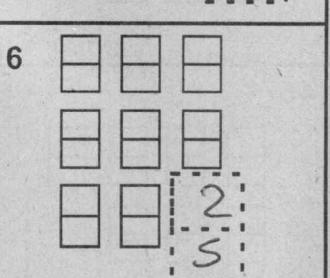
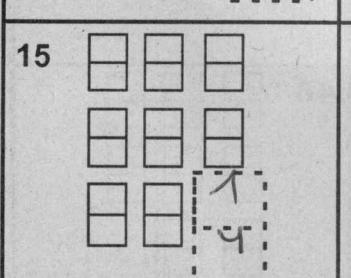
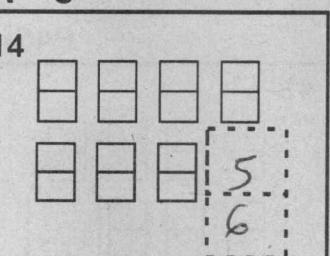
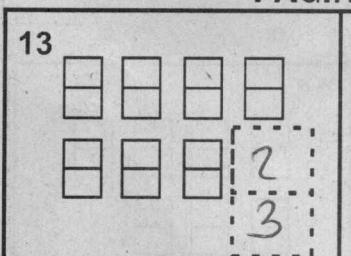
## EJEMPLOS



**PAGINA 1**



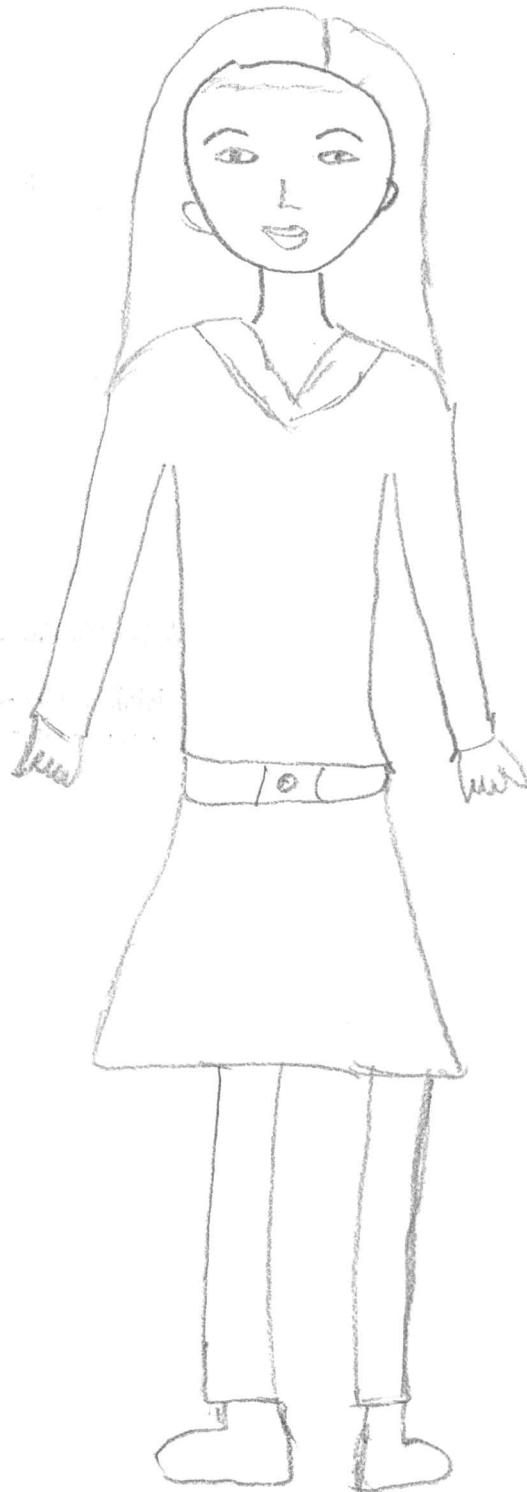
**PAGINA 3**



TEST DE LA FIGURA HUMANA - MACHOVER

NOMBRE y APELLIDO		BERNITA GARCIA TUESTA							
EDAD	32 años	DNI	70061742	FECHA DE NAC.	01	05	1992		
SEXO	M	F	GRADO INST.	SUPERIOR	U. OCUPLICION	ABOGADA			
ESTADO CIVIL	CASADA		CATEGORIA	A-UNO		Fecha Evaluacion	07	02	25
TIPO DE EVALUACION	NUEVO		REVALIDACION		<input checked="" type="checkbox"/>	RECATEGORIZACION			
LUGAR DE NACIMIENTO	TARAPOTO.								
HORA DE INICIO	03:16 P.M.								
HORA DE TERMINO	03:21 P.M.								

FIRMA POSTULANTE			HUELLA	GH & A Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C. PABLO S. TORRES TIGUERO RE 9255 7295 RESPONSABLE EVALUACION PSICOPATOLOGICA	
------------------	--	--	--------	--	--



- Soy Buena
- Soy Respetuosa
- Soy Responsable

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

NOMBRES Y APELLIDOS: *Bernita García Tuesta* D.N.I.: *70061242*  
 EDAD: *32* FECHA DE NACIMIENTO: *01/05/92* LUGAR NAC: *Tarapoto*  
 SEXO: *F* ESTADO CIVIL: *CASADA* GRADO DE INSTRUCCIÓN: *SUPERIOR, UNIV.*  
 OCUPACIÓN: *ABOGADA* CATEGORIA: *A UNO - Rev4*  
 MOTIVO: *Licencia de conducir* FECHA DE EXAMEN: *07/02/2025*  
 DIRECCION: *52 Belasnisi S95- Picota - San Martín*  
 TELEFONO: *999131172*

HORA INICIO: *03:22 pm* HORA TERMINO: *03:34 pm*

	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	20.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	39.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	21.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	40.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	22.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	41.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	23.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	42.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	24.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	43.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	25.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	44.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	26.	<input type="radio"/>	<input checked="" 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 type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	28.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	47.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	29.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	48.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	30.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	49.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
12.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	31.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	50.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	32.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	51.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	33.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	52.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
15.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	34.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	53.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
16.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	35.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	54.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	36.	<input type="radio"/>	<input checked="" 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 type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

N: *40*

E: *4*

L: *1*

DIAGNOSTICO:

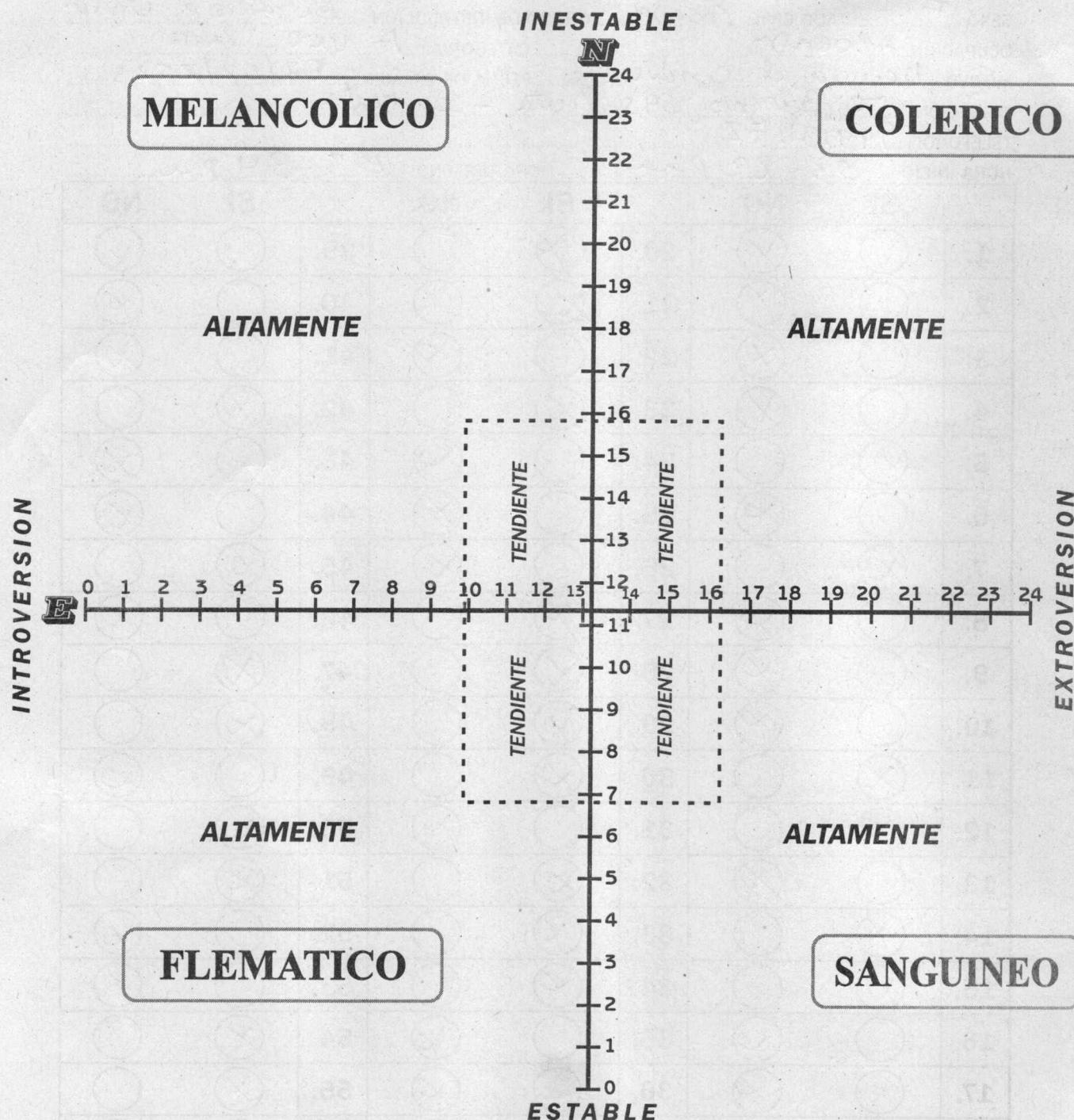
*Altamente estable / calmado*  
*Tranquilo*

*GHA Servicios Médicos S.A.C.*  
*Psicosomáticos*  
*Pablo S. Tuesta*  
*RESPIRACIONES 92-722-7220*  
*RESPIRACIONES 92-722-7220*

# TABLA DE CALIFICACION EYSENCK & EYSENCK

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

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



DIAGNOSTICO: .....

TEST DE ALCOHOLISMO (TEST AUDIT)

HORA INICIO 03:35 PM

HORA TERMINO 03:43 PM

Nombre: BERNITA GARCIA TUESTA.

Edad: 32 SEXO M

DNI: 70061742 F.NAC: 01.05.92

G. INSTRUCCIÓN SUPERIOR

OCCUPACION: ABOGADA

LUGAR NAC. TAPIA POTO

EST. CIVIL CASADA

CATEGORIA A UND. Peru

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 o mas TRAGOS en un solo dia?

Nunca

Menos de una vez al mes

Mensualmente

Semanalmente

A diario ó casi a diario

0

Hombres 0 a 4 puntos  
Mujeres 0 a 3 puntos

Consumo de bajo riesgo

Termine acá la evaluación y realice una intervención mínima

Puntaje: AUDIT-C

1

suma del puntaje de la pregunta 1 a 3

Hombres 5 puntos a mas  
Mujeres 4 puntos a mas

Consumo de riesgo

Continúe con las preguntas 4 a 10

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?

Nunca

Menos de una vez al mes

Mensualmente

Semanalmente

A diario ó casi a diario

0

0 a 7 puntos

Consumo de bajo riesgo

Realice una intervención mínima

8 a 15 puntos

Consumo de bajo riesgo

Realice una intervención breve

16 puntos a mas

Possible consumo  
Problema o dependencia

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

Puntaje AUDIT

suma del puntaje de la pregunta 1 a 10

GHA & Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C.

Firma del responsable de  
evaluación psicopatológica

RESPONSABLE EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA

NE 9245 7295

  
Firma y huella del Postulante



Resultados:

10 = NO RIESGO

**SCL-90-R**

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

Nombre: **BENITA GARCIA TUESTA**

Edad: **32 años**

Fecha de hoy: **07/02/2025**

DNI: **70061742**

Fecha de nacimiento: **01/05/1992**

CATEGORIA: **A UNO - Revu**

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Varón
--------------------------------	--------------------------------

Educación:

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

Estado civil:

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

Ocupación: **ABOGADA**

Lugar de nacimiento: **TARAPOTO**

Lugar de residencia actual: **SR: Bolognesi 595 - Ricota - San Martín**

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.

	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 puntaies

- 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)

1.0 4.0 12.0 27.0 40.0 42.0 48.0 49.0 52.0 53.0 56.0 58.0 → 

Total	18	promedio	1.5
Nº resp.	12		

## 2) OBSESIONES Y COMPULSIONES (10 ítems)

3. 9. 10. 28. 38. 45. 46. 51. 55. 65. → 

|          |    |          |
|----------|----|----------|
| Total    | 0  | promedio |
| Nº resp. | 10 | 0        |

### 3) SENSITIVIDAD INTERPERSONAL (9 ítems)

6. 21. 34. 36. 37. 41. 61. 69. 73. - - - - - → 

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

#### 4) DEPRESIÓN (13 ítems)

5.14.15.20.22.26.29.30.31.32.54.71.79. → 

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

5) ANSIEDAD (10 items)

|  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| 2. 17. 23. 33. 39. 57. 72. 78. 80. 86. | → | total 9<br>Nº resp. 10<br>promedio 9 |
|--|---|--------------------------------------|

6) HOSTILIDAD (6 items)

11.  24.  63.  67.  74.  81.  ----- → 

|          |                      |                               |
|----------|----------------------|-------------------------------|
| Total    | <input type="text"/> | promedio <input type="text"/> |
| Nº resp. | <input type="text"/> |                               |

#### 7) ANSIEDAD FÓBICA (7 ítems)

13.  25.  47.  50.  70.  75.  82.  - - - - - →

8) IDEACIÓN PARANOIDE (6 ítems)

8.  18.  43.  68.  76.  83.  - - - - - → 

|          |                      |                      |
|----------|----------------------|----------------------|
| Total    | <input type="text"/> | promedio             |
| Nº resp. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

9) PSICOTICISMO (10 items)

7.  16  35  62  77  84  85  87  88  90  - - - →

**ITEMES ADICIONAIS (7 items)**

ITÉMES ADICIONALES (Items) 19. 44. 59. 60. 64. 66. 89. →

ÍNDICE DE SEVERIDAD GLOBAL

Σ " total" Nº respuestas contestadas

#### TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS

→

## ÍNDICE MALESTAR SINTOMÁTICO POSITIVO

|                  |    |   |
|------------------|----|---|
| $\Sigma$ "total" | SP |   |
| 1                | 1  | 0 |

PRINTA IEST SCI 90-B

## RESULTADOS DE EVALUACION SCL-90-R

|  | T  |  |
|--|----|--|
| Indice de severidad global (IGS)               | 30 | NO presenta desordenes psicopatológicos. |
| Total de sintomas positivos (TSP)              | 30 | NO presenta malestar.                    |
| Indice de malestar sintomático positivo (IMSP) | 30 | NO padece enfermedad.                    |
| Somatizaciones                                 | 30 | Normal                                   |
| Obsesiones, Compulsiones                       | 30 | Normal                                   |
| sens. Interpersonal                            | 30 | Normal                                   |
| Depresión                                      | 30 | Normal                                   |
| Ansiedad                                       | 30 | Normal                                   |
| Hostilidad                                     | 30 | Normal                                   |
| Ansiedad fóbica                                | 30 | Normal                                   |
| Ideación paranoides                            | 30 | Normal                                   |
| Psicoticismo                                   | 30 | Normal                                   |

RESULTADOS

APTO 

NO APTO 

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

Firma y sello del

Pablo S. Torres Trigozo

RE: 9245-0005

RESPONSABLE EVALUACIÓN PSICOPATOLOGICA



Firma y huella  
del postulante



III. EVALUACION VISUAL

HORA INICIO **17:55**

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

HORA TERMINO **18:10**

APTO

**+**

NO APTO

|                      |                |
|----------------------|----------------|
| <b>OBSERVACIONES</b> | <b>NINGUNA</b> |
|----------------------|----------------|

GH & A Servicios Médicos

  
 Castillo Hugo Rivera Rojas  
 Firma, Sello y Huella Digital de  
 MEDICO CIRUJANO  
 Evaluación Visual

  
 Firma y Huella Digital del  
 Postulante



HORA INICIO

17:55

Nombre: Garcia Tuesta Bernita  
DNI: 70061742  
Sexo: Femenino  
Edad: 32 años. (1/05/1992)  
Grupo sanguíneo: 0 +  
Estado civil: Casado  
Estudios: Sup. Univeristario  
Domicilio: Jr Francisco Bolognesi Cdra 545

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

Examen tomado el día 7/02/2025 (Validez hasta: 8/08/2025)  
Tipo de examen: A1 (Particular - Revalidación - Conductores)  
**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 |                     | 02:96 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 RESTRICCIÓN

**Resultado: APROBADO**

Responsable de este examen: Administrador

**Evaluación Final**

HORA TERMINO

18:10

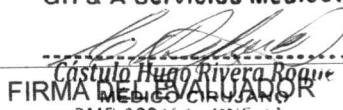
Conclusiones:

APTO

Recomendaciones:

NINGUNA

GH &amp; A Servicios Médicos



Cástulo Hugo Rivera Roque  
FIRMA DEL EVALUADOR  
DNI: 220444 - EXP: 11/11




FIRMA DEL EVALUADO  
Pagina N° 1

## IV. EVALUACION AUDITIVA

HORA INICIO | 18:11

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

## 2. Examen Auditivo (Audiometria)

Via Aerea

OD = 0  
OI = X

Via Osea

OD = <  
OI = >

PDT= 500+1000+2000/3

|     | 125 | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|
| 0   |     |     |     |      |      |      |      |      |      |
| 10  |     |     |     |      |      |      |      |      |      |
| 20  |     |     |     |      |      |      |      |      |      |
| 30  |     |     |     |      |      |      |      |      |      |
| 40  |     |     |     |      |      |      |      |      |      |
| 50  |     |     |     |      |      |      |      |      |      |
| 60  |     |     |     |      |      |      |      |      |      |
| 70  |     |     |     |      |      |      |      |      |      |
| 80  |     |     |     |      |      |      |      |      |      |
| 90  |     |     |     |      |      |      |      |      |      |
| 100 |     |     |     |      |      |      |      |      |      |
| 110 |     |     |     |      |      |      |      |      |      |
| 120 |     |     |     |      |      |      |      |      |      |

Frecuencia (Hz)

|                |                     |
|----------------|---------------------|
| Oido Derecho   | 15 dB               |
| Oido Izquierdo | 22 dB               |
| Ambos Oidos    | 15 dB normoacustica |

|                  |
|------------------|
| Perdida Auditiva |
| NO               |

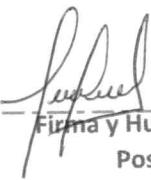
APTO NO APTO 

|               |        |
|---------------|--------|
| OBSERVACIONES | Normal |
|---------------|--------|

GH &amp; A Servicios M&amp;E

Cástulo Hugo Rivera Rojas  
Firma, Sello y Firma Digital  
MEDICO TRANSPIANTE

Evaluacion Auditiva

Firma y Huella Digital del  
Postulante

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION AUDITIVA

HORA TERMINO | 18:26

# FICHA DE EVALUACION AUDIOMÉTRICA PARA TRABAJADORES Y CONDUCTORES

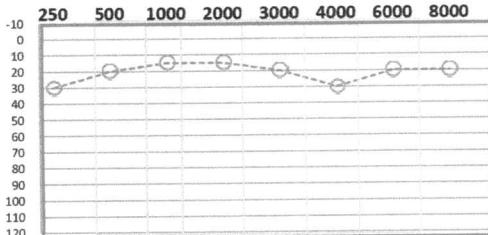


|                                |    |                       |    |              |                      |                            |                     |           |                |          |                  |            |
|--------------------------------|----|-----------------------|----|--------------|----------------------|----------------------------|---------------------|-----------|----------------|----------|------------------|------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS             |    | BERNITA GARCIA TUESTA |    |              |                      |                            |                     |           |                |          | Fecha de examen  |            |
| Fecha del nacimiento           |    | 1/05/1992             |    | EXAMEN       | LICENCIA DE CONDUCIR |                            | X                   | Periódica | Retiro         | Otro     |                  | 06/02/2025 |
| GRADO INSTRUCCIÓN              |    | UNIVERSITARIO         |    |              | EMPRESA              |                            |                     |           |                | DNI      | 70061742         |            |
| EDAD                           | 32 | SEXO                  | F  | CATEGORIA    | A-I                  |                            | TIPO DE EVALUACION: | NUEVO     | REVALIDACION   | X        | RECATEGORIZACION |            |
| HORA DE INICIO:                |    | 18:11                 |    | ESTADO CIVIL | CASADO               |                            | OCCUPACION          |           |                | ABOGADA  |                  |            |
| 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.<br>AUD. EXTER    | OD | NORMAL       | OI                   | NORMAL                     | TIMPANO             |           | OD             | NORMAL   | OI               | NORMAL     |

## AUDIOGRAMA

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

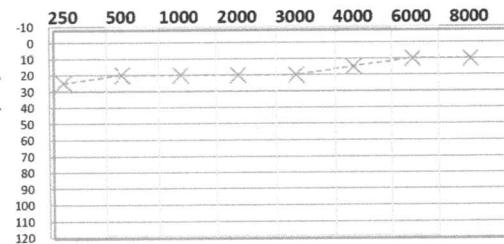
### Frecuencia (Hz)



PTP 15

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

### Frecuencia (Hz)



PTP 20

CONCLUSIONES: 15 dB - NORMOACUSIA

RECOMENDACIONES: NINGUNA

|                     |  |                     |
|---------------------|--|---------------------|
| paciente            |  |                     |
|                     |  | Firma de Postulante |
| HORA TERMINO: 18:26 |  |                     |

**GH & A Servicios Médicos**  
  
**Cástulo Hugo Rivera Roque**  
 MÉDICO CIRUJANO  
 Sello y Firma del Profesional

## V. EVALUACION CLINICA

HORA INICIO

18:27

## 1. Anamnesis

Motivo: *Examen clinico por lic. de orden*

## 2. Enfermedad Actual

Tiempo de enfermedad: *—* Forma inicio: *—* Curso: *—*  
 Sintomas principales: *No Ref.*

## 3. Antecedentes Personales

|  | SI | NO | OBSERVACIONES |
|--|----|----|---------------|
| <b>A. Sistema Cardio-Respiratorio</b>              |    |    |               |
| Insuficiencia Cardiaca                             |    |    |               |
| Trastornos del ritmo                               |    | 1  |               |
| Marcapasos y desfibrilador automatico implantable  |    | 1  |               |
| Protesis valvulares cardiacas                      |    | 1  |               |
| Cardiopatia Isquemica                              |    | 1  |               |
| Hipertension Arterial                              |    | 1  |               |
| Aneurisma de grandes vasos                         |    | 1  |               |
| Arteriopatia periferica                            |    | 1  |               |
| Enfermedad venosa                                  |    | 1  |               |
| Disnea   |    | 1  |               |
| Trastornos del sueño                               |    | 1  |               |
| Cirugia de revascularizacion                       |    | 1  |               |
| Otras enfermedades del sistema cardio-respiratorio |    | 1  |               |
| <b>B. Aparato Locomotor</b>                        |    |    | OBSERVACIONES |
| Proceso degenerativo osteoneuromuscular            |    | 1  |               |
| Prótesis   |    | 1  |               |
| Otras enfermedades del aparato locomotor           |    | 1  |               |
| <b>C. Sistema Neurologico</b>                      |    |    | OBSERVACIONES |
| Enfermedades encefalicas                           |    | 1  |               |
| Enfermedades medulares y del sistema periferico    |    | 1  |               |
| Epilepsia y crisis convulsivas                     |    | 1  |               |
| Alteraciones del equilibrio                        |    | 1  |               |
| Trastornos musculares                              |    | 1  |               |
| Accidente isquemico                                |    | 1  |               |
| Esclerosis lateral amiotrofica                     |    | 1  |               |
| Enfermedad de Duchenne                             |    | 1  |               |
| Otras enfermedades del sistema neurologico         |    | 1  |               |
| <b>D. Sistema Hematologico</b>                     |    |    | OBSERVACIONES |
| <b>1. Enfermedades Metabolicas y Endocrinias</b>   |    |    |               |
| Hipoglucemias                                      |    | 1  |               |
| Hiperglicemias o Diabetes Mellitus                 |    | 1  |               |
| Enfermedad Tiroidea                                |    | 1  |               |
| Enfermedad paratiroidea                            |    | 1  |               |
| Enfermedad adrenal                                 |    | 1  |               |
| Trastornos hepaticos                               |    | 1  |               |
| Sistema hematologico                               |    | 1  |               |
| <b>2. Trastornos Hematologicos</b>                 |    |    |               |
| Procesos sometidos a tratamiento quimioterapico    |    | 1  |               |
| Policitemia vera y poliglobulias                   |    | 1  |               |

|  |   |
|--|---|
| Anemia, Leucopenia, Trombocitopenia  |   |
| Trastornos de coagulación  |   |
| Tratamiento anticoagulante   |   |
| Otros trastornos hematológicos   |   |
| Otras enfermedades del sistema hematológico  |   |
| <b>E. Sistema Renal</b>  |   |
| Nefropatia   |   |
| Trasplante renal   |   |
| Insuficiencia renal  |   |
| Otras enfermedades del sistema renal   |   |
| <b>F. Otros</b>  |   |
| Consumo de alcohol, tabaco (Si la respuesta es si; con que frecuencia?)  | 1 |
| Consumo sustancias toxicas(Cocaina,marihuana,drogas sinteticas,si la respuesta es si, desde cuando y con que frecuencia)   | 1 |
| Consumo medicamentos (Especificar nombres de medicamentos,frecuencia y desde cuando los usa)   | 1 |
| Declaro haber brindado informacion verdadera respecto a mis antecedentes medicos y a mi estado de salud fisica y mental actual que se me consulta 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. |   |

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES




FIRMA

HUELLA

#### 4. Antropometria

Peso 81 kg Talla 158 cm IMC 32.45

#### \* Sistema Cardio-Respiratorio

Presion Arterial Sistolica

111 mmHg

Presion Arterial Diastolica

70 mmHg

Frecuencia Respiratoria Reposo

18 x'

Frecuencia de pulso reposo

65 x'

Pulsoximetria

95 %

Capacidad ventilatoria

80%

#### 5. Aparato Locomotor

Fuerza muscular



Ausencia o Desviaciones

No

Rango o movimiento articular limitado

No

Lesiones deformantes en columna vertebral

No

Lesiones deformantes en extremidades

No

|            |
|------------|
| <u>Wan</u> |
| <u>No</u>  |
| <u>No</u>  |
| <u>No</u>  |
| <u>No</u>  |

#### 6. Sistema Neurologico

Prueba Indice - Nariz

|                      |
|----------------------|
| <u>Pinsio</u>        |
| <u>Egu libio . c</u> |
| <u>No</u>            |
| <u>No</u>            |
| <u>2020</u>          |

Prueba de romber Indice - Nariz

conservado

Movimientos Involuntarios

Tono Muscular

Nociones temporoespaciales

Reflejos Osteotendinosos

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

Indice de masa corporal

Presión arterial sistólica o diastólica

Orofaringe con clasificación de Mallampati

Perímetro del cuello en centímetros

Escala de somnolencia Epworth (versión peruana)

Ronquido intenso (atestiguado por pareja o familia)

|          |
|----------|
| 32.45    |
| 111 / 70 |
| I        |
| 36       |
| 06 P     |
| No       |

Resultado

*Rpfs*

Valor (+) (-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION CLINICA

HORA TERMINO

18:42

APTO

*x*

NO APTO

OBSERVACIONES

*Muy bueno.*

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

*Dr. Obeth Sanchez Alegria*  
MEDICO CIRUJANO  
C.M.P. 63241  
Evaluación Clínica

*lupus*  
Firma y Huella Digital del  
Postulante



RESULTADO FINAL

APTO

*x*

NO APTO

OBSERVACIONES

*Muy bueno*

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

*Dr. Obeth Sanchez Alegria*  
DIRECTOR  
C.M.P. 63241

*lupus*  
Firma y Huella Digital del  
Postulante



HORA DEL TERMINO DE LA EVALUACION COMPLETA

06:43 P.M.

**Escala de Somnolencia de EPWORTH**

FECHA EVALUACION

07/02/2025

|                     |  |  |                     |             |
|---------------------|--|--|---------------------|-------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS: | BERNITA GARCIA TUGSTA.   |  |                     |             |
| DNI:                | 70061742   | EDAD                                   | 32                  |             |
| SEXO                | <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | CATEGORIA                              | A UNO. RUECA        |             |
| GRADO INSTRUCCIÓN   | SUPERIOR.  |  | FECHA DE NACIMIENTO | 01 05 1992. |
| ESTADO CIVIL        | CASADA   | LUGAR DE NACIMIENTO                    | TARAPOTO.           |             |
| OCCUPACION ACTUAL   | ABOGADA  |  | TIEMPO LABORANDO    | 10 AÑOS.    |
| ¿Ronca Usted?       | <input type="checkbox"/> SI                                      | <input checked="" type="checkbox"/> NO |                     |             |

Cuantas horas promedio por dia ,durmio la ultima semana:.....8.....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.

**Escala de Somnolencia de EPWORTH**

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

| SITUACIÓN  | PUNTUACIÓN |
|--|------------|
| Sentado y leyendo (en este momento)  | 01         |
| Viendo la T.V. (en este momento)   | 01         |
| Sentado, inactivo en un acto religioso: misa, culto (en este momento)                      | 01         |
| En carro, como acompañante de un viaje de una hora (de aquí a Santa Ana) (en este momento) | 01         |
| Recostado en sillón cómodo (en este momento)   | 0          |
| Sentado y platicando con los padres o los que viven cerca de Ud. (en este momento)         | 0          |
| Sentado después de la comida (sin tomar alcohol) (en este momento)                         | 01         |
| En su carro o el bus detenido durante algunos minutos debido al tráfico (en este momento)  | 01         |
| <b>Puntuación total (máx. 24)</b>  | 06         |

**RESULTADO.**

00-11 ptos: Rango normal de somnolencia

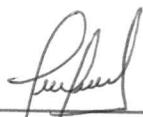
12-14 ptos: Somnolencia diurna leve

15-18 ptos: Somnolencia diurna moderada

19-20 ptos: Somnolencia diurna grave.

GHA Servicios Médicos  
Psicosomático S.A.C.Dr. Obeth Sanchez Alegria  
MEDICO CIRUJANO  
C.M.F. N.3241

MEDICO RESPONSABLE

FIRMA Y HUELLA  
DEL POSTULANTE



