



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

TARAPOTO - SUC-1

CERTIFICADO MÉDICO

Nº DE INFORME : 2024-00322-0001290

FECHA DEL INFORME : 10/12/2024 11:34:08

EVALUACIÓN MÉDICA

FECHA VENCIMIENTO : 10/06/2025



Fecha de Inicio : 10/12/2024 08:57:59

Fecha de Término : 10/12/2024 11:33:30

INFORMACIÓN DEL EVALUADO

Tipo de Documento : DNI Número de Documento : 70843535
Nombres : ROISER GUEVARA CORONEL
Dirección : CASERIO ALTO ANDINO SAN MARTIN/LAMAS/CUÑUMBUQUI
Grupo Sanguíneo : A - POSITIVO Fecha de Nacimiento : 12/10/2000

CLASE Y CATEGORÍA DEL POSTULANTE

Clase : A Categoría : A Uno - NUEVO

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	
2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA LUZ ELENA SEMPERTIGUE BURGOS	APTO	BIÓLOGO MICROBIOLOGO CBP N° 9763 RNB# N° 0301 GH & A Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C. Luz Elena Sempertigue Burgos	
3. EVALUACIÓN VISUAL HENRRY JULIÁN ROBLES FLORES	APTO	RESPONSABLE EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA GH & A Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C. Henry J. Robles Flores	
4. EVALUACIÓN AUDITIVA HENRRY JULIÁN ROBLES FLORES	APTO	MÉDICO CIRUJANO CMP 066600 GH & A Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C. Henry J. Robles Flores	
5. EVALUACIÓN CLÍNICA GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ	APTO	MÉDICO CIRUJANO CMP 088800 GH & A Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C. Dr. Gino Antony Rodriguez Lopez	
RESULTADO FINAL	APTO	GH & A Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C. Dr. Gino Antony Rodriguez Lopez	

RESTRICCIONES : NINGUNA

OBSERVACION : EVALUACION MEDICA PARA LICENCIA DE CONDUCIR



Firma y Huella Digital del Postulante Evaluado

Dr. Gino Antony Rodriguez Lopez
C.M.P. 63875
DIRECTOR
GH & A Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C.
Dr. Gino Antony Rodriguez Lopez
C.M.P. 63875
Director Médico
GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

TARAPOTO - SUC-1

INFORME MÉDICO

Nº DE INFORME : 2024-00322-0001290

FECHA : 10/12/2024

EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 10/12/2024

Fecha de Término : 10/12/2024

Hora de Inicio : 08:57:59

Hora de Término : 11:33:30

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de Documento : DNI

Nº de Documento : 70843535

Apellido Paterno : GUEVARA

Apellido Materno : CORONEL

Nombres : ROISER

Fecha de : 12/10/2000

Sexo

: MASCULINO

Teléfono

Dirección : CASERIO ALTO ANDINO SAN MARTIN/LAMAS/CUÑUMBUQUI

CLASE, CATEGORÍA Y CONDICIÓN DEL POSTULANTE

Clase : A

Categoría

: A Uno - NO PROFESIONAL

Trámite : NUEVO

Condición

: APTO

Postulante a licencia de conducir



Huella dactilar

1. ANÁLISIS DE LABORATORIO

GRUPO SANGUÍNEO O FACTOR RH

GRUPO SANGUÍNEO

A

FACTOR RH

POSITIVO

Resultado Final de Análisis de Laboratorio

APTO

Observaciones

--

Hora Inicio : 08:59

Hora Término : 09:07

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

Rocky Michael Cueva Montoya
BIOLOGO MICROBIOLOGO
CBP N° 9763 - RNPE 3010391
Responsable de Análisis de Laboratorio
ROCKY MICHAEL CUEVA MONTOYA




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 : 09:09

Hora Término : 10:10

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

Luz Elena Sempertigue Burgos

C.Ps.P. N° 33137
RESPONSABLE DE ASOCIACIÓN 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

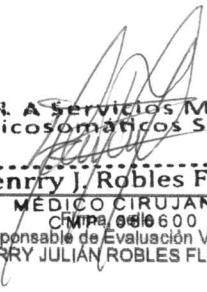
NINGUNA

Observaciones

-

Hora Inicio : 10:42

Hora Término : 10:58


G.H.R. A. SERVICIOS MÉDICOS
PSICOSOMÁTICOS S.A.C.

Henry J. Robles Flores

MÉDICO CIRUJANO

CHMPA/0816600

Responsable de Evaluación Visual

HENRY JULIÁN ROBLES FLORES




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

Hora Inicio : 10:59

Hora Término : 11:16

U H A: A SERVICIOS MÉDICOS
Psicosomáticos S.A.C.

Henry J. Robles Flores
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 086300

Firma, sello
Responsable de Evaluación Auditiva
HENRRY JULIÁN ROBLES FLORES




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

EXAMEN FÍSICO

A. ANTROPOMETRÍA

PESO (KG)	74
TALLA (CM)	157
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	30.02

B. SISTEMA CARDIO-RESPIRATORIO

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (MMHG)	100
PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (MMHG)	60
FRECUENCIA RESPIRATORIA EN REPOSO	18
FRECUENCIA DE PULSO EN REPOSO	75
PULSioxIMETRÍA	97
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 : 11:17

Hora Término : 11:33

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

Firma sellado Lopez
Dr. (Responsable de Evaluación Clínica
GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ
C.M.P. 63875



Firma y huella digital
Postulante

RESULTADO FINAL

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

GH & A Servicios Médicos
Psicosomático S.A.C.
Dr. Gino Antony Rodriguez Lopez
Firma sellado y huella digital
C.M.P. 63875
DIA Evaluador Médico
GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ



Firma y huella digital
Postulante

Hora término de la evaluación completa : 11:34 a. m.

GH & A Servicios Médicos
Psicosomático S.A.C.
Dr. Gino Antony Rodriguez Lopez
C.M.P. 63875
DIA Evaluador Médico
GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ

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

Fecha de inicio: 10-Dic-24
Hora de inicio: 08:57 am
FECHA EXPED.:

Fecha de término: 10-Dic-24
Hora término: 11:33 am
FECHA VENC.:

DATOS DEL POSTULANTE							
Tipo de documento:		DNI <input checked="" type="checkbox"/>	C.EX. <input type="checkbox"/>	Nº de Documento:		70843535	
Apellido Paterno:		GUEVARA		Apellido Materno:		CORONEL	
Nombre: ROISER							
Fecha de Nacimiento:		12-Oct-00	Sexo: M	Edad: 24	años	Nº Celular:	901659294
Estado Civil:		SOLTERO (A)	Grado de Inst.:	SECUN. COMPLETA		Ocupación:	ESTUDIANTE
Lugar de Nacimiento:		CAJAMARCA					

Tipo de trámite:		Nueva <input checked="" type="checkbox"/>	Revalidación <input type="checkbox"/>	Recategorización <input type="checkbox"/>			
Categoría:		A-I <input type="checkbox"/>	No Profesional <input checked="" type="checkbox"/>	Profesional <input type="checkbox"/>			
Correo: guevarac.17@gmail.com							
Dirección: CASERIO ALTO ANDINO -CUÑUMBUQUI							




FIRMA Y HUELLA DIGITAL

I. ANÁLISIS DE LABORATORIO

1. Examen Toxicológico

A. Prueba Rápida de Alcolimetría

Resultado (+)

HORA 08:59 am

Valor

0.00 %

B. Prueba Rápida para Cocaína, Marihuana y Drogas Sintéticas

Resultado a Coaína

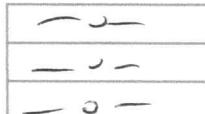
(+) (-)

Resultado a Marihuana

(+) (-)

Resultado a Drogas Sintéticas

(+) (-)



C. Grupo Sanguíneo y Factor Rh

Grupo sanguíneo "A"

Factor Rh B+

Observaciones: Ninguno

RESULTADO FINAL DE ANÁLISIS DE LABORATORIO

HORA 09:07 am

APTO

NO APTO




Firma y Huella Digital
Postulante

GHA Servicios Médicos
Psicosomáticos S.A.C.
Rudy Michael Cueva Montoya
BIOLOGO MICOBIOLOGO
C.I.P N° 9763 - R.N.B.E N° 0391
Responsable de Análisis de Laboratorio

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	
Guevara	Coronel	Roisery	
EDAD: 24 años	DNI / CE: 70843535	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
F. NAC.: 12/10/00	OCCUPAC: Estudiante	G. INST.: Secundaria comp.	
CATEG: A-I	NUEVO: <input checked="" type="checkbox"/>	REVALIDACIÓN: <input type="checkbox"/>	RECATEGORIZACIÓN: <input type="checkbox"/>
FEC. INICIO: 10/12/24	LUG. DE NAC.: Catamarca	ES. CIVIL: Soltero	
HORA DE INICIO: 08:59 am	HORA DE TERMINO: 09:07 am		

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"	<input checked="" type="checkbox"/>	"B"		"AB"		"O"	
FACTOR RH	POSITIVO		<input checked="" type="checkbox"/>	NEGATIVO				
ALCOHOL	0.00%	<input checked="" type="checkbox"/>	OTRO VALOR %					

Valor permisible: Menor a 0.05%



Firma y Huella
POSTULANTE



GH & A Servicios Médicos
Psicosomáticos S.A.C

Rocky Michael Cueva Montoya
BIOLOGO / MICROBIOLOGO
CBP N° 9763 - RNBE N° 0391
RESPONSABLE DE LABORATORIO

II. EVALUACION PSICOLOGICA

HORA INICIO

09:09 am

ANAMNESIS:

MOTIVO DE EVALUACION :

Licencia de conducir

Experiencia conducir

4 años

Nº Infracciones

Tipo infracciones

Leve

Grave

Muy Grave

Nº Accidentes

Ninguno

Antecedentes Psicopatologicos

Personales:		Familiares:	
Consumo de farmacos	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" 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 type="checkbox"/> No
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 type="checkbox"/> No
Cansancio y fatiga	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
Has recibido algun tratamiento psiquiatrico o psicologico anteriormente			Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Has sufrido usted de alteraciones graves del estado de animo			Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Cuantas horas trabaja manejando al dia		4 horas	

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

Luz Elena Sempertigue Burgos

C.P.S. P. N° 33137

RESPONSABLE EVALUACION PSICOLOGICA

Firma, Sello y Firma Responsable de la Evaluacion Psicologica

Firma y Huella Digital 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

43
0.41
31/3

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

B. Pruebas o Sub Test

Diseño de Cubos (Weschler)

Benton forma C

Apto

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

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
(+) (-) profesional

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
(+) (-) profesional

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)

--

(+) (-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION PSICOLOGICA

HORA TERMINO

10:10 a.m.

APTO



NO APTO



Declaro que la evaluación realizada es correcta y que el resultado es Apto.

OBSERVACIONES	Ninguna
---------------	---------

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

Luz Elena Sempertigue Burgos
C.Ps.P. N° 33137
Firma, Señorita Evaluacion Psicologica
Evaluacion Psicologica

Firma y Huella Digital del
Postulante



Nombre: Guevara Coronel Roiser
 DNI: 70843535
 Sexo: Masculino
 Edad: 24 años. (12/10/2000)
 Grupo sanguíneo: A +
 Estado civil: Soltero
 Estudios: Secundarios
 Domicilio: Caserío Alto Andino - Cuñumbuqui

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

10/12/2024 - Licencia: A1 (Particular) - Trámite: - RESULTADO: APROBADO

Test de reactimetría simple

Prueba #1: 0.34 Segundos (Rápido)	Prueba #2: 0.34 Segundos (Rápido)
Prueba #3: 0.36 Segundos (Rápido)	Prueba #4: 0.34 Segundos (Rápido)
Prueba #5: 0.43 Segundos (Medio lento)	Prueba #6: 0.34 Segundos (Rápido)
Prueba #7: 0.34 Segundos (Rápido)	Prueba #8: 0.91 Segundos (Muy Lento)
Prueba #9: 0.42 Segundos (Medio lento)	Prueba #10: 0.30 Segundos (Muy rápido)

Resultado: APROBADO Promedio: 0.41 Segundos

Responsable de este examen: Administrador

Test de palancas

Tiempo de error: 3.93 (Aprobado)
Cantidad de errores: 1 (Aprobado)
Tiempo de examen: 32.00 (Aprobado)

Resultado: APROBADO

Responsable de este examen: Administrador

Test de punteado

Cantidad de errores: 3 (Aprobado)
Cantidad de aciertos: 31 (Aprobado)
Tiempo de acierto: 4.16 (Aprobado)

Resultado: APROBADO

Responsable de este examen: Administrador

Conclusiones: APTO

Recomendaciones: NINGUNA

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

.....
Luz Elena Sempertigue Burgos
C.P.S.P. N° 33137
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: *Rosier Teuvarra Coronel* D.N.I.: *70843535*

EDAD: *24* FECHA DE NACIMIENTO: *19 / 10 / 2000* LUGAR NAC: *Cajamarca*

SEXO: *M* ESTADO CIVIL: *Soltero* GRADO DE INSTRUCCIÓN: *Secundaria completa*

OCCUPACIÓN: *Estudiante* CATEGORIA: *A1 Nuevo*

MOTIVO DEL EXAMEN: *Licencia de conducir* FECHA DE EXAMEN: *10-12-2024*

DIRECCIÓN: *Tr. 10 de agosto # 535*

TELÉFONO: *901659944* NIVEL DE INTELIGENCIA (Conocido o estimado):

HORA INICIO: *09:10 am* HORA TERMINO: *09:20 am* EXAMINADO POR:

LAMINA	Reproducción correcta	VALORACION DE ERRORES						TOTAL ERRORES	
		Omisión	Distorsión	Perseveración	Rotación	Desplazamiento	Tamaño	Derecha	Izquierda
<i>I</i>	<i>/</i>								
<i>II</i>	<i>/</i>								
<i>III</i>	<i>/</i>								
<i>IV</i>	<i>/</i>								
<i>V</i>	<i>/</i>								
<i>VI</i>	<i>/</i>	<i>N O R M A L</i>							
<i>VII</i>	<i>/</i>								
<i>VIII</i>	<i>/</i>								
<i>IX</i>	<i>/</i>								
<i>X</i>	<i>/</i>								
TOTALES	<i>10</i>								
TOTAL ERRORES:									

REPRODUCCIONES CORRECTAS: «ESPERADAS» *10* OBTENIDAS *10* DIFERENCIA *0*

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



DIAGNOSTICO:

No signos orgánicos

NOMBRE: Roiser Zevevara Coronel

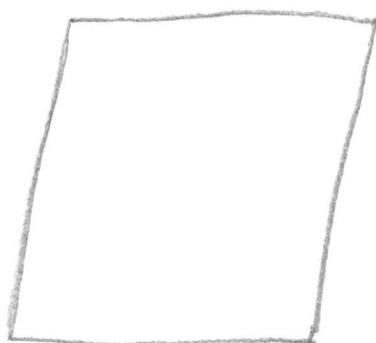
FECHA: 10-12-24

DNI: 70843535

FECHA NAC: 12-10-2000

SEXO: Masculino

EDAD: 24 años



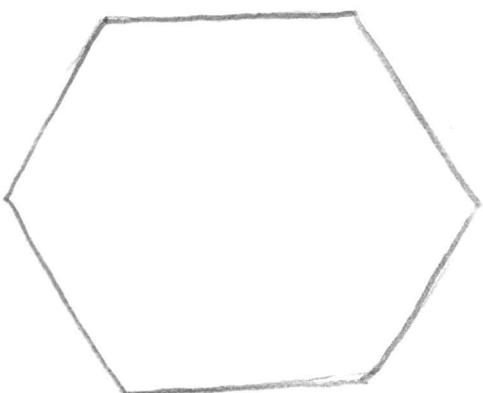
ESTADO CIVIL: Soltero

GRADO INST: Secundaria

OCUP: Estudiante

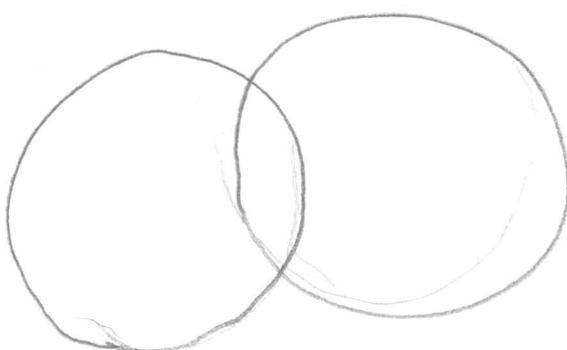
CATEGORIA: A-1 Medio

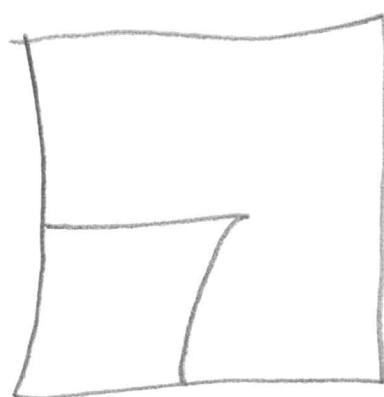
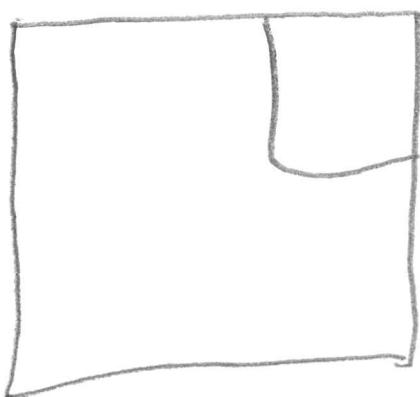
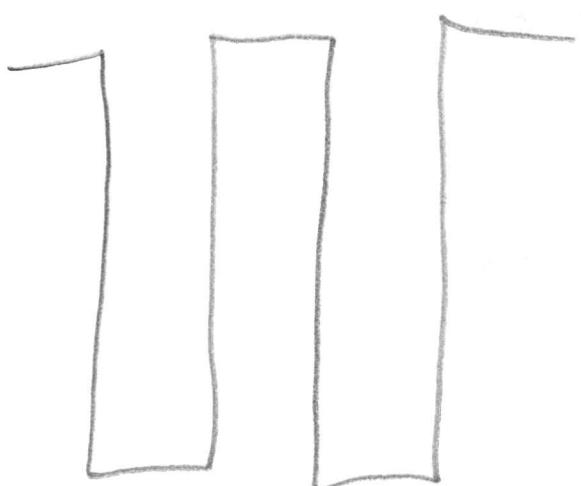
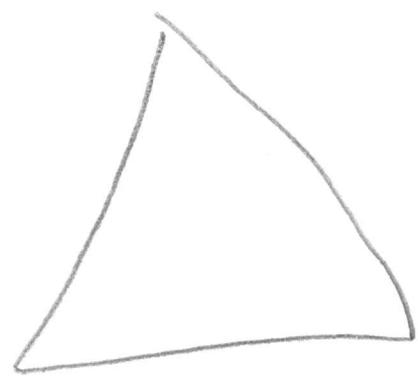
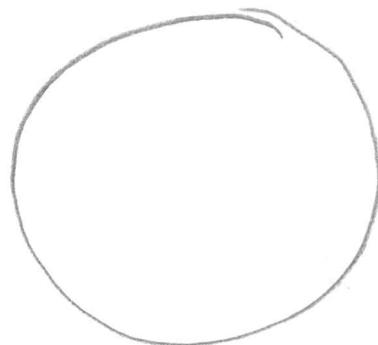
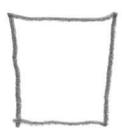
LUGAR DE NAC: Cajamarca

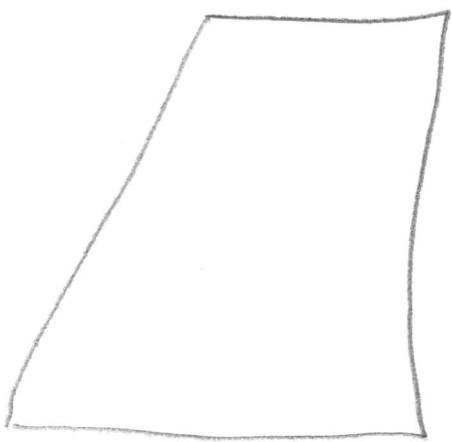
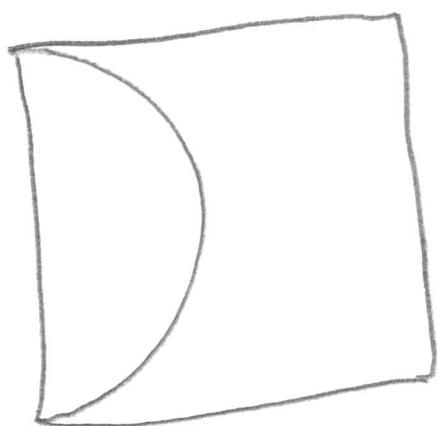
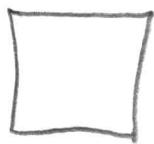
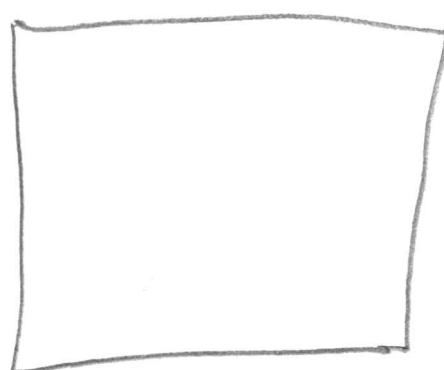
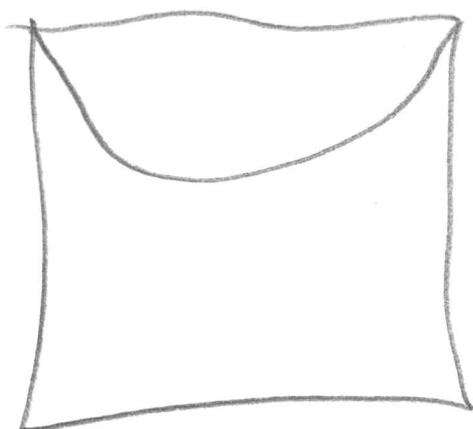
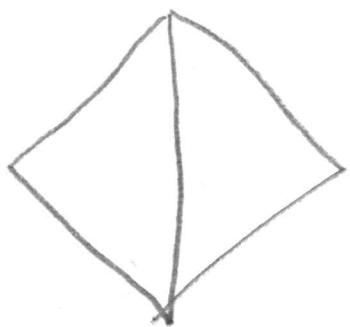
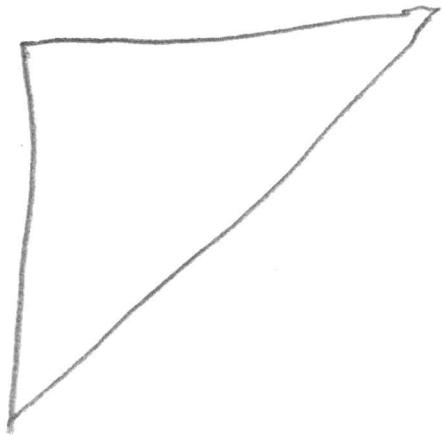


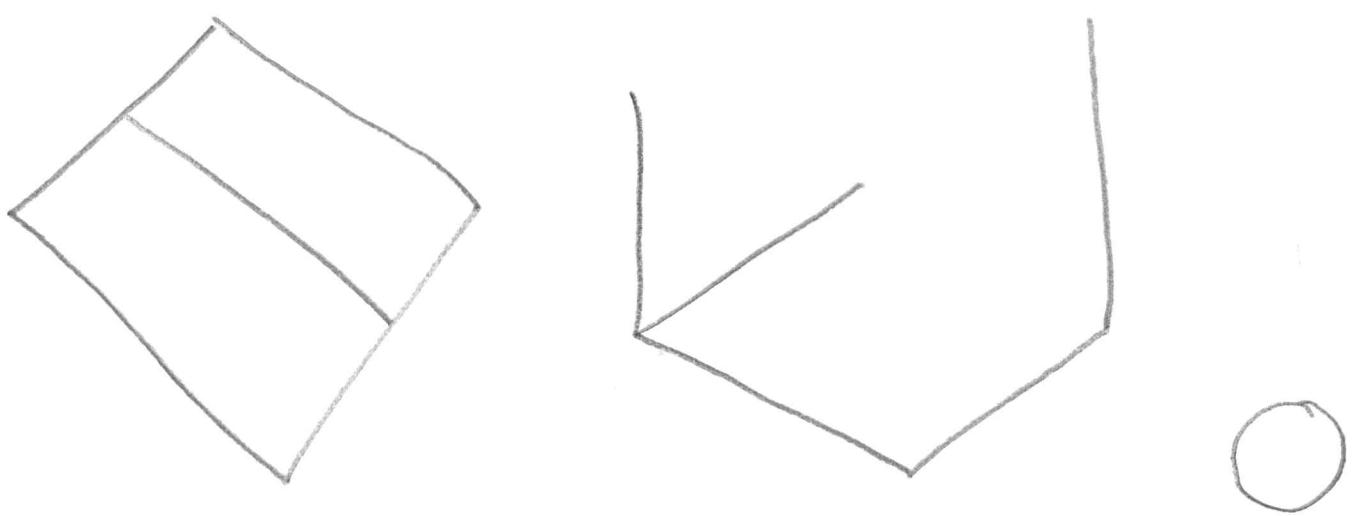
GH B.A Servicios Médicos
Psicosomáticos S.A.C.

Luz Elena Sempertigue Burgos
C.P.S.P. N° 33137
RESPONSABLE EVALUACIÓN PSICOPATOLOGICA







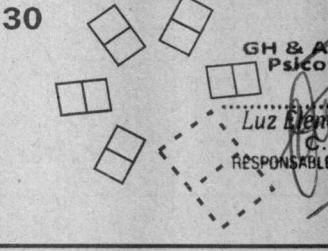
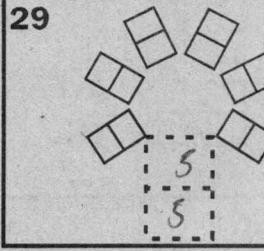
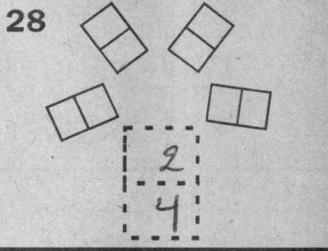
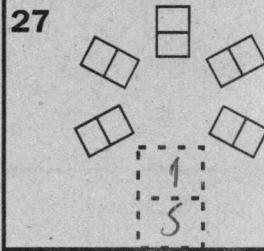
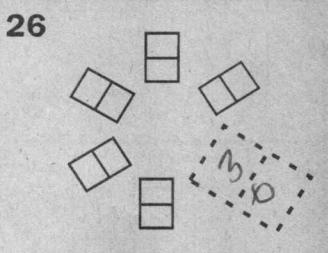
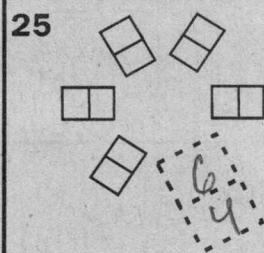


Test de Dominos (Anstey)

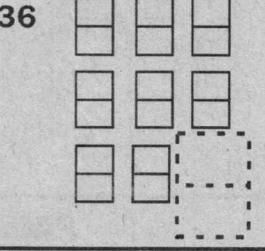
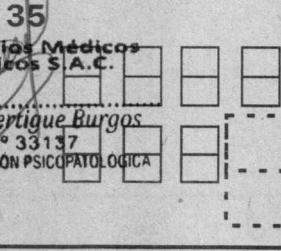
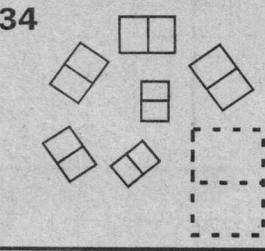
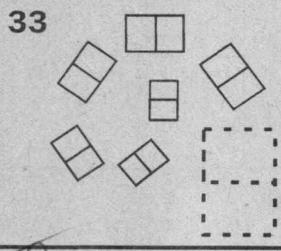
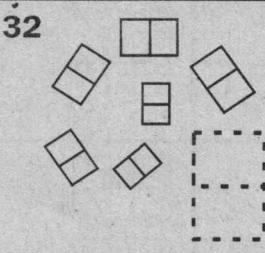
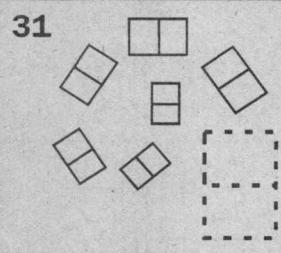
D.N.I. 70843535

Nombre: Roiger Jovevara Coronel				Fecha de hoy: 10 Día	12 Mes	2024 Año	PD 29
Fecha de Nacimiento: 19 10 2000		Escolaridad: Secundaria	G. Instrucción:	Estado Civil: Soltero	Edad: 24	Pc 50	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F	Lugar de Nacimiento: Cajamarca	Ocupación: estudiante			Rango		
Motivo del Examen: licencia de conducir				Categoría: Al nuevo			
Dirección: Jr. 10 de agosto 535				Hora Inicio: 09:21 am			Hora Termino: 09:36 am
Teléfono: 901 659294		Administración: Individual <input type="radio"/> Colectiva <input checked="" type="checkbox"/> Test <input type="radio"/> Retest <input type="radio"/> Diagnóstico:		Normal al Fénmeno Mecánico			

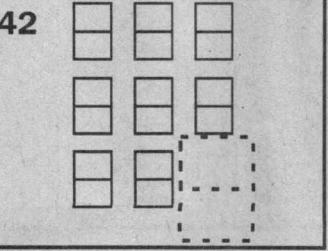
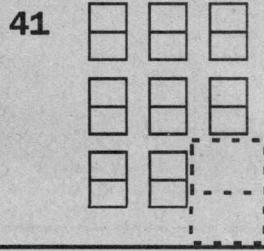
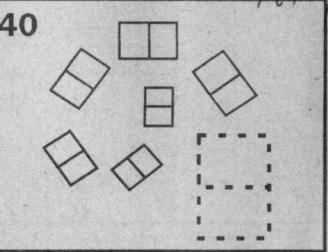
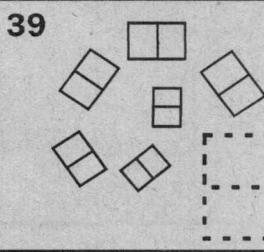
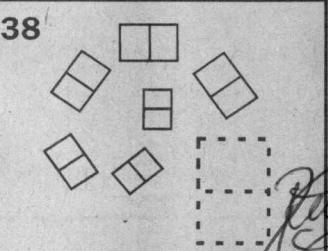
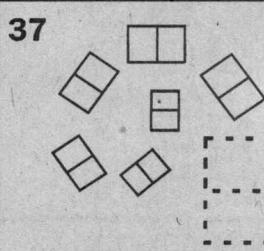
PAGINA 5



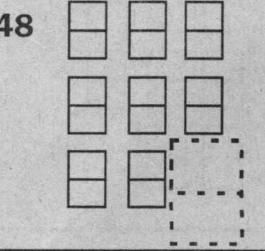
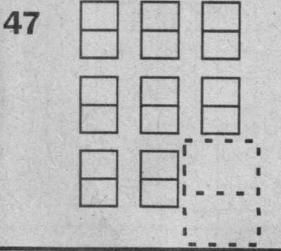
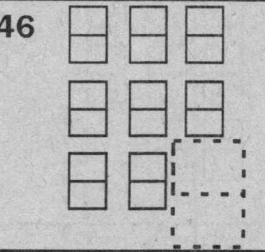
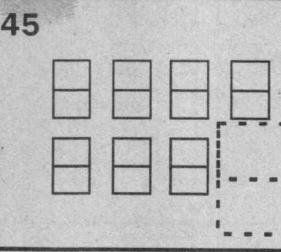
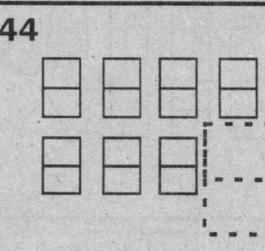
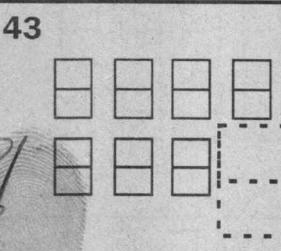
PAGINA 6



PAGINA 7

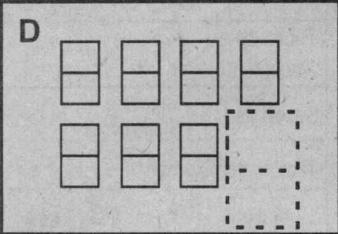
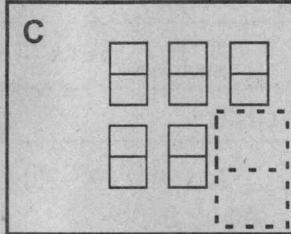
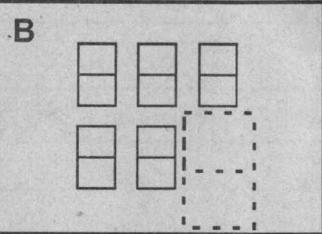
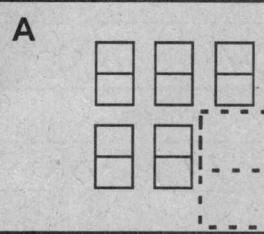


PAGINA 8



Hoja de Respuestas

EJEMPLOS



PAGINA 1

1	
2	
3	
4	
5	
6	

PAGINA 2

7	
8	
9	
10	
11	
12	

PAGINA 3

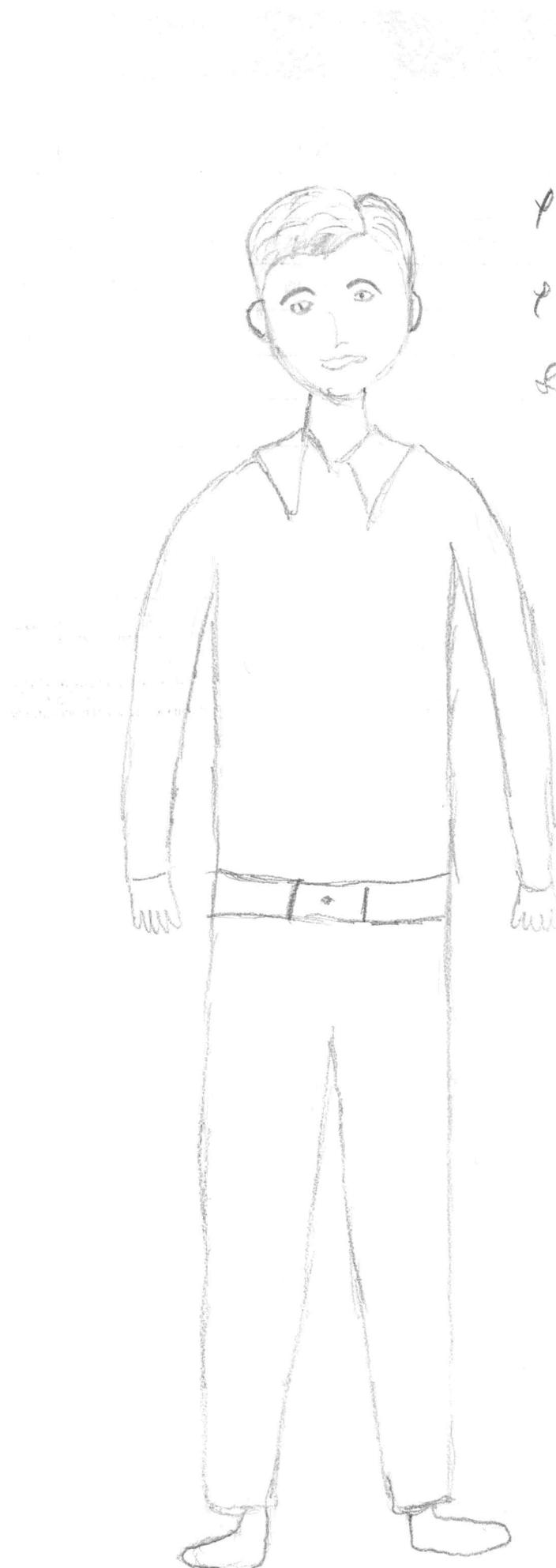
13	
14	
15	
16	
17	
18	

PAGINA 4

19	
20	
21	
22	
23	
24	

NOMBRE y APELLIDO		Roiser Juevara Coronel						
EDAD	24 años	DNI	70843535	FECHA DE NAC.	12	10	2000	
SEXO	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	GRADO INST.	Secundaria	OCUPACION	Estudiante		
ESTADO CIVIL	Soltero	CATEGORIA	A1	Fecha Evaluacion	10	12	24	
TIPO DE EVALUACION	NUEVO	<input checked="" type="checkbox"/>	REVALIDACION		RECATEGORIZACION			
LUGAR DE NACIMIENTO	Cajamarca							
HORA DE INICIO	09:37 am							
HORA DE TERMINO	09:43 am							

FIRMA POSTULANTE			<p>GH & A Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C.</p> <p>Luz Elena Semperitique Burgos Firma R.S.T.I.N. 03137 RESPONSABLE EVALUACION PSICOPATOLÓGICA</p>
---------------------	--	--	--



• Responsabilidad
• Puntual
• Honestidad

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Roiger Tavevara Coronel D.N.I.: 70843535
 EDAD: 24 FECHA DE NACIMIENTO: 12 / 10 / 90 LUGAR NAC: Cajamarca
 SEXO: M ESTADO CIVIL: Soltera GRADO DE INSTRUCCIÓN: Secundaria completa
 OCUPACIÓN: Estudiante CATEGORÍA: A1 menor
 MOTIVO: Licencia de conducir FECHA DE EXAMEN: 10-12-2024
 DIRECCION: Jr. 10 de agosto # 535
 TELEFONO: 901659294
 HORA INICIO: 09:44 am HORA TERMINO: 09:54 am

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	39.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	22.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	42.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	24.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	25.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	28.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	47.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	49.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	50.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	32.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	52.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	34.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	35.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	54.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	55.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	56.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	38.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	57.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

N:

8

E:

12

L:

3

DIAGNOSTICO:

Estable / Alfanú
Extrovertido

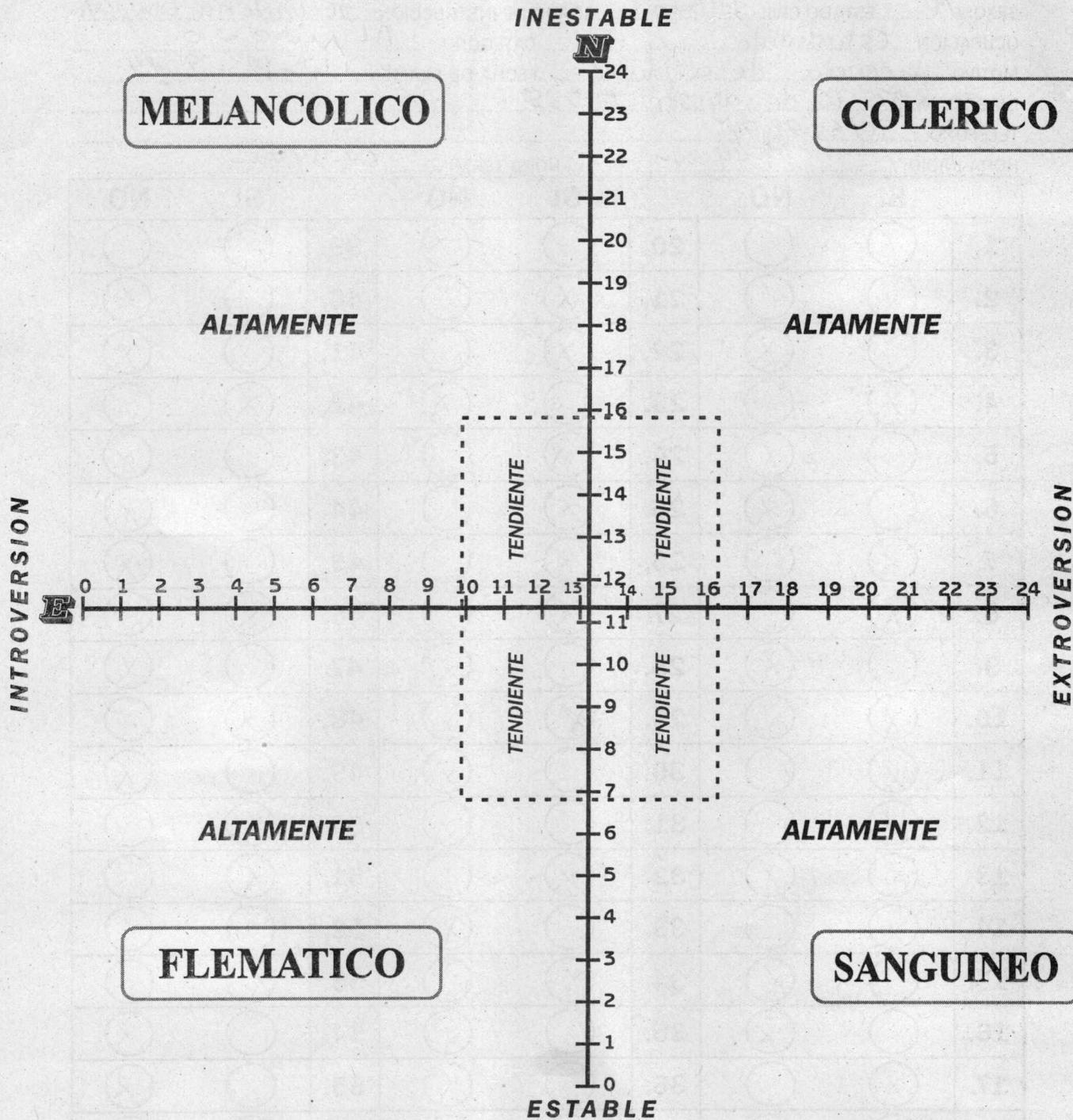
GHA Servicios Médicos
Psicosomáticos S.A.C.

Luz Elena Semperfijue Burgos
C.P.S.P. N° 33.137
RESPONSABLE EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA

TABLA DE CALIFICACION EYSENCK & EYSENCK

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

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



DIAGNÓSTICO:

Fecha: 10/12 124

TEST DE ALCOHOLISMO (TEST AUDIT)

HORA INICIO 09:55am

HORA TERMINO 10:05am

Nombre: Roiser Tovar Coronel

Edad: 24 SEXO M

DNI: 70843535

F.NAC: 12.10.2000

OCUPACION: Estudiante

LUGAR NAC.

Cajamarca

EST. CIVIL Soltero

CATEGORIA A1 Nuevo

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

1

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

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 Semanalmente 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.

Luz Eleni Semperio Burgos
Firma del responsable de la
evaluación psicopatológica


Firma y huella del
Postulantes

Resultados:

IM: No Riesgo

SCL-90-R

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

Nombre: Roiser Tevera coronel

Edad: 24 años

Fecha de hoy: 10-12-2024

DNI: 70843535

Fecha de nacimiento: 12-10-2000

CATEGORIA: Alumno

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

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

Educación:

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

Estado civil:

<input checked="" type="radio"/> ♂	Soltero
<input type="radio"/> O	Casado

<input type="radio"/> O	Divorciado
<input type="radio"/> O	Separado

<input type="radio"/> O	Viudo/a
<input type="radio"/> O	Conviviente

Ocupación: Estudiante

Lugar de nacimiento: Cajamarca

Lugar de residencia actual: Jr. 10 de agosto # 535

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.

1. Problemas de sueño

2. Problemas de digestión

HORA DE TERMINO: 10:10 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	Tremblores 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.	/				

RESULTADOS DE EVALUACION SCL-90-R

	T	
Indice de severidad global (IGS)	30	No presenta desordenes Principales
Total de sintomas positivos (TSP)	30	No presenta Malestar
Indice de malestar sintomatico positivo (IMSP)	30	No finge Enfermedad
Somatizaciones	90	Normal
Obsesiones, Compulsiones	30	Normal
sens. Interpersonal	30	Normal
Depresion	30	Normal
Ansiedad	30	Normal
Hostilidad	30	Normal
Ansiedad fobica	30	Normal
Ideacion paranoides	30	Normal
Psicoticismo	30	Normal

RESULTADOS

APTO 

NO APTO 

GHA Servicios Médicos
Psicosomáticos S.A.C.

Luz Elena Sempertigue Burgos
C.P. P. N.º 33137
RESPONSABLE DE VALORACION PSICOPATOLOGICA
Evaluador


Firma y huella
del postulante



III. EVALUACION VISUAL

1. Agudeza Visual (Vision Lejana)

S/C OD 20/20 OI 20/20

AMBOS OJOS

20/20

HORA INICIO

10:42 am

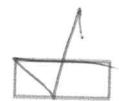
C/C OD OI (+) (-)

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

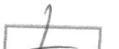
 (+) (-)

5. Vision Nocturna

Resultados

OD PC

OI PC

 (+) (-)

6. Encandilamiento

Resultados

OD 45

OI 45

 (+) (-)

7. Campo Visual

Resultados

OD 85

OI 85

 (+) (-)

RESULTADO DE LA EVALUACION VISUAL

HORA TERMINO

10:58 am

APTO



NO APTO



OBSERVACIONES

Ninguna

U.H.A. SERVICIOS MEDICOS
Psicosomáticos S.A.C.

Henry J. Robles Flores

MÉDICO CIRUJANO

Firma, Sello y Escribible de
Evaluacion Visual



Firma y Huella Digital del
Postulante



HORA INICIO

10:42 am

Nombre: Guevara Coronel Roiser
 DNI: 70843535
 Sexo: Masculino
 Edad: 24 años. (12/10/2000)
 Grupo sanguíneo: A +
 Estado civil: Soltero
 Estudios: Secundarios
 Domicilio: Caserío Alto Andino - Cuñumbuqui

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

10/12/2024 - Licencia: A1 (Particular) - Trámite: Licencia nueva - 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		03:35 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

10:58 am

A Servicios Médicos
Cosomáticos S.A.C.

Dr. V.H. Robles Flores
Médico Cirujano
C.M.P. 088600

FIRMA DEL EVALUADOR




FIRMA DEL EVALUADO
Pagina N° 1

IV. EVALUACION AUDITIVA

1. Otoscopia Con Aud.Ext.
Timpano



OI  (+) (-)
OI  (+) (-)

2. Examen Auditivo (Audiometria)

Via Aerea

OD = o
OI = x

Via Osea

OD = <
OI = >

PDT= 500+1000+2000/3

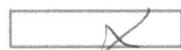
	125	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
0									
10									
20									
30									
40									
50									
60									
70									
80									
90									
100									
110									
120									

Frecuencia (Hz)

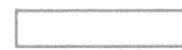
Oido Derecho	15 dB
Oido Izquierdo	15 dB
Ambos Oidos	15 dB

Perdida Auditiva
ND

APTO



NO APTO



OBSERVACIONES

Normal

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

Henry J. Robles Flores

MEDICO CIRUJANO

Firma , Tele MP 088890

Evaluacion Auditiva



Firma y Huella Digital del

Postulante



RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION AUDITIVA

HORA TERMINO

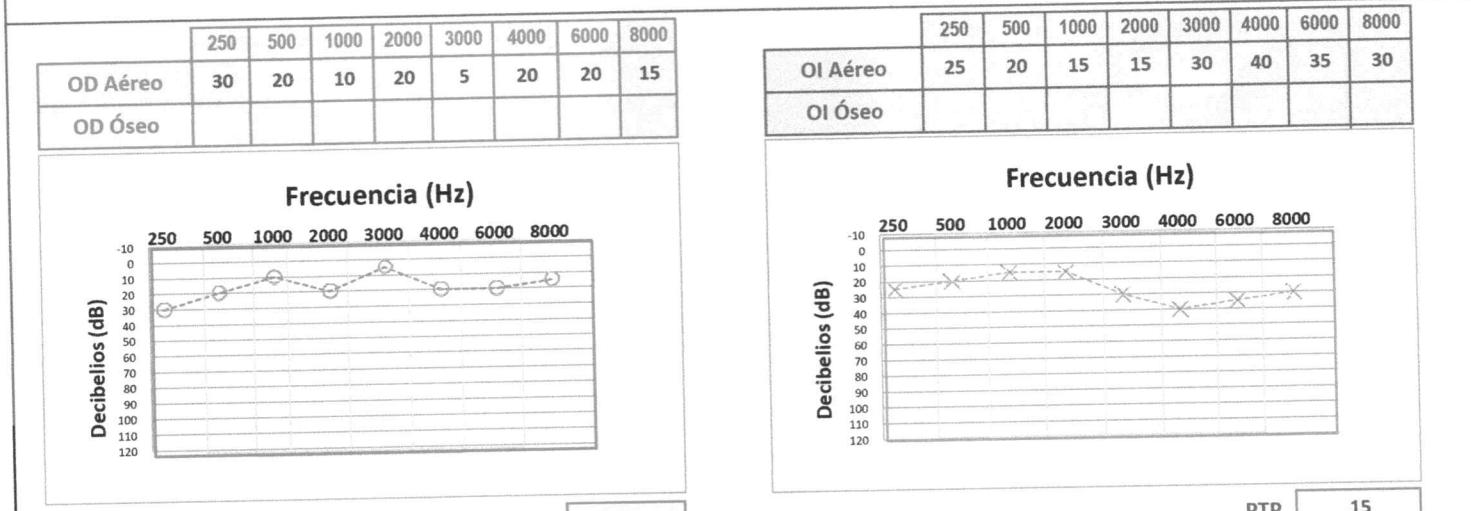
11:16 am

FICHA DE EVALUACION AUDIOMÉTRICA PARA TRABAJADORES Y CONDUCTORES



NOMBRE Y APELLIDOS		RIOSER GUEVAR CORONEL									Fecha de examen	
Fecha del nacimiento		12/10/2000	EXAMEN	LICENCIA DE CONDUCIR		X	Periódica		Retiro		Otro	
GRADO INSTRUCCIÓN		SECUNDARIA		EMPRESA								DNI 70843535
EDAD	24	SEXO	M	CATEGORIA	A-I	TIPO DE EVALUACION:	NUEVO	X	REVALIDACION			RECATEGORIZACION
HORA DE INICIO:		10:59 am		ESTADO CIVIL		SOLTERO	OCCUPACION			ESTUDIANTE		
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



CONCLUSIONES: 15 dB - NORMOACUSIA

RECOMENDACIONES: NINGUNA

paciente		
	Huella	Firma de Postulante

HORA TERMINO: 11:16 am

- : Vía aérea del OD
- × : Vía aérea del OI
- : Vía ósea del OD (OD enmascarado)
- : Vía ósea del OI (OI enmascarado)
- △ : Vía ósea del OD (sin enmascarar OD)
- △ : Vía ósea del OI (sin enmascarar OI)
- ▽ : Vía ósea del OD (sin enmascarar OD)
- ▽ : Vía ósea del OI (sin enmascarar OI)
- △ : Vía aérea del OD con OI enmascarado
- : Vía aérea del OI con OD enmascarado
- △ : Úmbrales de desconfort.
- ▽ : Ausencia de umbral.

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

Henry J. Robles Flores
MEDICO CIRUJANO
Sello MIPROFESIONAL

V. EVALUACION CLINICA

1. Anamnesis

Motivo: *Evaluación médica para inicio de*
tratamiento

HORA INICIO

11:17 am

2. Enfermedad Actual

Tiempo de enfermedad:

Forma inicio:

Curso:

Sintomas principales:

Anteojos

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

Hipoglucemias	/	OBSERVACIONES
Hiperglicemias o Diabetes Mellitus	/	
Enfermedad Tiroidea	/	
Enfermedad paratiroides	/	
Enfermedad adrenal	/	
Trastornos hepaticos	/	
Sistema hematologico	/	

OBSERVACIONES

2. Trastornos Hematologicos

Procesos sometidos a tratamiento quimioterapico	/	OBSERVACIONES
Policitemia vera y poliglobulias	/	

Anemia, Leucopenia, Trombocitopenia	/
Trastornos de coagulación	/
Tratamiento anticoagulante	/
Otros trastornos hematológicos	/
Otras enfermedades del sistema hematológico	/
E. Sistema Renal	
Nefropatia	/
Trasplante renal	/
Insuficiencia renal	/
Otras enfermedades del sistema renal	/
F. Otros	
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 consciente que el ocultar o falsear informacion puede conllevar consecuencias legales, por lo que asumo la responsabilidad de ello.	

OBSERVACIONES

Ocasion




FIRMA

HUELLA

4. Antropometria

Peso 74 kg Talla 157 cm IMC 30.0

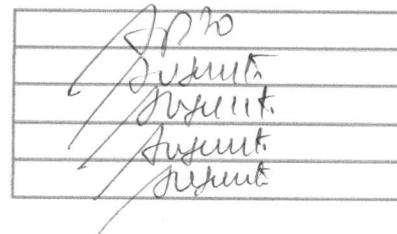
* Sistema Cardio-Respiratorio

Presion Arterial Sistolica
Presion Arterial Diastolica
Frecuencia Respiratoria Reposo
Frecuencia de pulso reposo
Pulsoximetria
Capacidad ventilatoria

100	mmHg
60	mmHg
18	x'
75	x'
97	%
APTO	

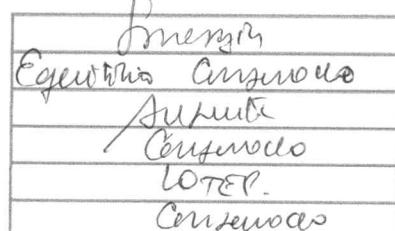
5. Aparato Locomotor

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



6. Sistema Neurologico

Prueba Indice - Nariz
Prueba de romber Indice - Nariz
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)

30.0
100/60 mmHg
11
40 cm
05 puntos.
X/0.

Resultado

Valor (+) (-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION CLINICA

HORA TERMINO

11:33 am

APTO

NO APTO

OBSERVACIONES

GH & A Servicios Médicos Psicosomático S.A.C.
 Dímina, Antonio Rodríguez López
 MEDICO
 Firma, Sello Responsable de
 Evaluación Clínica

Firma y Huella Digital del
 Postulante



RESULTADO FINAL

APTO

NO APTO

OBSERVACIONES

GH & A Servicios Médicos Psicosomático S.A.C.
 Dímina, Antonio Rodríguez López
 MEDICO
 Firma, Sello Responsable del
 Director médico

Firma y Huella Digital del
 Postulante



HORA DEL TERMINO DE LA EVALUACION COMPLETA

11:34 am

Escala de Somnolencia de EPWORTH

Apellido Paterno Euevara	Apellido Materno coronel	Nombres Roisier
EDAD 24 años	DNI 70843535	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
F. NAC. 12/10/2000	E. CIVIL Soltero	G° INSTRUCCION Secundaria
OCCUP. ACTUAL Estudiante	TIEMPO LABORANDO 3 horas diarias	
Lugar de nacimiento: Cajamarca	Categoría A-1 Nuo up	
Fecha. EVALUACIÓN 10/12/2024		

¿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: 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.

SITUACIÓN	PUNTUACIÓN
Sentado y leyendo (en este momento)	0
Viendo la T.V. (en este momento)	1
Sentado, inactivo en un acto religioso: misa, culto (en este momento)	1
En carro, como acompañante de un viaje de una hora (de aquí a Santa Ana) (en este momento)	0
Recostado en sillón cómodo (en este momento)	2
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)	1
En su carro o el bus detenido durante algunos minutos debido al tráfico (en este momento)	0
Puntuación total (máx. 24)	5

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.


FIRMA Y HUELLA
Del Postulante



GH & A Servicios Médicos
Psicosomático S.A.C.
Dr. Gino Antonio Rodríguez López
MEDICO CHIANGUELO
725
Médico Responsable

