



PERÚ

Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones

TARAPOTO - SUC-1

## CERTIFICADO MÉDICO

Nº DE INFORME : 2025-00322-0000180

FECHA DEL INFORME : 4/02/2025 10:39:36

## EVALUACIÓN MÉDICA

FECHA VENCIMIENTO : 4/08/2025



Fecha de Inicio : 4/02/2025 08:26:56

Fecha de Término : 4/02/2025 10:38:51

## INFORMACIÓN DEL EVALUADO

Tipo de Documento : DNI Número de Documento : 00927902  
 Nombres : DEMOSTENES HIDALGO RIOS  
 Dirección : JR. NICOLAS DE PIEROLA 556 SAN MARTIN/SAN MARTIN/TARAPOTO  
 Grupo Sanguíneo : O - POSITIVO Fecha de Nacimiento : 20/01/1949

## 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 YULIANA NATALI ARANDA ROJAS	APTO	 Juliana Natali Aranda Rojas BIOLOGA C.B.P. N° 14775	
2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA LUZ ELENA SEMPERTIGUE BURGOS	APTO	 Luz Elena Sempertigue Burgos C.P.S. P. N° 33137	
3. EVALUACIÓN VISUAL JANINA PAOLA MENDOZA DAVILA	APTO	 Janina P. Mendoza Davila MÉDICO GENERAL	
4. EVALUACIÓN AUDITIVA JANINA PAOLA MENDOZA DAVILA	APTO	 Janina P. Mendoza Davila MÉDICO GENERAL	
5. EVALUACIÓN CLÍNICA OBETH SANCHEZ ALEGRIA	APTO	 Dr. Obeth Sanchez Alegria MEDICO FAMILIAR C.M.F. 53241	
RESULTADO FINAL	APTO	 Dr. Obeth Sanchez Alegria DIRECTOR C.M.F. 53241	

RESTRICCIONES : CON LENTES

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  
OBETH SANCHEZ ALEGRIA  
C.M.F. 53241



PERÚ

Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones

TARAPOTO - SUC-1

## INFORME MÉDICO

**Nº DE INFORME** : 2025-00322-0000180**FECHA**

: 4/02/2025

**EVALUACIÓN MÉDICA****Fecha de Inicio** : 4/02/2025**Fecha de Término** : 4/02/2025**Hora de Inicio** : 08:26:56**Hora de Término** : 10:38:51**DATOS DEL POSTULANTE****Tipo de Documento** : DNI**Nº de Documento** : 00927902**Apellido Paterno** : HIDALGO**Apellido Materno** : RIOS**Nombres** : DEMOSTENES**Fecha de** : 20/01/1949**Sexo**

: MASCULINO

**Teléfono** : 943040828**Dirección** : JR. NICOLAS DE PIEROLA 556 SAN MARTIN/SAN MARTIN/TARAPOTO**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 : 08:28

Hora Término : 08:36

  
JH & A Servicios Médicos  
Yuliana Natali Aranda Rojas  
BIOLOGA  
F. BIR. N° 0104775  
Responsable de Análisis de Laboratorio  
YULIANA NATALI ARANDA ROJAS

  
Postulant

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 : 08:39

Hora Término : 09:43

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

Luz Elena Sempertigue Burgos

C. REG. Nro 3137

Responsable Evaluación Psicológica  
LUZ ELENA SEMPERTIGUE BURGOS

Firma y huella digital  
Postulante



### **3. EVALUACIÓN VISUAL**

---

#### **AGUDEZA VISUAL (VISIÓN LEJANA)**

**OD**

RESULTADO (+) (-)

50

**OI**

RESULTADO (+) (-)

50

**AMBOS**

RESULTADO (+) (-)

30

#### **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

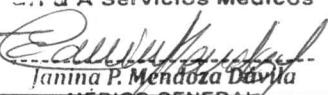
Resultado Final de la Evaluación Visual APTO

Restricciones CON LENTES

Observaciones [Redacted]

**Hora Inicio** : 09:44                    **Hora Término** : 10:00

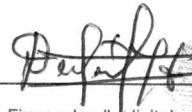
CIA A Servicios Médicos

  
Janina P. Mendoza Davila

MÉDICO GENERAL

M.P.H.N. 900X47

Responsable de Evaluación Visual  
JANINA PAOLA MENDOZA DAVILA

  
Postulante



#### 4. EVALUACIÓN AUDITIVA

##### OTOSCOPIA

RESULTADO (+) (-)

APTO

##### EXAMEN AUDITIVO

###### A. OIDO DERECHO

RESULTADO (+) (-) (dB)

20

###### B. OIDO IZQUIERDO

RESULTADO (+) (-) (dB)

25

###### C. AMBOS OÍDOS

RESULTADO (+) (-) (dB)

20

Resultado Final de la Evaluación Auditiva

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

[Empty box]

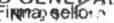
Hora Inicio : 10:00

Hora Término : 10:17

GH & A Servicios Médicos

  
Janina P. Mendoza Davila

MÉDICO GENERAL

C. M. 

Responsable de Evaluación Auditiva  
JANINA PAOLA MENDOZA DAVILA

  
~~Debt~~

Firma y huella digital  
Postulante

## 5. EVALUACIÓN CLÍNICA

### ANAMNESIS - EXAMEN FÍSICO

RESULTADO (+) (-)

EVALUACION MEDICA PARA LICENCIA DE CONDUCIR

#### ANTECEDENTES PERSONALES

##### A. SISTEMA CARDIO - RESPIRATORIO

INSUFICIENCIA CARDIACA

NO

TRASTORNOS DEL RITMO

NO

MARCAPASOS Y DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE

NO

PRÓTESIS VALVULARES CARDIACAS

NO

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

NO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

NO

ANEURISMA DE GRANDES VASOS

NO

ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA

NO

ENFERMEDAD VENOSA

NO

DISNEA

NO

TRASTORNOS DEL SUEÑO

NO

CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN

NO

OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIACO RESPIRATORIO

NO

##### B. APARATO LOCOMOTOR

PROCESO DEGENERATIVO OSTEONEUROMUSCULAR

NO

PRÓTESIS

NO

OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO LOCOMOTOR

NO

##### C. SISTEMA NEUROLOGICO

ENFERMEDADES ENCEFÁLICAS, MEDULARES Y DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO

NO

EPILEPSIA Y CRISIS CONVULSIVAS

NO

ALTERACIONES DE EQUILIBRIO

NO

TRASTORNOS MUSCULARES

NO

ACCIDENTE ISQUÉMICO

NO

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

NO

ENFERMEDAD DE DUCHENNE

NO

OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NEUROLÓGICO

NO

##### D.1. SISTEMA HEMATOLOGICO (ENFERMEDADES METABOLICAS Y ENDOCRINAS)

HIPOGLUCEMIA

NO

HIPERGLICEMIA O DIABETES MELLITUS

NO

ENFERMEDAD TIROIDEA

NO

ENFERMEDAD PARATIROIDEA

NO

ENFERMEDAD ADRENAL

NO

TRASTORNOS HEPÁTICOS

NO

SISTEMA HEMATOLÓGICO

NO

##### D.2. SISTEMA HEMATOLOGICO (TRANSTORNOS HEMATOLOGICOS)

PROCESOS SOMETIDOS A TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO

NO

POLICITEMIA VERA Y POLIGLOBULIAS

NO

ANEMIA, LEUCOPENIA, TROMBOCITOPENIA

NO

TRASTORNOS DE COAGULACIÓN

NO

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

NO

OTROS TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS	NO
OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMATOLÓGICO	NO

#### E. SISTEMA RENAL

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

#### F. OTROS

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

### EXAMEN FÍSICO

#### A. ANTROPOMETRÍA

PESO (KG)	61
TALLA (CM)	159
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	24.13

#### B. SISTEMA CARDIO-RESPIRATORIO

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (MMHG)	131
PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (MMHG)	83
FRECUENCIA RESPIRATORIA EN REPOSO	17
FRECUENCIA DE PULSO EN REPOSO	60
PULSIONIMETRÍA	95
CAPACIDAD VENTILATORIA	APTO

#### C. APARATO LOCOMOTOR

FUERZA MUSCULAR	SI
AUSENCIA O DESVIACIONES	AUSENTE
RANGO DE MOVIMIENTOS ARTICULAR LIMITADO	AUSENTE
LESIONES DEFORMANTES EN COLUMNA VERTEBRAL	AUSENTE
LESIONES DEFORMANTES EN EXTREMIDADES	AUSENTE

#### D. SISTEMA NEUROLÓGICO

PRUEBA ÍNDICE - ÍNDICE	SINERGIA
ROMBERT PRUEBA ÍNDICE - NARIZ	EQUILIBRIO CONSERVADO
MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS	AUSENTE
TONO MUSCULAR	APTO
NOCIONES TEMPOROESPACIALES	APTO
REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS	APTO

Resultado Final de la Evaluación Clínica

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

--

Hora Inicio : 10:19

Hora Término : 10:38

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

*Dr. Obeth Sanchez Alegría*  
Firma: *Obeth Sanchez Alegría*  
Responsable de la evaluación:  
OBETH SANCHEZ ALEGRIA  
CNP: 63241

*Delfit*

Firma y huella digital  
Postulante

RESULTADO FINAL

APTO

Restricciones

CON LENTES

Observaciones

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

*Dr. Obeth Sanchez Alegría*  
Firma: *Obeth Sanchez Alegría*  
Responsable de la evaluación:  
OBETH SANCHEZ ALEGRIA  
CNP: 63241

*Delfit*

Firma y huella digital  
Postulante

Hora término de la evaluación completa : 10:39.a. m.

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

*Dr. Obeth Sanchez Alegría*  
Firma: *Obeth Sanchez Alegría*  
Responsable de la evaluación:  
OBETH SANCHEZ ALEGRIA  
CNP: 63241



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

Fecha de inicio: 04-Feb-25

Hora de inicio: 08:26 am

FECHA EXPED.:

Fecha de térm.

04-Feb-25

Hora término:

10:39 am

FECHA VENC.:

Tipo de documento:

DNI C.EX. 

Nº de Documento:

00927902

Apellido Paterno:

HIDALGO

Apellido Materno:

RIOS

Nombre:

DEMOSTENES

Fecha de Nacimiento:

20-Ene-49

Sexo:

M

Edad:

76

años

Nº Celular:

943040828

Estado Civil:

CASADO (A)

Grado de Inst.:

SECUN. COMPLETA

Ocupación:

AGRICULTOR

Lugar de Nacimiento:

ZAPATERO

Tipo de trámite:

Nueva Revalidación Recategorización 

Categoría:

A-I

No Profesional Profesional 

Correo:

gh\_a\_serviciosmedicos@hotmail.com

Dirección:

JR NICOLAS DE PIEROLA 556-TARAPOTO

FIRMA Y HUELLA DIGITAL



### I. ANÁLISIS DE LABORATORIO

#### 1. Examen Toxicológico

##### A. Prueba Rápida de Alcolimetría

Resultado (+)

HORA 08:08 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 "O"

Factor Rh

positivo

Observaciones: Ninguna

### RESULTADO FINAL DE ANÁLISIS DE LABORATORIO

HORA 08:36 am

APTO NO APTO 

G & A Servicios Médicos  
  
Yulianna Natali Aranda Rojas  
BIOLOGA  
C. PIPNNA Y Sello

  
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	
Hidalgo	Ríos	Demasteres	
EDAD: 76 años	DNI / CE: 00927902	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
F. NAC.: 20/01/49	OCUPAC: Agricultor	G. INST.: Secundaria	
CATEG: A-1	NUEVO: <input type="checkbox"/>	REVALIDACIÓN: <input checked="" type="checkbox"/>	RECATEGORIZACIÓN: <input type="checkbox"/>
FEC. INICIO: 04/02/125	LUG. DE NAC.: Zapatero	ES. CIVIL: Casado	
HORA DE INICIO: 08:28 am	HORA DE TERMINO: 08:36 am		

**DATOS DE LA PRUEBA**

Muestras:

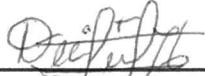
1. Sangre total (Punción capilar)
2. Saliva

Exámenes solicitados:

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

**RESULTADOS DE LOS EXÁMENES**

GRUPO SANGUÍNEO	"A"		"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



*Juliana Natalia Aranda Rojas*  
Firmado con sello  
C.R.P. N° 11775  
RESPONSABLE DE LABORATORIO

## II. EVALUACION PSICOLOGICA

HORA INICIO

08:39 am

## ANAMNESIS:

## MOTIVO DE EVALUACION :

fines de conducir

Experiencia conducir

30 años

Nº Infracciones

A

Tipo infracciones

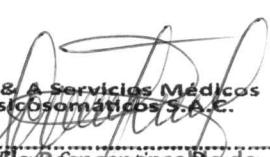
Leve | Grave | Muy Grave

Nº Accidentes

Niego

## Antecedentes Psicopatologicos

Personales:		Familiares:					
Consumo de farmacos	Si	No		Tipo		Tiempo	
Otras sustancias	Si	No		Tipo		Cantidad	
Problemas del sueño:	Si	No		Insomnio	Si	No	Apnea del sueño
Convulsiones	Si	No		Desmayos	Si	No	Perdida de conciencias
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					

G.H & A Servicios Medicos  
Psicosomaticos S.A.C.Firma:   
Lena Sepulque Burgos  
C.Ps. P. N° 39137  
RESPONSABLE EVALUACION PSICOPATOLOGICAFirma 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

110
0.33
2610

( + ) ( - ) (Profesional)

( + ) ( - ) (Profesional)

( + ) ( - ) (Profesional)

B. Pruebas o Sub Test

Diseño de Cubos (Weschler)

Benton forma C

Apto
------

( + ) ( - ) No profesional/p

( + ) ( - ) rofesional

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

A. Test Matrices Prog. de RAVEN

Apto
------

( + ) ( - ) No

B. Test de Dominos Anstey

( + ) ( - ) 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

Apto
------

( + ) ( - ) 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

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

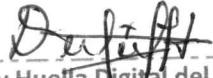
09:43 am

APTO

NO APTO

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

GH & A Servicios Médicos  
Psicosomáticos S.A.C.  
Luz Elena Sempertigue Burgos  
C.Ps.P. N° 33137  
Firma RESPONSABLE EVALUACION PSICOPATOLOGICA  
Evaluacion Psicologica

  
Firma y Huella Digital del  
Postulante



PETRINOVIC

**CENTRO MEDICO GH&A SALUD**  
AV. CIRCUNVALACION 433 - TARAPOTO  
Teléfonos: 961175247

Nombre: Hidalgo Rios Demostenes  
DNI: 00927902  
Sexo: Masculino  
Edad: 76 años. (20/01/1949)  
Grupo sanguíneo: O +  
Estado civil: Casado  
Estudios: Secundarios  
Domicilio: Jr Nicolas De Pierola 556

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

Examen tomado el día 4/02/2025  
Tipo de examen: A1 (Particular - )  
RESULTADO: APROBADO

**Test de reactimetría simple**

Prueba #1: 0.36 Segundos (Rápido)	Prueba #2: 0.34 Segundos (Rápido)
Prueba #3: 0.33 Segundos (Muy rápido)	Prueba #4: 0.31 Segundos (Muy rápido)
Prueba #5: 0.35 Segundos (Rápido)	Prueba #6: 0.35 Segundos (Rápido)
Prueba #7: 0.35 Segundos (Rápido)	Prueba #8: 0.30 Segundos (Muy rápido)
Prueba #9: 0.34 Segundos (Rápido)	Prueba #10: 0.30 Segundos (Muy rápido)

Resultado: APROBADO Promedio: 0.33 Segundos

Responsable de este examen: Administrador

**Test de palancas**

Tiempo de error: 0.56 (Aprobado)

Cantidad de errores: 1 (Aprobado)

Tiempo de examen: 6.00 (Aprobado)

Resultado: APROBADO

Responsable de este examen: Administrador

**Test de punteado**

Cantidad de errores: 0 (Aprobado)

Cantidad de aciertos: 26 (Aprobado)

Tiempo de acierto: 5.75 (Aprobado)

Resultado: APROBADO

Responsable de este examen: Administrador

**Evaluación Final**

Conclusiones:

APTO

Recomendaciones:

NINGUNA

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

Luz Elena Semperitique Burgos  
FIRMA DEL EVALUADOR  
RESPONSABLE EVALUACIÓN PSICOSOMÁTICA

*Dafif*  
FIRMA DEL EVALUADO



Página 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: Demostene Hidalgo Rios D.N.I.: 00927902

EDAD: 76 FECHA DE NACIMIENTO: 20 Enero del 1949 LUGAR NAC: Tarapoto

SEXO: M ESTADO CIVIL: casado GRADO DE INSTRUCCIÓN: 1º STO Segundo

OCCUPACIÓN: Agricultor CATEGORIA: A F. Rojo

MOTIVO DEL EXAMEN: Licencia de conducir FECHA DE EXAMEN: 04/02/25

DIRECCIÓN: Nicolas de Pirotta 556

TELÉFONO: 943040828 NIVEL DE INTELIGENCIA (Conocido o estimado):

HORA INICIO: 08.40 am HORA TERMINO: 08.50 am EXAMINADO POR:

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

Copyright 1881, by TEA Ediciones, S. A. - Prohibida la reproducción total o parcial. - Todos los derechos reservados, - Edita: TEA Ediciones, S. A., Fray Bernardino de Sahagún, 24. / Madrid - 1981 - Imprime: Gtgraf. Aguirre Campeno. Daganzo. 15 duplo. Madrid - 2.

Depósito Legal M. 37.236-1981.

NOMBRES Y APELLIDOS:

Demostenes Hidalgo Ríos

DNI:

00927902

FECHA DE NAC:

20 - Enero - 49.

SEXO:

M.

EDAD:

76 años

ESTADO CIVIL:

casado

GRADO DE INST:

5º Secundario

OCCUPACION:

Agricultor

LUGAR DE NAC:

Zapotero

TELEF:

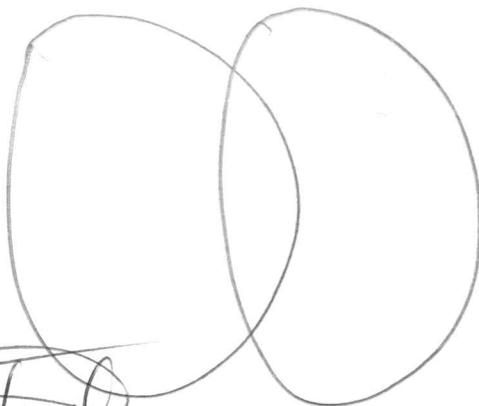
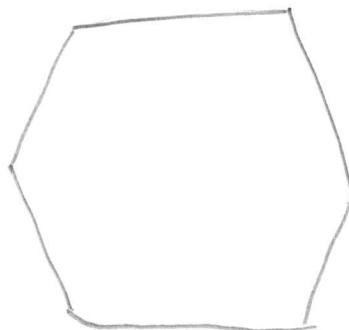
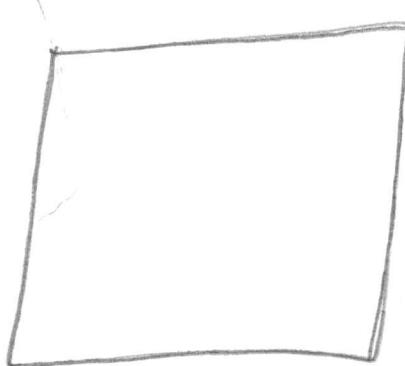
943040828

FECHA DE EXAMEN:

4 - 02 - 25

CATEGORIA:

AIR 006



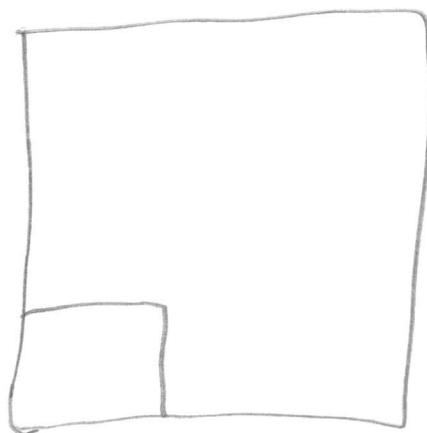
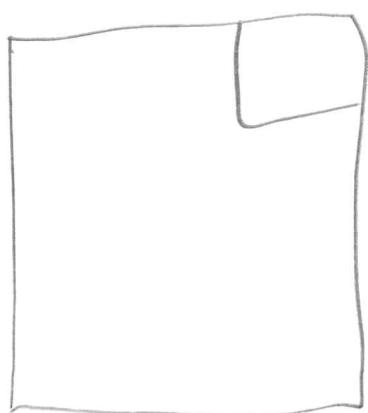
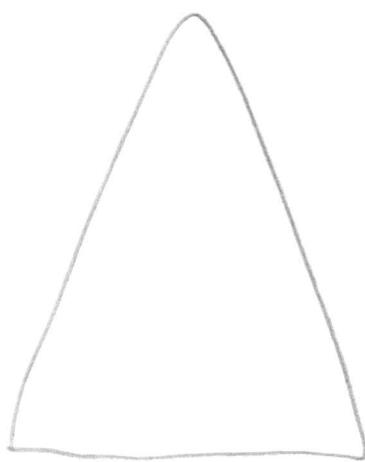
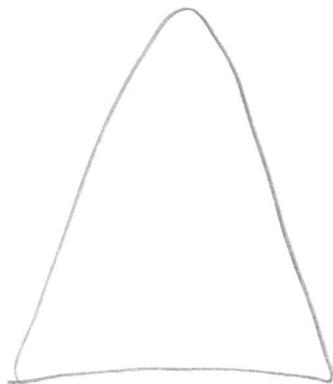
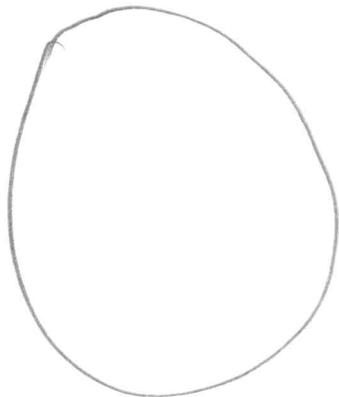
GH & A Servicios Médicos  
Psicofisiología S.A.C.

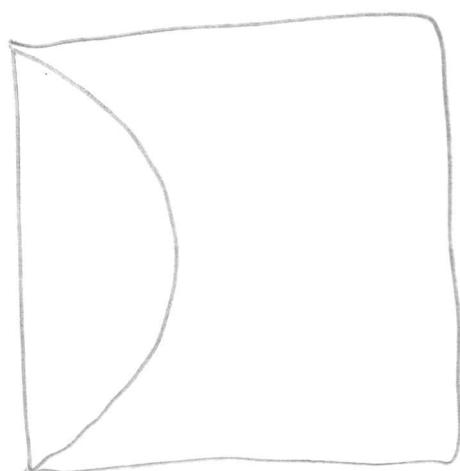
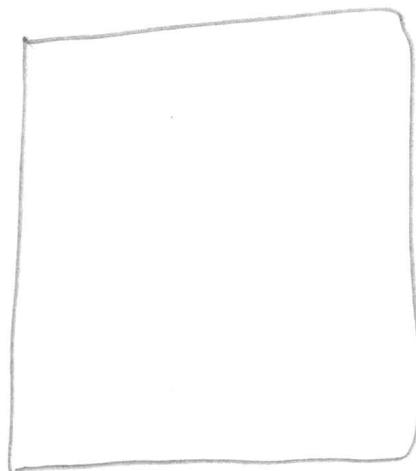
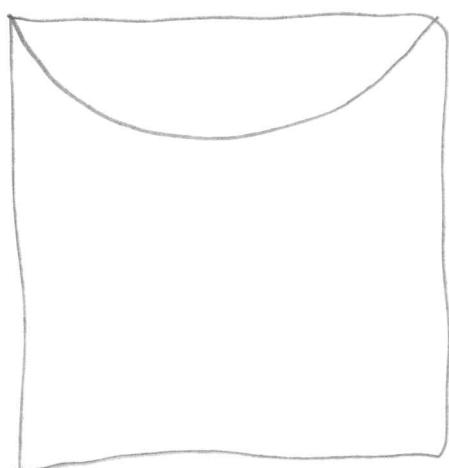
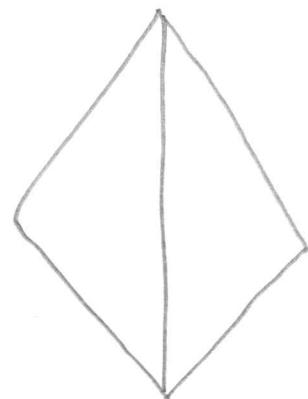
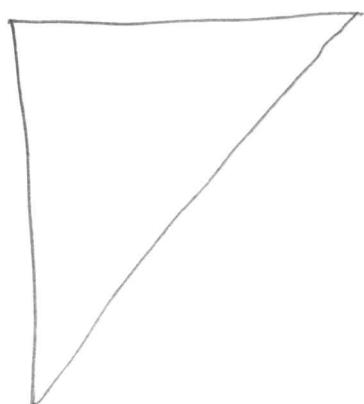
Luz Elena Sempertegui Burgos  
C.P.s.P. N° 33187

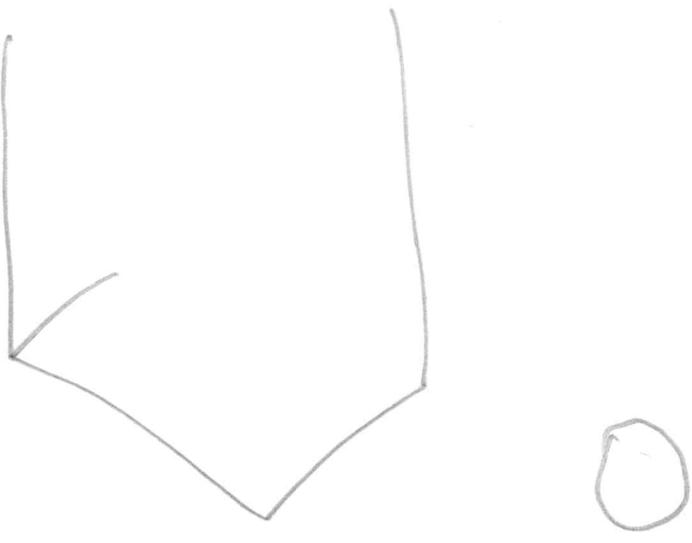
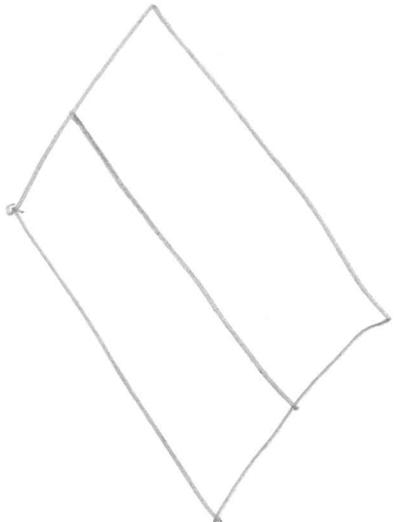
FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR

FIRMA Y HUELLA DEL EVALUADO







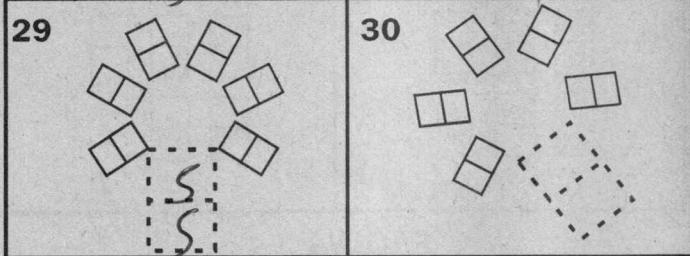
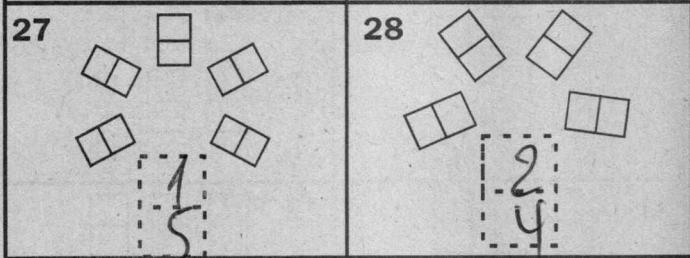
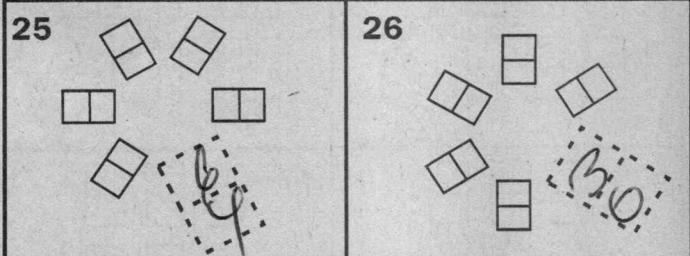


# Test de Dominos (Anstey)

D.N.I. 06927902

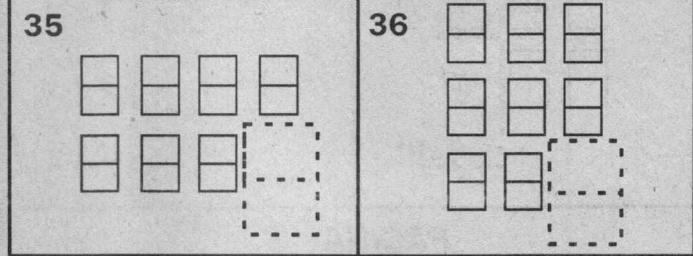
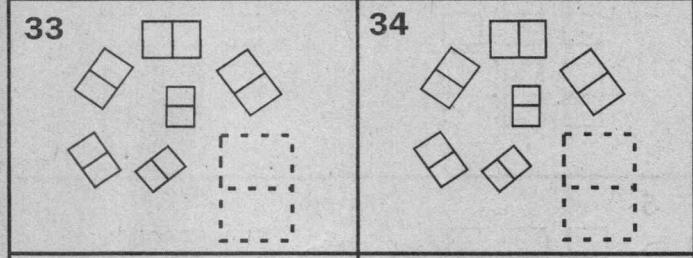
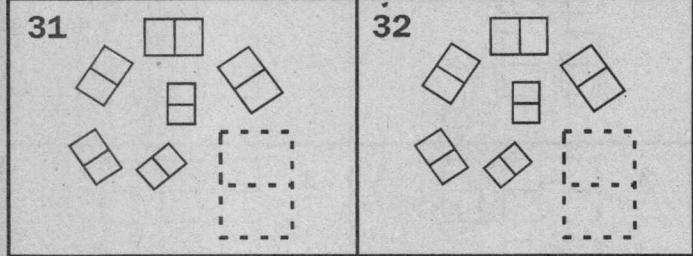
Nombre: Demósteves Hidalgo Ríos	Fecha de hoy: 04 02 25
Fecha de Nacimiento: 26 Enero 1955	Día Mes Año
Escolaridad G. Instrucción: 5º S.	Estado Civil: Casado
Sexo: M F Lugar de Nacimiento: Zapatero	Ocupación: Agricultor
Motivo del Examen: Licencio de conducir	Categoría: A2 R0 un
Dirección: Nicolás de Piero 556	
Teléfono: 943040828	Hora Inicio: 08:51 am
Administración: Individual <input type="radio"/> Colectiva <input checked="" type="checkbox"/> Test <input type="radio"/> Retest <input type="radio"/> Diagnóstico:	Hora Termino: 09:06 am
Normal al Farmaco Medio	

PAGINA 5

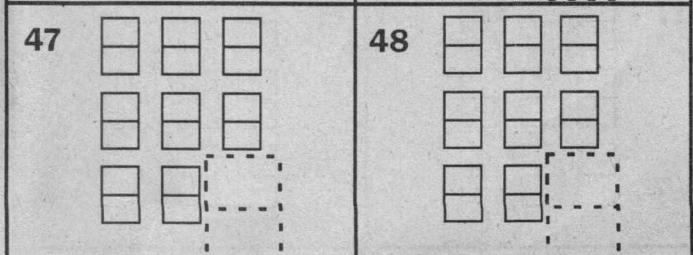
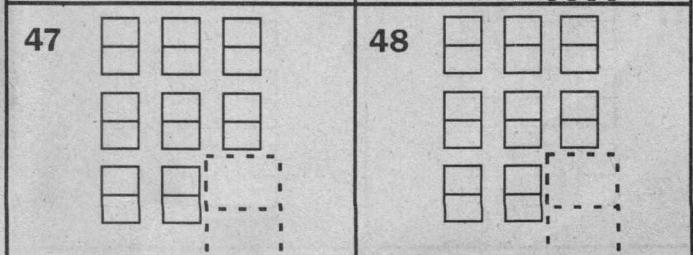
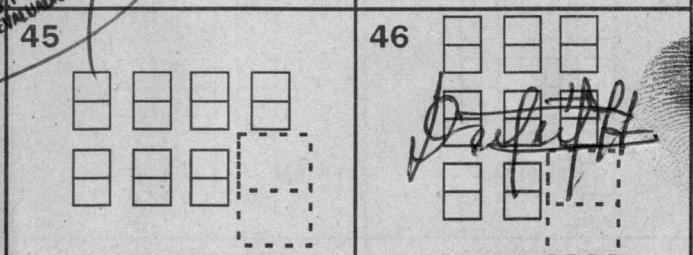
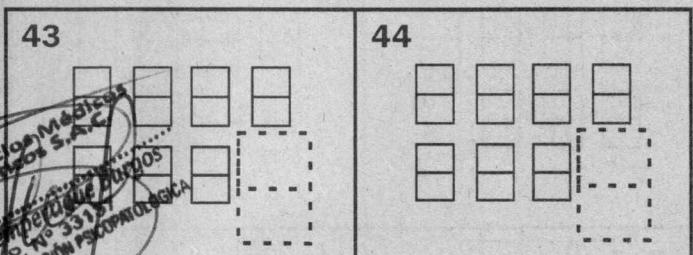


PAGINA 7

PAGINA 6



PAGINA 8



G.R. de Servicios Médicos  
Dpto. de Servicios Sociales S.A.C.  
Luz Belén Serrano, C.P. 33171  
RESPONSABLES: DIPUTADOS  
C.P. 33171  
RESIDENCIAL CONVIVENCIA PSICOPATOLÓGICA

45

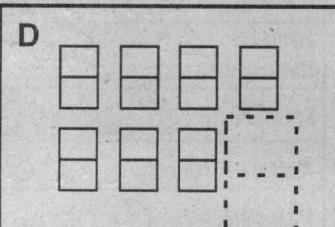
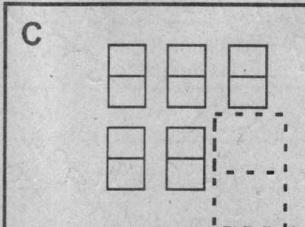
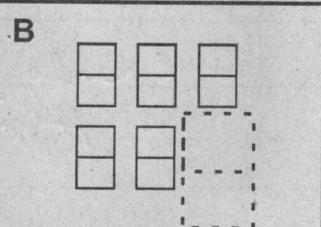
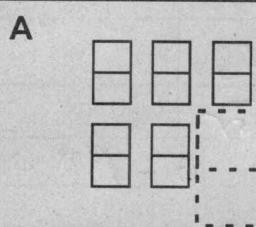
46

47

48

# Hoja de Respuestas

## EJEMPLOS



PAGINA 1

1	 2 4
2	 6 1
3	 3 5
4	 0 2
5	 4 1
6	 3 6

PAGINA 2

7	 5 2
8	 0 4
9	 2 6
10	 3 3
11	 4 0
12	 5 1

PAGINA 3

13	 2 3
14	 5 6
15	 1 4
16	 2 5
17	 6 0
18	 1 4

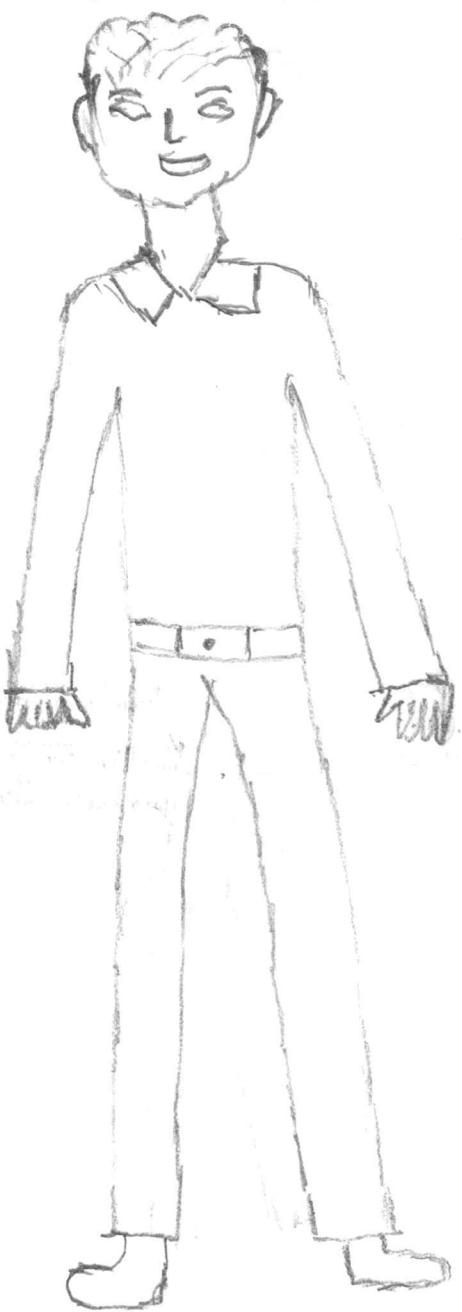
PAGINA 4

19	 2 2
20	 1 5
21	 0 4
22	 6 3
23	 2 1
24	 3 5



TEST DE LA FIGURA HUMANA - MACHOVER								
NOMBRE y APELLIDO		Demóstenes Hidalgo Ríos						
EDAD	76	años	DNI	00927902	FECHA DE NAC.	20	Enero	49
SEXO	M	F	GRADO INST.	5º Secun.	OCCUPACION	Agricultor		
ESTADO CIVIL	Casado		CATEGORIA	A1	Fecha Evaluacion	04	02	25
TIPO DE EVALUACION	NUEVO			REVALIDACION	X	RECATEGORIZACION		
LUGAR DE NACIMIENTO	Zapotero							
HORA DE INICIO	09:07am							
HORA DE TERMINO	09:13am							

FIRMA POSTULANTE			<p>GH &amp; A Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C. Luz Elena Sempere Burgos C.P.S.P. N° 33137 RESPONSABLE EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA</p>
------------------	--	--	---



Alegre  
Solidario  
Trabajador



SERVICIOS MEDICOS PSICOSOMATICOS  
Av. Circunvalación N° 433  
Tarapoto - San Martín - San Martín  
Tel: 042-508134 - Cel.: 942609653

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Demóstenes Hidalgo Ríos D.N.I.: 00927902  
 EDAD: 76 FECHA DE NACIMIENTO: 20/enero/49 LUGAR NAC: Tarapoto.  
 SEXO: M ESTADO CIVIL: casado GRADO DE INSTRUCCIÓN: 5º Secundaria  
 OCUPACIÓN: Agente de Correos CATEGORIA: A.F. R.R.C.  
 MOTIVO: Licencio de conducir FECHA DE EXAMEN: 09/02/25  
 DIRECCION: M. Colas de Pinedo s/n  
 TELEFONO: 943040828  
 HORA INICIO: 09:14 am HORA TERMINO: 09:24 am

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

N:

7

E:

14

L:

4

DIAGNOSTICO:

Tendiente a estable / Tendiente  
a la extroversión

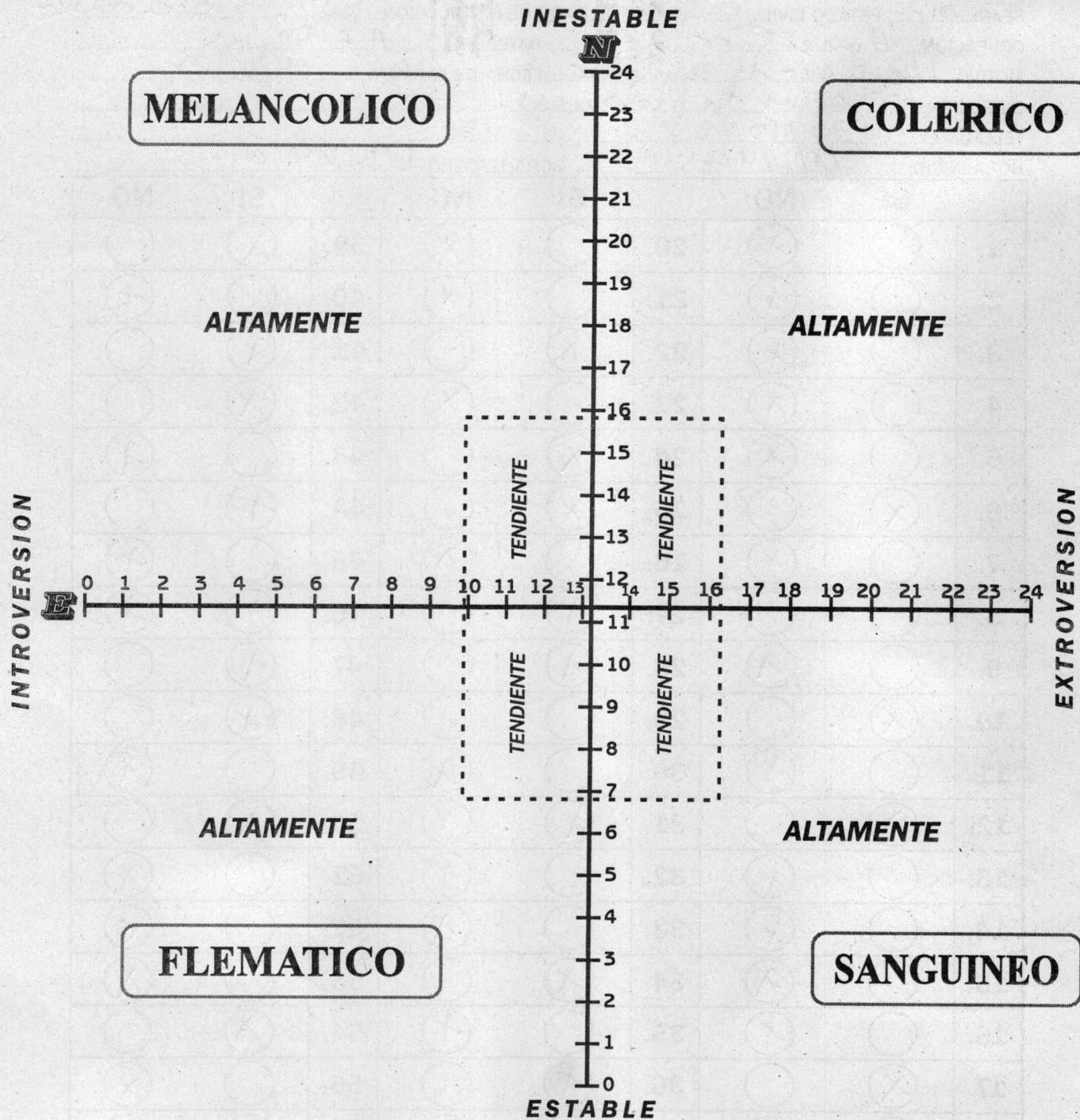
G.H.A. Servicios Médico  
Psicosomáticos S.A.C.

Luzbelinda Semperique Bury  
C.P.S.P. N° 33137  
RESPONSABLE EVALUACION PSICORATOLÓGICA

# TABLA DE CALIFICACION EYSENCK & EYSENCK

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

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



DIAGNOSTICO: .....

Calcular los niveles de E y N  
3.4.2.20277070  
10.14 - 16.34  
6.90 - 15.78

## TEST DE ALCOHOLISMO (TEST AUDIT)

Fecha: 04/02/25

HORA INICIO 09:25 am

HORA TERMINO 09:32 am

Nombre: Demostenes Hidalgo Ríos  
DNI: 00927902 F.NAC: 20/01/49 G. INSTRUCCIÓN: 5to De Secundaria  
LUGAR NAC: Tapachin EST. CIVIL: Casado

Edad: 76 SEXO: M F

OCCUPACION: Agente de Tránsito

CATEGORIA: A-1 Roja

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

0

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

Hombres 5 puntos a mas  
Mujeres 4 puntos a mas

Consumo de riesgo

Continúe con las preguntas 4 a 10

Puntaje:  
AUDIT-C

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

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, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

Nunca

Menos de una vez al mes

Mensualmente

Semanalmente

A diario 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

G.H. & A Servicios Médicos  
Psicosomáticos S.A.C.

Firma: Elena Sempere Burgos  
C.P.S.T. # 06137  
EVALUACIÓN Y ASISTENCIA PSICOPATOLÓGICA  
evaluacion\_psicopatologica

Firma y huella del  
Postulantes

Resultados:

JHC: No Riesgo

### SCL-90-R

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

Nombre: Domínguez Hidalgo Rios.....

Edad: 76 años

Fecha de hoy: 04-02-24

DNI: 00927902

Fecha de nacimiento: 20 Enero 49 -

CATEGORIA: A.I. Pava

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

**Sexo:**

<input type="checkbox"/> Mujer	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Secundaria Completo	<input type="checkbox"/> Terciario Completo	<input 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: Agricultor

Lugar de nacimiento: Zafates

Lugar de residencia actual: Nicolas de Pierola 556

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 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. 4. 12. 27. 40. 42. 48. 49. 52. 53. 56. 58. → Total 1 promedio 0-08 N° resp. 12 SOM

## 2) OBSESIONES Y COMPULSIONES (10 ítems)

3.0 9.0 10.0 28.0 38.0 45.0 46.0 51.0 55.0 65.0 - - → 

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

 promedio 0 OBS

### 3) SENSITIVIDAD INTERPERSONAL (9 ítems)

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

|          |   |
|----------|---|
| Total    | 9 |
| Nº resp. | 9 |

 promedio 0 SI

#### 4) DEPRESIÓN (13 ítems)

5.0.14.0.15.0.20.0.22.0.26.0.29.0.30.0.31.0.32.0.54.0.71.0.79.0 → 

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

 DEP

#### 5) ANSIEDAD (10 items)

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

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

 ANS

#### 6) HOSTILIDAD (6 items)

11. 24. 63. 67. 74. 81. ----- → 

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

 HOS

#### 7) ANSIEDAD FÓBICA (7 items)

13.0 25.0 47.0 50.0 70.0 75.0 82.0 ----- → 

|          |   |          |
|----------|---|----------|
| Total    | 0 | promedio |
| Nº resp. | 7 | 0        |

 FOR

**8) IDEACIÓN PARANOÍDE (6 items)**

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

|          |    |          |
|----------|----|----------|
| Total    | 10 | promedio |
| Nº resp. | 6  | 0        |

 PAR

**9) PSICOTICISMO (10 items)**

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

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

PSIC

**ITEMES ADICIONALES (7 items)**

19. 44. 59. 60. 64. 66. 89. → N° resp. 7

#### INDICE DE SEVERIDAD GLOBAL

IGS

### TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS

$\Sigma$  "total" SP 2

#### **ÍNDICE MAI ESTAR SINTOMÁTICO POSITIVO:**

| $\Sigma$ "total" | SP | $f$ |
|------------------|----|-----|
| 1 / 1            |    |     |

PUNTAJES T SCL 90-R

## RESULTADOS DE EVALUACION SCL-90-R

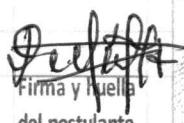
|  | T  |                                     |
|--|----|-------------------------------------|
| Indice de severidad global (IGS)               | 30 | No presenta desordenes psicopáticos |
| Total de sintomas positivos (TSP)              | 30 | No presenta Malestar                |
| Indice de malestar sintomatico positivo (IMSP) | 30 | No padece Enfermedad                |
| Somatizaciones                                 | 40 | 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

GH & A Servicios Médicos  
Psicosomáticos S.A.C.  
Luis Plenda Gómez Burgos  
FC.P.S.P. N° 33137  
RESPONSABLE EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA

  
Firma  
del postulante



### III. EVALUACION VISUAL

HORA INICIO

09:44 am

#### 1. Agudeza Visual (Vision Lejana)

S/C OD **20/50** OI **20/50**

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

AMBOS OJOS

**20/30**

#### 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

10:00 am

APTO

**2**

NO APTO

|               |                                |
|---------------|--------------------------------|
| OBSERVACIONES | <b>Uso de Corrector visual</b> |
|---------------|--------------------------------|

A Servicios Médicos  
*Jamín P. Mendoza Dávila*

Firma, \_\_\_\_\_  
MEDICO GENERAL de  
Evaluación Visual

*Dafiflo*  
Firma y Huella Digital del  
Postulante



HORA INICIO

09:44 AM

Nombre: Hidalgo Rios Demostenes  
DNI: 00927902  
Sexo: Masculino  
Edad: 76 años. (20/01/1949)  
Grupo sanguíneo: O +  
Estado civil: Casado  
Estudios: Secundarios  
Domicilio: Jr Nicolas De Pierola 556

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

Examen tomado el día 4/02/2025 (Válidez hasta: 5/08/2025)  
Tipo de examen: A1 (Particular - Revalidación - Conductores)  
RESULTADO: APROBADO

**Test de visión y audición**

|                           |                     |                                |           |
|---------------------------|---------------------|--------------------------------|-----------|
| Agudeza visual            | Vision binocular    | Hasta linea #5 (20/30)         | Aprobado  |
|                           | Ojo izquierdo       | Hasta linea #4 (20/50)         | Reprobado |
|                           | Ojo derecho         | Hasta linea #4 (20/50)         | Reprobado |
| 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 |                     |                                | Aprobado  |
| Test de perimetria        | Ojo izquierdo       | Hasta 85 grados                | Aprobado  |
|                           | Ojo derecho         | Hasta 85 grados                | Aprobado  |
|                           | Perimetria Vertical | Hasta 70 grados                | Aprobado  |

Observaciones:

CON RESTRICCIONES

**Resultado: REPROBADO**

Responsable de este examen: Administrador

**Evaluación Final**

Conclusiones:

APTO

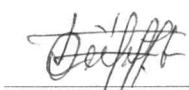
Recomendaciones:

USO DE CORRECTOR VISUAL.

HORA TERMINO

10:00 AM

*Edmundo Mendoza*  
**H & A Servicios Médicos**  
**FIRMA DEL EVALUADOR**  
**MÉDICO GENERAL**  
**C.M.D. N° 00**




**FIRMA DEL EVALUADO**  
**Página N° 1**

## IV. EVALUACION AUDITIVA

|             |          |
|-------------|----------|
| HORA INICIO | 10:00 am |
|-------------|----------|

1. Otoscopia      Con Aud.Ext.  
                       Timpano      OD      +  
                        OD      +      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   | 20 | DB |
| Oido Izquierdo | 25 | DB |
| Ambos Oidos    | 20 | DB |

|                  |
|------------------|
| Perdida Auditiva |
| No               |

APTO

NO APTO

OBSERVACIONES

Ninguna.

*Servicio de Servicios Médicos*  
*Juan R. Mendoza Dávila*  
 Firma, *Juan R. Mendoza Dávila*  
 MEDICO GENERAL  
 Evaluacion Auditiva

*Digital*  
 Firma y Huella Digital del  
 Postulante



RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION AUDITIVA

HORA TERMINO

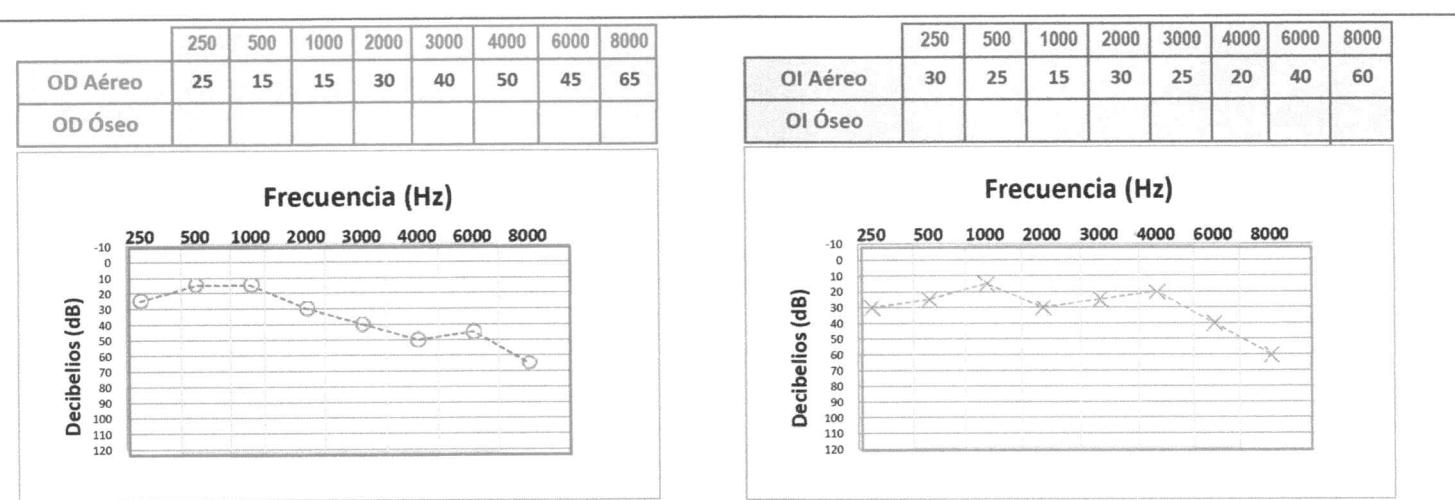
10:17 am

# FICHA DE EVALUACION AUDIOMÉTRICA PARA TRABAJADORES Y CONDUCTORES



|                                |    |                         |        |                      |        |                            |                |              |                  |                  |          |
|--------------------------------|----|-------------------------|--------|----------------------|--------|----------------------------|----------------|--------------|------------------|------------------|----------|
| NOMBRE Y APELLIDOS             |    | DEMOSTENES HIDALGO RIOS |        |                      |        |                            |                |              |                  | Fecha de examen  |          |
| Fecha del nacimiento           |    | 20/01/1949              | EXAMEN | LICENCIA DE CONDUCIR | X      | Periódica                  |                | Retiro       |                  | Otro             |          |
| GRADO INSTRUCCIÓN              |    | SECUNDARIA              |        | EMPRESA              |        |                            |                |              |                  | DNI              | 00927902 |
| EDAD                           | 76 | SEXO                    | M      | CATEGORIA            | A-I    | TIPO DE EVALUACION:        | NUEVO          | REVALIDACION | X                | RECATEGORIZACION |          |
| HORA DE INICIO:                |    | 10:00                   |        | ESTADO CIVIL         | CASADO | OCUPACION                  |                | AGRICULTOR   |                  |                  |          |
| 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



CONCLUSIONES: 20 dB - NORMOACUSIA

RECOMENDACIONES: NINGUNA

|          |        |  |
|----------|--------|--|
| paciente |        |  |
|          | Huella |  |

Firma de Postulante

Servicios Médicos  
  
Janina P. Mendoza Dávila  
MÉDICO GENERAL  
SERVICIOS MÉDICOS Profesional

HORA TERMINO: 10:17

- : 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 OI)
- > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)
- △ : Vía aérea del OD con OI enmascarado
- : Vía aérea del OI con OD enmascarado
- △/□ : Umbrales de discomfort.
- ↓ : Ausencia de umbral.

## V. EVALUACION CLINICA

HORA INICIO

10:19 am

## 1. Anamnesis

Motivo:

*En una clínica privada de audiología*

## 2. Enfermedad Actual

Tiempo de enfermedad:

Forma inicio:

Curso:

Sintomas principales:

*Nº Refin*

## 3. Antecedentes Personales

## A. Sistema Cardio-Respiratorio

|  | SI | NO | OBSERVACIONES |
|--|----|----|---------------|
| Insuficiencia Cardiaca                             |    | 1  |               |
| Trastornos del ritmo                               |    | 1  |               |
| Marcapasos y desfibrilador automatico implantable  |    |    |               |
| Protesis valvulares cardiacas                      |    | 1  |               |
| Cardiopatia Isquemica                              |    | 1  |               |
| Hipertension Arterial                              |    | 1  |               |
| Aneurisma de grandes vasos                         |    | 1  |               |
| Arteriopatia periferica                            |    |    |               |
| Enfermedad venosa                                  |    |    |               |
| Disnea   |    |    |               |
| Trastornos del sueño                               |    |    |               |
| Cirugia de revascularizacion                       |    |    |               |
| Otras enfermedades del sistema cardio-respiratorio |    |    |               |

## B. Aparato Locomotor

|  |  |   |               |
|--|--|---|---------------|
| Proceso degenerativo osteoneuromuscular  |  | 1 | OBSERVACIONES |
| Prótesis                                 |  | 1 |               |
| Otras enfermedades del aparato locomotor |  |   |               |

## C. Sistema Neurologico

|   |  |   |               |
|---|--|---|---------------|
| Enfermedades encefalicas                        |  | 1 | 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      |  |   |               |

## D. Sistema Hematologico

## 1. Enfermedades Metabolicas y Endocrinias

|                                   |  |   |               |
|-----------------------------------|--|---|---------------|
| Hipoglucemia                      |  | 1 | OBSERVACIONES |
| Hiperglicemia o Diabetes Mellitus |  | 1 |               |
| Enfermedad Tiroidea               |  |   |               |
| Enfermedad paratiroides           |  |   |               |
| Enfermedad adrenal                |  |   |               |

## Trastornos hepaticos

## Sistema hematológico

## 2. Trastornos Hematologicos

Procesos sometidos a tratamiento quimioterapico

Policitemia vera y poliglobulia

|   |  |   |
|---|--|---|
| 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?)   |  | / |
| 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

OBSERVACIONES

FIRMA



HUELLA

**4. Antropometria**Peso  kg    Talla  cm    IMC **\* Sistema Cardio-Respiratorio**

Presion Arterial Sistolica

131 mmHg

Presion Arterial Diastolica

83 mmHg

Frecuencia Respiratoria Reposo

17 x'

Frecuencia de pulso reposo

60 x'

Pulsoximetria

95 %

Capacidad ventilatoria

54 lto

**5. Aparato Locomotor**

Fuerza muscular

Normal

Ausencia o Desviaciones

No

Rango o movimiento articular limitado

No

Lesiones deformantes en columna vertebral

No

Lesiones deformantes en extremidades

No

|        |
|--------|
| Normal |
| No     |
| No     |
| No     |
| No     |

**6. Sistema Neurologico**

Prueba Indice - Nariz

Síntesis

Prueba de romber Indice - Nariz

Equilibrio

Movimientos Involuntarios

No

Tono Muscular

Normal

Nociones temporoespaciales

20-20

Reflejos Osteotendinosos

centras nudo

|            |
|------------|
| Síntesis   |
| Equilibrio |
| No         |
| Normal     |
| 20-20      |

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)

|               |
|---------------|
| 24.1          |
| 121 / 83 mmHg |
| 22            |
| 37 cm         |
| 01 P          |
| Nº            |

Resultado

*Normal*

Valor (+) (-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION CLINICA

HORA TERMINO

*10:38 am*

APTO

*L.*

NO APTO

OBSERVACIONES

*Ninguna*

SH & A Servicios Médicos  
Psicodermático S.A.C.

*Mrs. Odeth Sanchez Alegria*  
MEDICO CIRUJANO  
Evaluacion Clinica

*Draft*

Firma y Huella Digital del  
Postulante



RESULTADO FINAL

APTO

*P.*

NO APTO

OBSERVACIONES

*Uso de tabaco con cfer*

SH & A Servicios Médicos  
Psicodermático S.A.C.

*Mrs. Odeth Sanchez Alegria*  
DIRECTOR  
CNP: 63241

*Draft*

Firma y Huella Digital del  
Postulante



HORA DEL TERMINO DE LA EVALUACION COMPLETA

*10:39 am*

## Escala de Somnolencia de EPWORTH

FECHA EVALUACION

04 / 02 / 2025

NOMBRE Y APELLIDOS:

Demostenes Hidalgo Rios

DNI: 00 922902

EDAD 76

SEXO  F

CATEGORIA

A2 R0 U0

GRADO INSTRUCCIÓN

5º Secundario

FECHA DE NACIMIENTO

20.01.69

ESTADO CIVIL

Casado

LUGAR DE NACIMIENTO

Zapatero

OCUPACION ACTUAL

Agricultor

TIEMPO LABORANDO

50 años

¿Ronca Usted?

SI

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  | PUNTUACION |
|--|------------|
| Sentado y leyendo (en este momento)  | 0          |
| Viendo la T.V. (en este momento)   | 0          |
| Sentado, inactivo en un acto religioso: misa, culto (en este momento)                      | 0          |
| En carro, como acompañante de un viaje de una hora (de aquí a Santa Ana) (en este momento) | 0          |
| 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)                         | 0          |
| En su carro o el bus detenido durante algunos minutos debido al tráfico (en este momento)  | 1          |
| <b>Puntuación total (máx. 24)</b>  | <b>0 /</b> |

## 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.



