



PERÚ

Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones

TARAPOTO - SUC-1

## CERTIFICADO MÉDICO

Nº DE INFORME : 2025-00322-0000210

FECHA DEL INFORME : 6/02/2025 18:28:14

## EVALUACIÓN MÉDICA

FECHA VENCIMIENTO : 6/08/2025



Fecha de Inicio : 6/02/2025 15:06:08

Fecha de Término : 6/02/2025 18:27:14

## INFORMACIÓN DEL EVALUADO

Tipo de Documento : DNI Número de Documento : 47397652  
Nombres : CLIDER ALEXANDER NAVARRO TOCTO  
Dirección : BARRIO LA UNION S/N SAN MARTIN/PICOTA/SHAMBOYACU  
Grupo Sanguíneo : A - POSITIVO Fecha de Nacimiento : 21/03/1992

## 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 MIGUEL ANGEL VILLAVICENCIO CHAVEZ	APTO	GH & A Servicios Médicos Psicosomático S.A.C. <i>Miguel Angel Villavicencio Chavez</i> BIOLOGO LABORATORIO CLINICO C.B.P 14814	
2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PABLO SEGUNDO TORRES TRIGOZO	APTO	GH & A Servicios Médicos Psicosomático S.A.C. <i>Pablo S. Torres Trigozo</i>	
3. EVALUACIÓN VISUAL CARMEN CELIA DAVILA PASTOR	APTO	RE 9245 7295 RESPONSABLE EVALUAC.ON PSICOPATOLOGICA GH & A Servicios Médicos Psicosomático S.A.C. <i>Carmen Celia Davila Pastor</i>	
4. EVALUACIÓN AUDITIVA CASTULO HUGO RIVERA ROQUE	APTO	GH & A Servicios Médicos <i>Castulo Hugo Rivera Roque</i>	
5. EVALUACIÓN CLÍNICA GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ	APTO	MÉDICO CIRUJANO C.M.P 020464 - RNE 13047 GH & A Servicios Médicos Psicosomático S.A.C. <i>Dr. Gino Antony Rodriguez Lopez</i>	
RESULTADO FINAL	APTO	GH & A Servicios Médicos Psicosomático S.A.C. <i>Dr. Gino Antony Rodriguez Lopez</i> C.M.P 63875 DIRECTOR	

RESTRICCIONES : NINGUNA

OBSERVACION : EVALUACION MEDICA PARA LICENCIA DE CONDUCIR

Firma y Huella Digital del Postulante Evaluado

  
GH & A Servicios Médicos  
Psicosomático S.A.C.  
*Dr. Gino Antony Rodriguez Lopez*  
C.M.P 63875  
Director

GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ



PERÚ

Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones

TARAPOTO - SUC-1

## INFORME MÉDICO

Nº DE INFORME : 2025-00322-0000210

FECHA : 6/02/2025

## EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 6/02/2025

Fecha de Término : 6/02/2025

Hora de Inicio : 15:06:08

Hora de Término : 18:27:14

## DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de Documento : DNI

Nº de Documento : 47397652

Apellido Paterno : NAVARRO

Apellido Materno : TOCTO

Nombres : CLIDER ALEXANDER

Fecha de : 21/03/1992

Sexo

: MASCULINO

Teléfono : 901394706

Dirección : BARRIO LA UNION S/N SAN MARTIN/PICOTA/SHAMBOYACU

## 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 : 15:10

Hora Término : 15:16

GH & A Servicios Médicos  
Psicosomático S.A.C  
  
Miguel Angel Villavicencio Chavez  
BIOLOGO LABORATORIO CLINICO  
Responsable de Análisis de Laboratorio  
MIGUEL ANGEL VILLAVICENCIO CHAVEZ


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 : 15:18

Hora Término : 16:26

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

-----  
Pablo S. Araya Triagozo  
PRIMER SEÑOR  
Responsable de Evaluación Psicológica  
PAIBLO SEGUNDO ARAYA TRIAGOZO  
RESPONSABLE DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA


Firma y huella digital  
Postulante

### **3. EVALUACIÓN VISUAL**

---

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

**OD**

RESULTADO (+) (-)

20

**OI**

RESULTADO (+) (-)

20

**AMBOS**

RESULTADO (+) (-)

20

#### **VISIÓN DE PROFUNDIDAD**

**OD**

RESULTADO (+) (-)

100

**OI**

RESULTADO (+) (-)

100

**AMBOS**

RESULTADO (+) (-)

100

#### **VISIÓN DE COLORES**

**OD**

RESULTADO (+) (-)

100

**OI**

RESULTADO (+) (-)

100

**AMBOS**

RESULTADO (+) (-)

100

#### **BALANCE MUSCULAR**

**OD**

RESULTADO (+) (-)

2

**OI**

RESULTADO (+) (-)

2

**AMBOS**

RESULTADO (+) (-)

2

#### **VISIÓN NOCTURNA**

**OD**

RESULTADO (+) (-)

35

**OI**

RESULTADO (+) (-)

35

**AMBOS**

RESULTADO (+) (-)

35

#### **ENCANDILAMIENTO**

**OD**

RESULTADO (+) (-)

45

**OI**

RESULTADO (+) (-)

45

**AMBOS**

RESULTADO (+) (-)

45

#### **CAMPO VISUAL**

**OD**

RESULTADO (+) (-)

85

**OI**

RESULTADO (+) (-)

85

**AMBOS**

RESULTADO (+) (-)

85

Resultado Final de la Evaluación Visual

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

-

Hora Inicio : 17:29

Hora Término : 17:44



Firma, sello  
Responsable de Evaluación Visual  
CARMEN CELIA DAVILA PASTOR

Firma y huella digital  
Postulante

#### 4. EVALUACIÓN AUDITIVA

##### OTOSCOPIA

RESULTADO (+) (-)

APTO

##### EXAMEN AUDITIVO

###### A. OIDO DERECHO

RESULTADO (+) (-) (dB)

20

###### B. OIDO IZQUIERDO

RESULTADO (+) (-) (dB)

20

###### C. AMBOS OIDOS

RESULTADO (+) (-) (dB)

20

Resultado Final de la Evaluación Auditiva

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

-

Hora Inicio : 17:47

Hora Término : 18:03

GH & A Servicios Médicos.

  
Castulo Hugo Rivera Roque

MÉDICO CIRUJANO  
Responsable de Evaluación Auditiva  
CASTULO HUGO RIVERA ROQUE


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 QUÉ FRECUENCIA?, ANOTARLO EN OBSERVACIÓN)	SI	OCASIONAL
CONSUMO SUSTANCIAS TÓXICAS (COCAÍNA, MARIHUANA, DROGAS SINTÉTICAS,, SI LA RESPUESTA ES SI, DESDE CUANDO Y CON QUÉ 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)	94
TALLA (CM)	173
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	31.41

##### B. SISTEMA CARDIO-RESPIRATORIO

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (MMHG)	113
PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (MMHG)	59
FRECUENCIA RESPIRATORIA EN REPOSO	17
FRECUENCIA DE PULSO EN REPOSO	57
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 TEMPOROESPACIALES	APTO
REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS	APTO

Resultado Final de la Evaluación Clínica

APTO

Restricciones

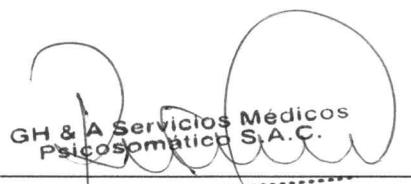
NINGUNA

Observaciones

--

Hora Inicio : 18:11

Hora Término : 18:27



Firma digital Firma Rodríguez López  
Dr. Gino Antony Rodríguez López  
Orientador de Evaluación Clínica  
GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ



*[Handwritten signature]*

Firma y huella digital  
Postulante

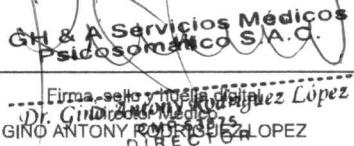
RESULTADO FINAL

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones



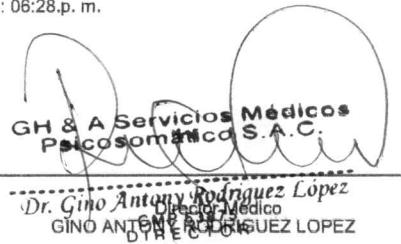
Firma, sello y huella digital Firma Rodríguez López  
Dr. Gino Antony Rodríguez López  
Orientador de Evaluación Clínica  
GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ



*[Handwritten signature]*

Firma y huella digital  
Postulante

Hora término de la evaluación completa : 06:28.p. m.



Firma digital Firma Rodríguez López  
Dr. Gino Antony Rodríguez López  
Orientador Médico  
GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ

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

Fecha de inicio: 06-Feb-25  
 Hora de inicio: 03 : 06: pm  
 FECHA EXPED.:

Fecha de término: 06-Feb-25  
 Hora término: 06 : 28: pm  
 FECHA VENC.:

**DATOS DEL POSTULANTE**

Tipo de documento:	DNI <input checked="" type="checkbox"/>	C.EX. <input type="checkbox"/>	Nº de Documento:	47397652
Apellido Paterno:	NAVARRO		Apellido Materno:	TOCTO
Nombre:	CLIDER ALEXANDER			
Fecha de Nacimiento:	21-Mar-92	Sexo:	M	Edad: 32 años N° Celular: 901394706
Estado Civil:	CONVIVIENTE	Grado de Inst.:	SECUN. COMPLETA	Ocupación: INDEPENDIENTE
Lugar de Nacimiento:	JAEN - 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:	gh_a_serviciosmedicos@hotmail.com		
Dirección:	BARRIO LA UNION S/N - SHAMBOYACU		




FIRMA Y HUELLA DIGITAL

**I. ANÁLISIS DE LABORATORIO**

HORA 03 :10: pm

1. Examen Toxicológico

A. Prueba Rápida de Alcolimetría

Resultado (+)

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

Positivo

Observaciones: Ninguno

**RESULTADO FINAL DE ANÁLISIS DE LABORATORIO**

HORA 03 :16: pm

APTO

NO APTO

GH & A Servicios Médicos  
 Psicosomático S.A.C.  
 Miguel Angel Villavicencio Chávez  
 BIOLOGO LABORATORIO CLINICO  
 Firmado y Señalado

  
 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	
Navarro	Tocto	Cid Alexander	
EDAD: 32 años	DNI / CE: 47397652	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
F. NAC.: 21/03/192	OCCUPAC: Independiente	G. INST.: Seguridad	
CATEG: A - I	NUEVO: <input checked="" type="checkbox"/>	REVALIDACIÓN: <input type="checkbox"/>	RECATEGORIZACIÓN: <input type="checkbox"/>
FEC. INICIO: 06/02/15	LUG. DE NAC.: JAEN	ES. CIVIL: Convaleciente	
HORA DE INICIO: 03:10 pm	HORA DE TERMINO: 03:16 pm		

**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"	X	"B"		"AB"		"O"	
FACTOR RH	POSITIVO		X	NEGATIVO				
ALCOHOL Valor permisible: Menor a 0.05%	0.00%	X	OTRO VALOR %					



Firma y Huella  
POSTULANTE



GH & A Servicios Médicos  
Psicosomático S.A.  
Miguel Angel Villavicencio Chávez  
BIOLOGO LABORATORIO CLINICO  
C.B.P. 14814  
RESPONSABLE DE LABORATORIO

## II. EVALUACION PSICOLOGICA

HORA INICIO 03:18 pm

## ANAMNESIS:

## MOTIVO DE EVALUACION :

Licencia de conducir

Experiencia conducir 10 años N° Infracciones 1 Tipo infracciones Leve Grave Muy Grave

N° Accidentes Ninguna

## Antecedentes Psicopatologicos

Personales:			Familiares:		
	Si	No	Tipo		Tiempo
Consumo de farmacos	Si	No			
Otras sustancias	Si	No	Tipo		Cantidad
Problemas del sueño:	Si	No	Insomnio	Si	No
Convulsiones	Si	No	Desmayos	Si	No
Cansancio y fatiga	Si	No			
Has recibido algun tratamiento psiquiatrico o psicologico anteriormente					Si No
Has sufrido usted de alteraciones graves del estado de animo					Si No
Cuantas horas trabaja manejando al dia	3 horas				

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

Firma: Señor Licenciado de  
Pablo S. Torres Prieto  
C.E. 9245-7295  
RESPONSABLE 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

0/0

( + ) ( - ) (Profesional)

Test de Reactimetro

0.31

( + ) ( - ) (Profesional)

Test de Punteo

34/13

( + ) ( - ) (Profesional)

## B. Pruebas o Sub Test

Diseño de Cubos (Weschler)

( + ) ( - ) No

Benton forma C

Apto

( + ) ( - ) profesional/p

rofesional

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

## A. Test Matrices Prog. de RAVEN

( + ) ( - ) No

## B. Test de Dominos Anstey

Apto

( + ) ( - ) Profesional/P

## c. Test de Otis (Abreviado)

( + ) ( - ) rofesional

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

## A. Test Proy. Karen Machover

Apto

( + ) ( - ) No

## B. NPF o Test de los 4 Temperamentos

( + ) ( - ) profesional/p

## C. Inventario personalidad Eysenck

Apto

( + ) ( - ) 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

04:26:pm

APTO

NO APTO

OBSERVACIONES	NINGUNA
---------------	---------

G.H & A SERVICIOS MEDICOS  
PSICOSOMATICO S.A.C.Firma... Señor RESPONSABLE de  
Pablo S. Torres Trigo  
Evaluacion Psicosomatica  
RESPONSABLE EVALUACION PSICOLOGICAFirma y Huella Digital del  
Postulante

**Nombre:** Navarro Tocto Clider Alexander  
**DNI:** 47397652  
**Sexo:** Masculino  
**Edad:** 32 años. (21/03/1992)  
**Grupo sanguíneo:** A +  
**Estado civil:** Conviviente  
**Estudios:** Secundarios  
**Domicilio:** Barrio La Union S/n - Shamboyacu

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

**Examen tomado el día 6/02/2025**  
**Tipo de exámen:** A1 (Particular - )  
**RESULTADO: APROBADO**

#### Test de reactimetría simple

Prueba #1: 0.28 Segundos (Muy rápido)	Prueba #2: 0.33 Segundos (Muy rápido)
Prueba #3: 0.33 Segundos (Muy rápido)	Prueba #4: 0.28 Segundos (Muy rápido)
Prueba #5: 0.52 Segundos (Muy Lento)	Prueba #6: 0.24 Segundos (Muy rápido)
Prueba #7: 0.24 Segundos (Muy rápido)	Prueba #8: 0.27 Segundos (Muy rápido)
Prueba #9: 0.35 Segundos (Rápido)	Prueba #10: 0.28 Segundos (Muy rápido)

**Resultado: APROBADO Promedio: 0.31 Segundos**

*Responsable de este examen: Administrador*

#### Test de palancas

Tiempo de error: 0.00 (Aprobado)  
Cantidad de errores: 0 (Aprobado)  
Tiempo de examen: 10.00 (Aprobado)

**Resultado: APROBADO**

*Responsable de este examen: Administrador*

#### Test de puntuado

Cantidad de errores: 13 (Aprobado)  
Cantidad de aciertos: 34 (Aprobado)  
Tiempo de acierto: 6.33 (Aprobado)  
**Resultado: APROBADO**  
*Responsable de este examen: Administrador*

#### Evaluación Final

*Conclusiones:*

APTO

*Recomendaciones:*

NINGUNA

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

--FIRMA DEL EVALUADOR--  
Pablo S. Torres Trigozo  
RE 9245 7296  
RESPONSABLE EVALUACION PSICOPATOLOGICA




**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: CLIDER ALEXANDER NAVARRO TOLTO D.N.I.: 47397652

EDAD: 32<sup>a</sup> FECHA DE NACIMIENTO: 21 / 03 / 1997 LUGAR NAC.: COJAMORE

SEXO: M ESTADO CIVIL: Soltero GRADO DE INSTRUCCIÓN: SEGUNDPRI

OCCUPACIÓN: INDEPENDIENTE CATEGORIA: AI - Nuevo

MOTIVO DEL EXAMEN: LICENCIA DE CONDUCCIÓN FECHA DE EXAMEN: 06 - 02 - 2025

DIRECCIÓN: SHAMBUYACU.

TELÉFONO: 9013947652 NIVEL DE INTELIGENCIA (Conocido o estimado):

HORA INICIO: 03:20:pm HORA TERMINO: 03:30:pm EXAMINADO POR:

LAMINA	Reproducción correcta	VALORACION DE ERRORES						TOTAL ERRORES	
		Omisión	Distorsión	Perseveración	Rotación	Desplazamiento	Tamaño	Derecha	Izquierda
I	/								
II	/								
III	/								
IV	/								
V	/								
VI	/								
VII	/								
VIII	/								
IX	/								
X	/								
TOTALES	10								
TOTAL ERRORES:									

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

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



DIAGNOSTICO: NO SIGNOS ORGANICOS

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.

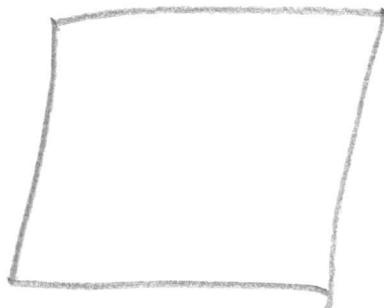
NOMBRES Y APELLIDOS: CLIDER ALEXANDER NUÑEZ TOCTO

DNI: 47397652

FECHA DE NAC: 21-03-1992

SEXO: Masculino

EDAD: 32 años



ESTADO CIVIL: SOLTERO

GRADO DE INST: SECUNDARIA

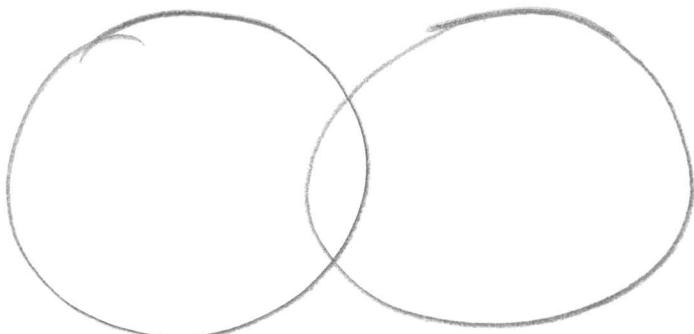
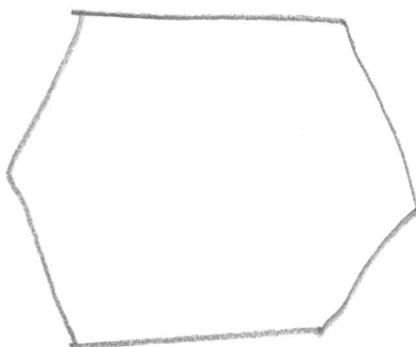
OCCUPACION: INDEPENDIENTE

LUGAR DE NAC: CDS MURCA

TELEF: 901394706

FECHA DE EXAMEN: 06-02-2025

CATEGORIA: A I - Nuevo

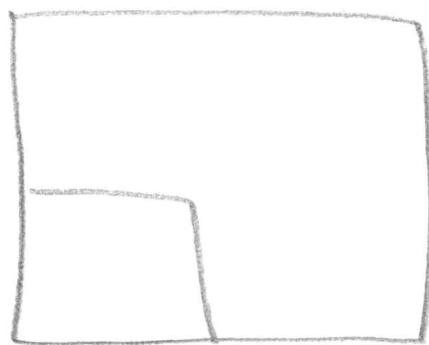
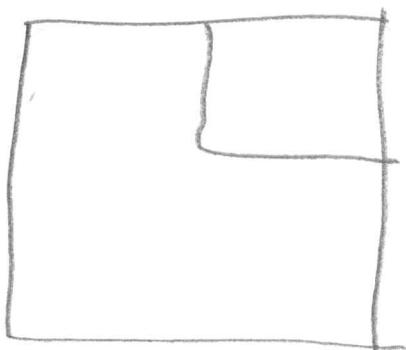
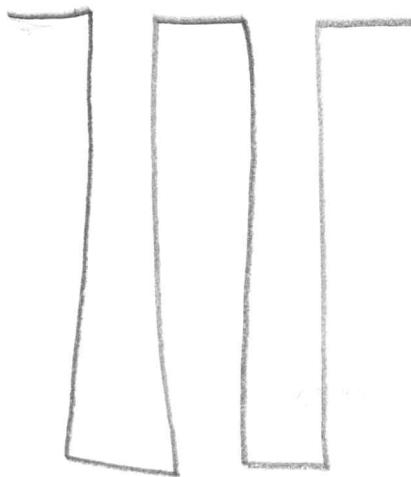
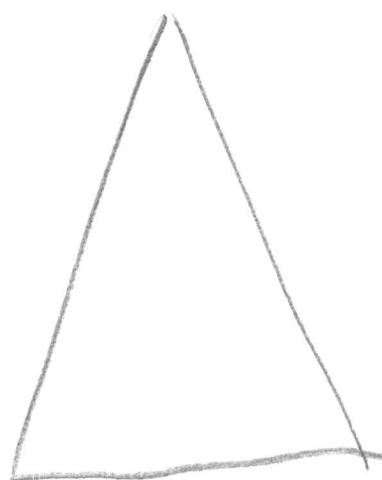
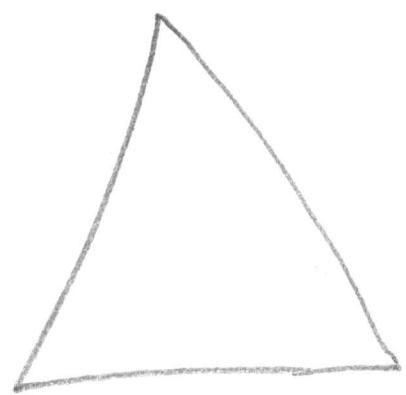
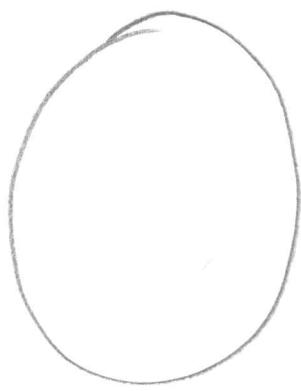
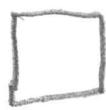


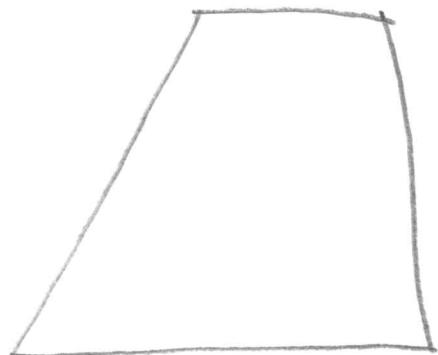
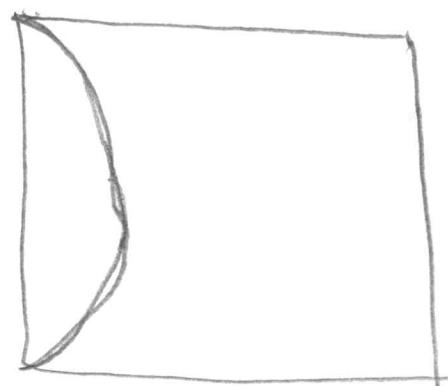
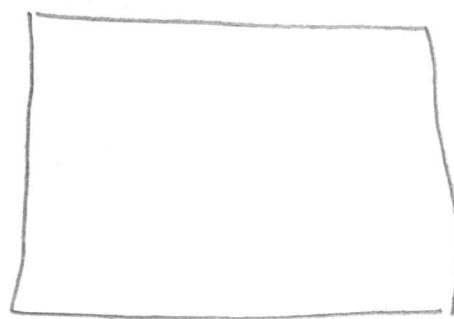
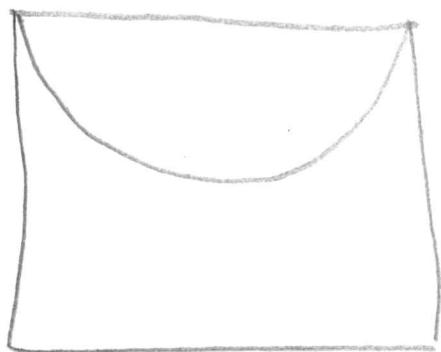
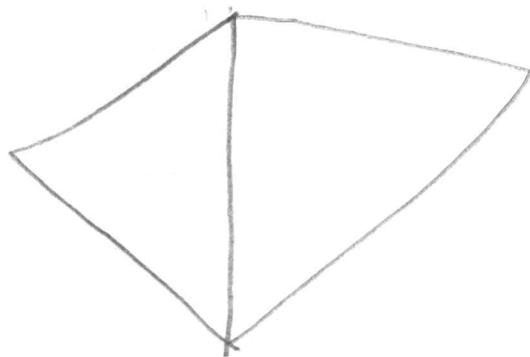
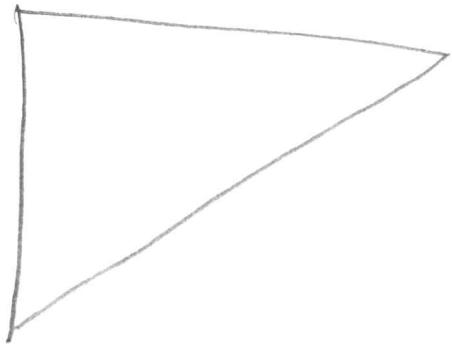
GH & A Servicios Médicos  
Psicosomáticos S.A.C.

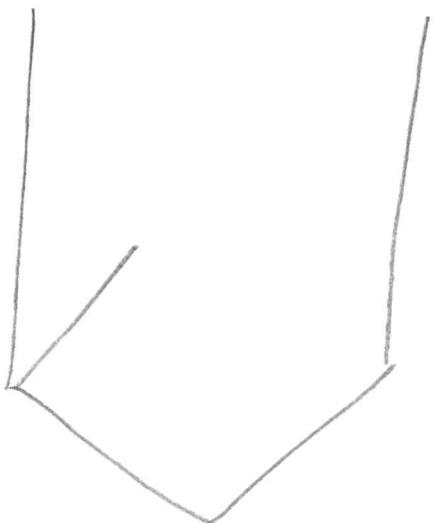
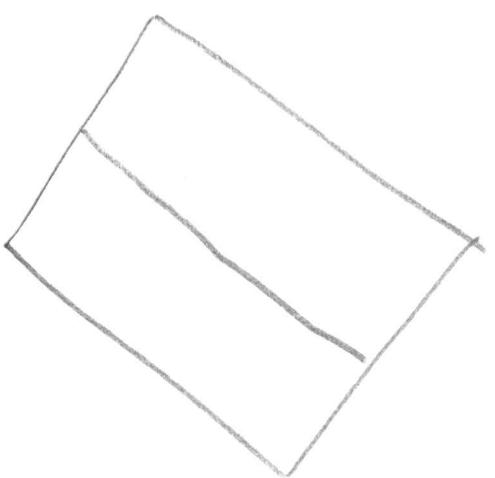
FIRMA Y HUELLA DEL EVALUADOR  
RE 9245 7295  
RESPONSABLE EVALUACION PSICOPATOLOGICA


FIRMA Y HUELLA DEL EVALUADO





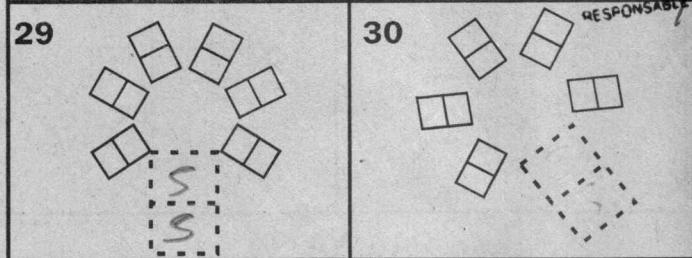
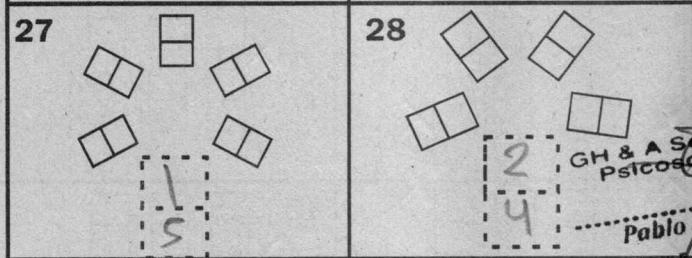
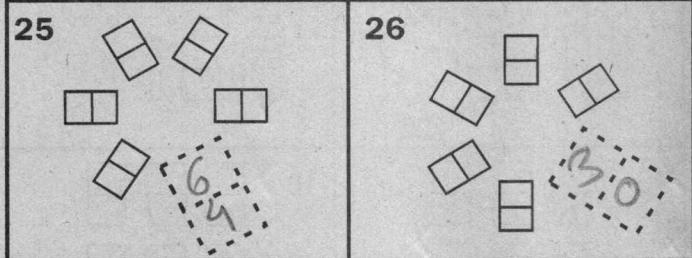


# Test de Dominos (Anstey)

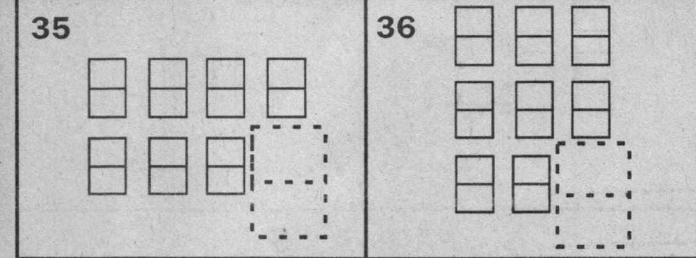
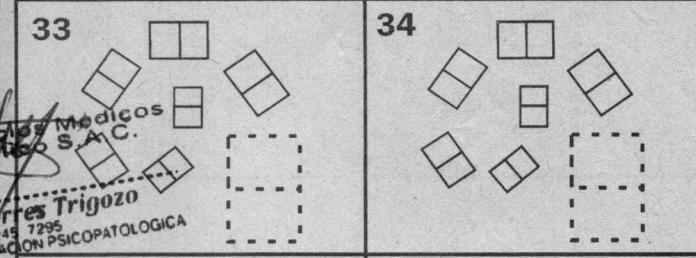
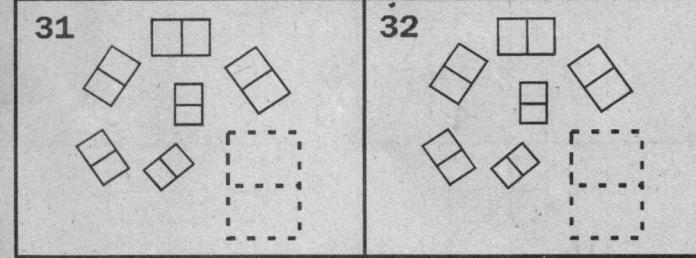
D.N.I. 47397652

Nombre: CLIDER ALEXANDER NAVARRO TOCTO				Fecha de hoy: 06 02 2025 Día Mes Año
Fecha de Nacimiento: 21 03 1992		Escolaridad: Secundaria G. Instrucción:	Estado Civil: Soltero Edad: 32a	Pc 50
Sexo: M F	Lugar de Nacimiento: CASAMORCA	Ocupación: INDEPENDIENTE Rango		
Motivo del Examen: LICENCIA DE CONDUCIR				Categoría: A1 - Nuevo
Dirección: SHPM BOYACA				
Teléfono: 901394706		Hora Inicio: 03:31 pm	Hora Termino: 03:46 pm	
Administración: Individual <input type="radio"/> Colectiva <input checked="" type="radio"/> Test <input type="radio"/> Retest <input type="radio"/> Diagnóstico: Normal al Término Medio				

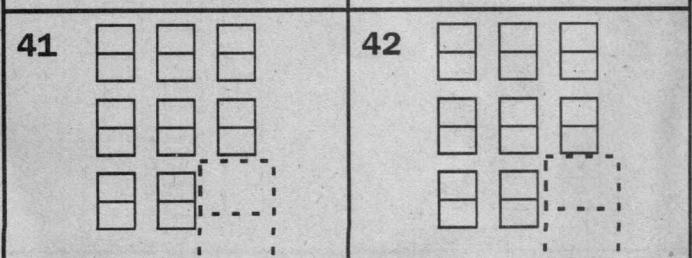
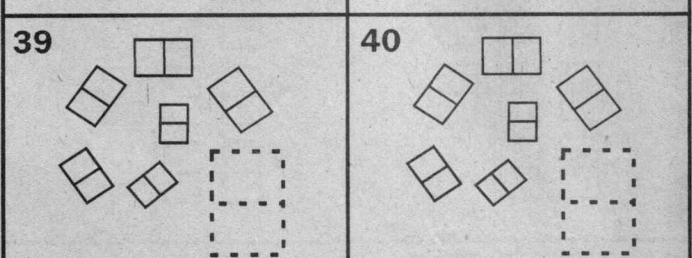
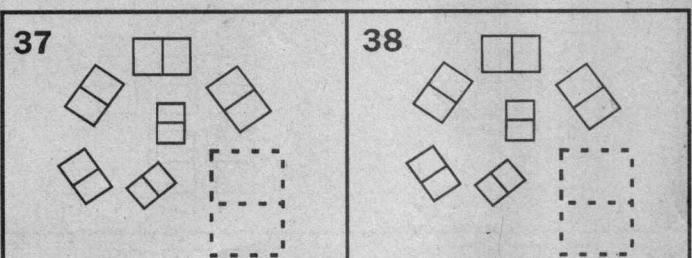
PAGINA 5



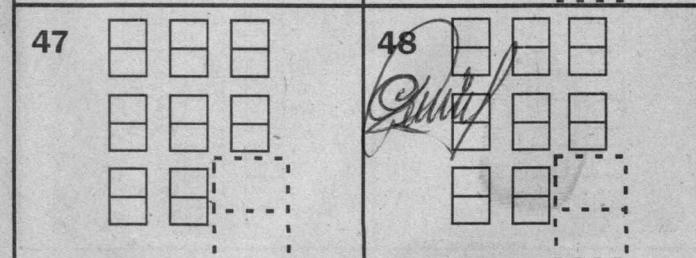
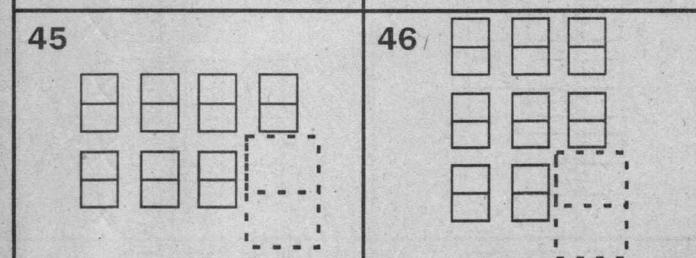
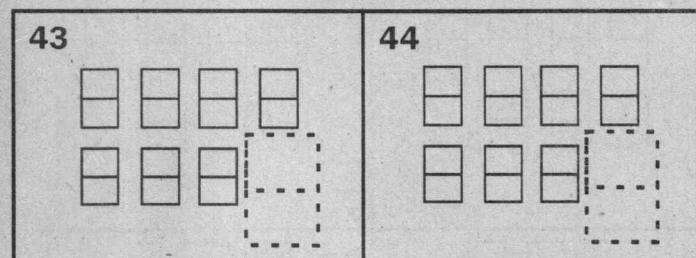
PAGINA 6



PAGINA 7

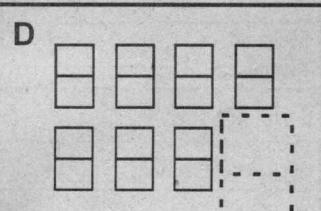
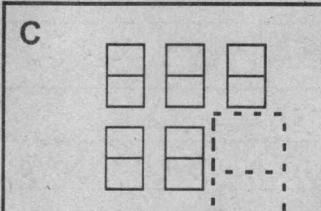
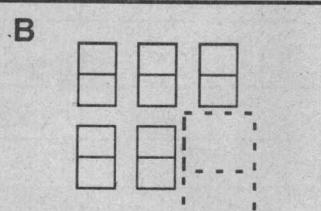
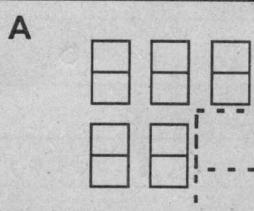


PAGINA 8



# 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	



## TEST DE LA FIGURA HUMANA - MACHOVER

NOMBRE y APELLIDO		CLIDER ALEXANDER NAVARRO TOCTO						
EDAD	32	años	DNI	47397652	FECHA DE NAC.	21	03	1992
SEXO	<input checked="" type="checkbox"/>	F	GRADO INST.	SECUNDARIO	OCCUPACION	INDEPENDIENTE		
ESTADO CIVIL	Soltero		CATEGORIA	A 1	Fecha Evaluacion	06	02	25
TIPO DE EVALUACION	NUEVO		S1	REVALIDACION	RECATEGORIZACION			
LUGAR DE NACIMIENTO	CAJAMARCA.							
HORA DE INICIO	03:47 pm							
HORA DE TERMINO	03:52 pm							

FIRMA POSTULANTE			<p>GH &amp; A Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C. Firma Examinador Pablo S. Torres Trigozo RE 9245/7295 RESPONSABLE EVALUACION PSICOPATOLOGICA</p>
---------------------	--	--	--



\* ALEGRE  
\* AMIGABLE  
\* RESPONSABLE.

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

NOMBRES Y APELLIDOS: CLIDER ALEXANDER NUÑO TOCTO D.N.I. 47397652  
 EDAD: 32. FECHA DE NACIMIENTO: 21/03/92 LUGAR NAC. CAJAMARCA  
 SEXO: M ESTADO CIVIL: Soltero GRADO DE INSTRUCCIÓN: SECUNDARIA  
 OCUPACIÓN: INDEPENDIENTE CATEGORIA: A I - NUEVO  
 MOTIVO: POR TRABAJO CONDUCIR FECHA DE EXAMEN: 06-02-2025  
 DIRECCION: SHPM BOYACU.  
 TELEFONO: 901394706  
 HORA INICIO: 03:53 pm HORA TERMINO: 04:04 pm

	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1.	X		20.		X	
2.	X		21.	X		X
3.		X	22.	X		X
4.	X		23.		X	
5.		X	24.	X		X
6.		X	25.	X		X
7.	X		26.	X		X
8.	X		27.	X		X
9.		X	28.		X	
10.	X		29.	X		X
11.	X		30.		X	
12.	X		31.		X	
13.		X	32.	X		X
14.	X		33.		X	
15.		X	34.	X		X
16.		X	35.		X	
17.	X		36.		X	
18.	X		37.		X	
19.		X	38.		X	
					57.	
						X

N:

8

E:

12

L:

3

DIAGNOSTICO:

Estable / Altimente

Extructurado y A Servicios Médicos  
RGH & A Psicosomáticos S.A.C.  
Pablo Torres Ingózoz  
RE: 9245 7295  
RESPONSABLE EVALUACION PSICOPATOLÓGICA

Fecha: 06/02/2025

## TEST DE ALCOHOLISMO (TEST AUDIT)

HORA INICIO 04:05 pm

HORA TERMINO 04:15 pm

Nombre: CLIDER ALEXANDER NAVARRO TOSTO

Edad: 32

SEXO M

F

DNI: 47397652. F.NAC: 21.03.92

G. INSTRUCCIÓN SECUNDARIA

LUGAR NAC. CAJAMARCA

EST. CIVIL SOLTERO

OCCUPACION: INDEPENDIENTE

CATEGORIA A - INNUEVO

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

1

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

Termíne acá la evaluación y realice una intervención mínima

Puntaje:  
AUDIT-C

2

suma del puntaje de la pregunta 1 a 3

Hombres 5 puntos a mas  
Mujeres 4 puntos a mas

Consumo de riesgo

Continúe con las preguntas 4 a 10

4. ¿En el curso del ultimo año ¿Con que frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?

Nunca

Menos de una vez al mes

Mensualmente

Semanalmente

A diario ó casi a diario

0

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

Nunca

Menos de una vez al mes

Mensualmente

Semanalmente

A diario ó casi a diario

0

6. ¿En el curso del ultimo año ¿Con que frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

Nunca

Menos de una vez al mes

Mensualmente

Semanalmente

A diario ó casi a diario

0

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

Nunca

Menos de una vez al mes

Mensualmente

Semanalmente

A diario ó casi a diario

0

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

Nunca

Mensualmente

A diario ó casi a diario

0

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

Nunca

Menos de una vez al mes

Mensualmente

Semanalmente

A diario ó casi a diario

0

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

Nunca

Menos de una vez al mes

Mensualmente

Semanalmente

A diario ó casi a diario

0

0 a 7 puntos

Consumo de bajo riesgo

Realice una intervención mínima

8 a 15 puntos

Consumo de bajo riesgo

Realice una intervención breve

16 puntos a mas

Possible consumo  
Problema o dependencia

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

Puntaje AUDIT

suma del puntaje de la pregunta 1 a 10

GHA Servicios Médicos  
Psicosomático S.A.C.

Firma del responsable de  
Población Total 160000  
RE 945 745  
RESPONSABLE EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA

  
Firma y huella del  
Postulantes

Resultados:

10 = NORMA 60

## SCL-90-R

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

**Nombre:** CLIDEN ALEXANDER NAVARRA TOETO

**Edad:** 32 años

**Fecha de hoy:** 06-07-2025

**DNI:** 47397652

**Fecha de nacimiento:** 21-03-1992

**CATEGORIA:** A I Nuevo

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 checked="" type="radio"/> Secundaria Incompleto	<input type="radio"/> O Terciario Incompleto	<input type="radio"/> O Universitario Incompleto
<input type="radio"/> O Primaria completo	<input checked="" type="radio"/> Secundaria Completo	<input type="radio"/> O 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:** IN dependiente

**Lugar de nacimiento:** Cajamarca

**Lugar de residencia actual:** Cajamarca

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).

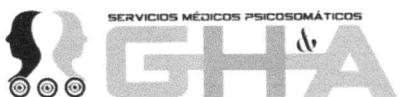
Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

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

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



## Hoja para el cálculo de los puntales

- 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    | 0  | promedio |
| Nº resp. | 12 | 0        |

 SOM

## 2) OBSESIONES Y COMPULSIONES (10 ítems)

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

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

 OBS:

### 3) SENSITIVIDAD INTERPERSONAL (9 ítems)

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

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

 SI

#### 4) DEPRESIÓN (13 ítems)

5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79, ... → 

|          |    |
|----------|----|
| Total    | 10 |
| Nº resp. | 13 |

 promedio 0

#### **5) ANSIEDAD (10 items)**

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

|          |   |          |
|----------|---|----------|
| total    | 5 | promedio |
| Nº resp. | 5 | 0        |

 ANS

#### 6) HOSTILIDAD (6 items)

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

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

 HOS

#### 7) ANSIEDAD FÓBICA (7 ítems)

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

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

#### **8) IDEACIÓN PARANOIDE (6 ítems)**

8.0 18.0 43.0 68.0 76.0 83.0 → 

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| Total    | 0 | promedio 0 |
| Nº resp. | 5 |            |

 PAR

**9) PSICOTICISMO (10 items)**

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

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

PSIC

**ITEMES ADICIONALES (7 items)**

ITEMS ADICIONAIS (Itens)  
19.  44  59  60  64  66  89 ----- →

INDICE DE SEVERIDAD GLOBAL ----- → 

| Σ "total" | Nº respuestas contestadas |
|-----------|---------------------------|
| 9 / 90    | 0                         |

 IGS

**TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS** ----- ➔  TSP

INDICE MALESTAR SINTOMÁTICO POSITIVO ----- → 

|                  |    |   |
|------------------|----|---|
| $\Sigma$ "total" | SP |   |
| ○ / ○            |    | ○ |

 IMS

## RESULTADOS DE EVALUACION SCL-90-R

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

RESULTADOS

APTO

NO APTO

GH & A Servicios Médicos  
Psicosomáticos S.A.C.  
Firma y sello del:  
Pablo S. Torres Trigozo  
REF ID: 2005  
RESPONSABLE EVALUACIÓN PSICOPATOLOGICA

  
Firma y huella  
del postulante



### III. EVALUACION VISUAL

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

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

HORA INICIO **05:29 pm**

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

AMBOS OJOS **20/20**

#### 2. Vision de Profundidad

Resultados

OD **100** OI **100**

**100** (+) (-)

#### 3. Vision de colores

Resultados

OD **100** OI **100**

**100** (+) (-)

#### 4. Balance Muscular

Resultados

OD **2** OI **2**

**2** (+) (-)

#### 5. Vision Nocturna

Resultados

OD **35** OI **35**

**35** (+) (-)

#### 6. Encandilamiento

Resultados

OD **45** OI **45**

**45** (+) (-)

#### 7. Campo Visual

Resultados

OD **85** OI **85**

**85** (+) (-)

### RESULTADO DE LA EVALUACION VISUAL

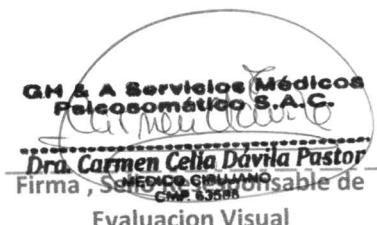
HORA TERMINO **05:44 pm**

APTO

**X**

NO APTO

|               |                |
|---------------|----------------|
| OBSERVACIONES | <b>ninguna</b> |
|---------------|----------------|



  
Firma y Huella Digital del  
Postulante



HORA INICIO

05:29:pm

Nombre: Navarro Tocto Clider Alexander  
 DNI: 47397652  
 Sexo: Masculino  
 Edad: 32 años. (21/03/1992)  
 Grupo sanguíneo: A +  
 Estado civil: Conviviente  
 Estudios: Secundarios  
 Domicilio: Barrio La Union S/n - Shamboyacu

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

Examen tomado el día 6/02/2025 (Validez hasta: 7/08/2025)  
 Tipo de examen: A1 (Particular - Licencia nueva - Conductores)  
 RESULTADO: APROBADO

**Test de visión y audición**

|                           |                     |                                |          |
|---------------------------|---------------------|--------------------------------|----------|
| Agudeza visual            | Vision binocular    | Hasta linea #7 (20/20)         | Aprobado |
|                           | Ojo izquierdo       | Hasta linea #7 (20/20)         | Aprobado |
|                           | Ojo derecho         | Hasta linea #7 (20/20)         | Aprobado |
| Apreciación de distancia  |                     | 100% de aciertos               | Aprobado |
| Discriminación de colores |                     | 100% de aciertos.              | Aprobado |
| Foria visual              | Foria Horizontal    | Dentro de lo normal            | Aprobado |
|                           | Foria Vertical      | Dentro de lo normal            | Aprobado |
| Vision nocturna           |                     | Reconoce figuras a 35 candelas | Aprobado |
| Vision encandilada        |                     | Reconoce figura a 45 candelas  | Aprobado |
| Recup. de encandilamiento |                     | 02:78 segundos.                | Aprobado |
| Test de perimetria        | Ojo izquierdo       | Hasta 85 grados                | Aprobado |
|                           | Ojo derecho         | Hasta 85 grados                | Aprobado |
|                           | Perimetria Vertical | Hasta 70 grados                | Aprobado |

Observaciones:

SIN RESTRICCIÓN

**Resultado: APROBADO**

Responsable de este examen: Administrador

**Evaluación Final**

Conclusiones:

APTO

Recomendaciones:

NINGUNA

HORA TERMINO

05:44:pm

GH & A Servicios Médicos  
 Psicosomático S.A.C.  
 Dra. Carmen Celia Davila Pastor  
 MEDICO CRIMINAL  
 CRM 63886

FIRMA DEL EVALUADOR



FIRMA DEL EVALUADO

Pagina N° 1

## IV. EVALUACION AUDITIVA

|             |        |
|-------------|--------|
| HORA INICIO | 05:47: |
|-------------|--------|

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 | 20 dB                |
| Ambos Oidos    | 20 dB normo auditiva |

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

APTO

NO APTO

|               |         |
|---------------|---------|
| OBSERVACIONES | NINGUNA |
|---------------|---------|

GH &amp; A Servicios Médicos

Firma:   
 Castillo Hugo Rivera Rojas  
 MÉDICO CIRUJANO  
 Evaluación Auditiva




Firma y Huella Digital del  
Postulante

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION AUDITIVA

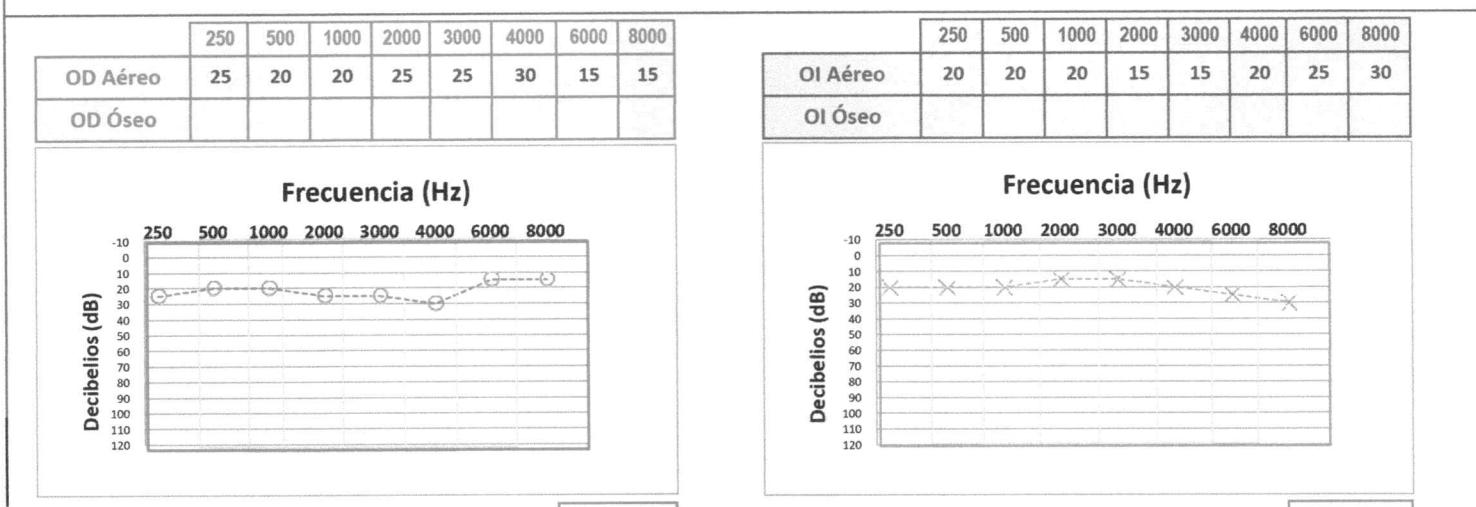
|              |          |
|--------------|----------|
| HORA TERMINO | 06:03 pm |
|--------------|----------|

# FICHA DE EVALUACION AUDIOMÉTRICA PARA TRABAJADORES Y CONDUCTORES



|                                |    |                                |        |                      |             |                            |                |        |               |                  |                  |    |
|--------------------------------|----|--------------------------------|--------|----------------------|-------------|----------------------------|----------------|--------|---------------|------------------|------------------|----|
| NOMBRE Y APELLIDOS             |    | CLIDER ALEXANDER NAVARRO TOCTO |        |                      |             |                            |                |        |               | Fecha de examen  |                  |    |
| Fecha del nacimiento           |    | 21/03/1992                     | EXAMEN | LICENCIA DE CONDUCIR | X           | Periódica                  |                | Retiro |               | Otro             |                  |    |
| GRADO INSTRUCCIÓN              |    | SECUNDARIA                     |        | EMPRESA              |             |                            |                |        |               | DNI              | 47397652         |    |
| EDAD                           | 32 | SEXO                           | M      | CATEGORIA            | A-I         | TIPO DE EVALUACION:        | NUEVO          | X      | REVALIDACION  |                  | RECATEGORIZACION |    |
| HORA DE INICIO:                |    | 05:47:pm                       |        | ESTADO CIVIL         | CONVIVIENTE | OCUPACION                  |                |        | INDEPENDIENTE |                  |                  |    |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ : Vía aérea del OD</li> <li>× : Vía aérea del OI</li> <li>[ ] : Vía ósea del OD (OI enmascarado)</li> <li>[ ] : Vía ósea del OI (OD enmascarado)</li> <li>&lt; : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)</li> <li>&gt; : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)</li> <li>△ : Umbral de discomfort.</li> <li>↓ : Ausencia de umbral.</li> </ul> |
|----------|--------|--|---------------------|--|

HORA TERMINO: 06:03 pm

GH & A Servicios Médicos  
  
 Castulo Hugo Rivera Roque  
 Sello Profesional

## V. EVALUACION CLINICA

HORA INICIO 06:11:pm

## 1. Anamnesis

Motivo: Evaluación Necesaria para huir de  
veneno

## 2. Enfermedad Actual

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

Sintomas principales:

Arte riñón

## 3. Antecedentes Personales

|  | SI | NO | OBSERVACIONES |
|--|----|----|---------------|
| A. Sistema Cardio-Respiratorio                     |    |    |               |
| 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 | /  |    |               |
| B. Aparato Locomotor                               |    |    | OBSERVACIONES |
| Proceso degenerativo osteoneuromuscular            | /  |    |               |
| Prótesis   | /  |    |               |
| Otras enfermedades del aparato locomotor           | /  |    |               |
| C. Sistema Neurologico                             |    |    | OBSERVACIONES |
| Enfermedades encefalicas                           | /  |    |               |
| 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                            |    |    | OBSERVACIONES |
| 1. Enfermedades Metabolicas y Endocrinias          |    |    |               |
| Hipoglucemia                                       | /  |    |               |
| Hiperglicemia o Diabetes Mellitus                  | /  |    |               |
| Enfermedad Tiroidea                                | /  |    |               |
| Enfermedad paratiroidea                            | /  |    |               |
| Enfermedad adrenal                                 | /  |    |               |
| Trastornos hepaticos                               | /  |    |               |
| Sistema hematologico                               | /  |    |               |
| 2. Trastornos Hematologicos                        |    |    |               |
| Procesos sometidos a tratamiento quimioterapico    | /  |    |               |
| Policitemia vera y poliglobulias                   | /  |    |               |

|   |  |   |
|---|--|---|
| Anemia, Leucopenia, Trombocitopenia   |  | / |
| Trastornos de coagulación   |  | / |
| Tratamiento anticoagulante  |  | / |
| Otros trastornos hematológicos  |  | / |
| Otras enfermedades del sistema hematológico   |  | / |
| <b>E. Sistema Renal</b>   |  |   |
| Nefropatía  |  | / |
| 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 tóxicas (Cocaína, marihuana, drogas sintéticas, 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 información verdadera respecto a mis antecedentes médicos y a mi estado de salud física y mental actual que se me consultó al momento de la evaluación psicosomática, por ello declaro que soy consciente que el ocultar o falsear información puede conllevar consecuencias legales, por lo que asumo la responsabilidad de ello. |  |   |

OBSERVACIONES

Ocasional



FIRMA

HUELLA

**4. Antropometría**

Peso 94 kg Talla 173 cm IMC 31.4

**\* Sistema Cardio-Respiratorio**

|                                |          |
|--------------------------------|----------|
| Presión Arterial Sistólica     | 113 mmHg |
| Presión Arterial Diástólica    | 59 mmHg  |
| Frecuencia Respiratoria Reposo | 17 x'    |
| Frecuencia de pulso reposo     | 57 x'    |
| Pulsoximetría                  | 97 %     |
| Capacidad ventilatoria         | 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 Neurológico**

- Prueba Índice - Nariz  
Prueba de romber Índice - Nariz  
Movimientos Involuntarios  
Tono Muscular  
Nociónes 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)

|             |      |
|-------------|------|
| 31.4        |      |
| 113/89      | mmHg |
| 44          |      |
| 40          | cm   |
| 03 PUNTO(S) |      |
| X10         |      |

Resultado

Valor (+) (-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACIÓN CLINICA

HORA TERMINO

06:27 pm

APTO

NO APTO

OBSERVACIONES

Muy bueno



Firma y Huella Digital del Postulante



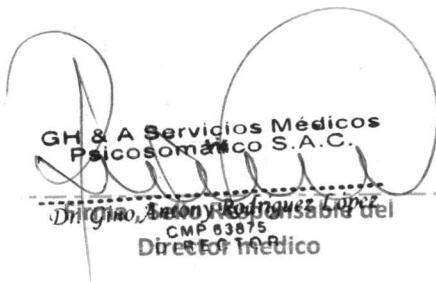
RESULTADO FINAL

APTO

NO APTO

OBSERVACIONES

Muy bueno



Firma y Huella Digital del Postulante



HORA DEL TERMINO DE LA EVALUACION COMPLETA

06:28 pm

## Escala de Somnolencia de EPWORTH

FECHA EVALUACION

06-02-2025

|                     |  |                             |                     |             |
|---------------------|--|-----------------------------|---------------------|-------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS: | CLÍDEN ALEXANDER NUÑO TOCTO            |                             |                     |             |
| DNI:                | 47397652                               | EDAD                        | 32                  |             |
| SEXO                | <input checked="" type="checkbox"/> M  | <input type="checkbox"/> F  | CATEGORIA           | A I - Nuevo |
| GRADO INSTRUCCIÓN   | SECUNDARIO                             |                             | FECHA DE NACIMIENTO | 21-03-1992  |
| ESTADO CIVIL        | SOLTERO                                |                             | LUGAR DE NACIMIENTO | CAJAMARCA   |
| OCCUPACION ACTUAL   | INDEPENDIENTE                          |                             | TIEMPO LABORANDO    | 5 AÑOS      |
| ¿Ronca Usted?       | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |                     |             |

Cuantas horas promedio por dia ,durmio la ultima semana:.....7.....Horas.

¿Cuál es la posibilidad de usted se quede dormido en las siguientes situaciones en este momento? Incluso si no ha realizado recientemente alguna de las actividades mencionadas a continuación, trate de imaginar en qué medida le afectarían.

### Escala de Somnolencia de EPWORTH

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

| SITUACIÓN  | PUNTUACIÓN |
|--|------------|
| Sentado y leyendo (en este momento)  | 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)   | 1          |
| 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)  | 0          |
| <b>Puntuación total (máx. 24)</b>  | <u>3.</u>  |

### RESULTADO.

00-11 ptos: Rango normal de somnolencia

12-14 ptos: Somnolencia diurna leve

15-18 ptos: Somnolencia diurna moderada

19-20 ptos: Somnolencia diurna grave.




FIRMA Y HUELLA  
DEL POSTULANTE

