



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

TARAPOTO - SUC-1

CERTIFICADO MÉDICO

N° DE INFORME : 2024-00322-0001290

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

FECHA VENCIMIENTO : 10/06/2025



EVALUACIÓN MÉDICA

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

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

INFORMACIÓN DEL EVALUADO

Tipo de Documento : DNI

Número de Documento : 70843535

Nombres : ROISER GUEVARA CORONEL

Dirección : CASERIO ALTO ANDINO SAN MARTIN/LAMAS/CUÑUMBUQUI

Grupo Sanguíneo : A - POSITIVO

Fecha de Nacimiento : 12/10/2000

CLASE Y CATEGORÍA DEL POSTULANTE

Clase : A

Categoría : A Uno - NUEVO

CONDICIÓN DEL POSTULANTE : APTO

RESULTADO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS Y PSICOLÓGICAS DEL POSTULANTE			
EXAMEN	RESULTADO	FIRMA Y SELLO	OBSERVACIONES
1. ANÁLISIS DE LABORATORIO ROCKY MICHAEL CUEVA MONTAYA	APTO	GH & A Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C. <i>Rocky Michael Cueva Montoya</i> BIOLOGO MICROBIOLOGO CBP N° 9763 - RNBE N° 0391 GH & A Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C.	
2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA LUZ ELENA SEMPETIGUE BURGOS	APTO	<i>Luz Elena Sempetigue Burgos</i> C.P.S.P. N° 33137 RESPONSABLE EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA GH & A Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C.	
3. EVALUACIÓN VISUAL HENRRY JULIÁN ROBLES FLORES	APTO	<i>Henry J. Robles Flores</i> MÉDICO CIRUJANO CMP: 086600 GH & A Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C.	
4. EVALUACIÓN AUDITIVA HENRRY JULIÁN ROBLES FLORES	APTO	<i>Henry J. Robles Flores</i> MÉDICO CIRUJANO CMP: 086600 GH & A Servicios Médicos Psicosomático S.A.C.	
5. EVALUACIÓN CLÍNICA GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ	APTO	<i>Dr. Gino Antony Rodríguez López</i> M.D. TOPIPIUATO GH & A Servicios Médicos Psicosomático S.A.C.	
RESULTADO FINAL	APTO	<i>Dr. Gino Antony Rodríguez López</i> CMP 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 Rodríguez López
CMP 63875
DIRECTOR MÉDICO

GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ

Jr. Zorritos 1203 - Lima - Perú

Telf.: (511) 615 7800

www.mtc.gob.pe

10/12/2024 11:35 a. m.



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

TARAPOTO - SUC-1

INFORME MÉDICO

N° DE INFORME : 2024-00322-0001290

FECHA : 10/12/2024

EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 10/12/2024

Fecha de Término : 10/12/2024

Hora de Inicio : 08:57:59

Hora de Término : 11:33:30

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de Documento : DNI

N° de Documento : 70843535

Apellido Paterno : GUEVARA

Apellido Materno : CORONEL

Nombres : ROISER

Fecha de : 12/10/2000

Sexo

: MASCULINO

Teléfono : 901659294

Dirección : CASERIO ALTO ANDINO SAN MARTIN/LAMAS/CUÑUMBUQUI

CLASE, CATEGORÍA Y CONDICIÓN DEL POSTULANTE

Clase : A

Categoría

: A Uno - NO PROFESIONAL

Trámite : NUEVO

Condición : APTO

Postulante a licencia de conducir



Huella dactilar

1. ANÁLISIS DE LABORATORIO

GRUPO SANGUÍNEO O FACTOR RH

GRUPO SANGUÍNEO

A

FACTOR RH

POSITIVO

Resultado Final de Análisis de Laboratorio

APTO

Observaciones

Hora Inicio : 08:59

Hora Término : 09:07

GH & A Servicios Médicos
Psicosomáticos S.A.C

Rocky Michael Cueva Montoya

BIOLOGO MICROBIÓLOGO
CBP N° 9763 - RNE N° 0191

Responsable de Análisis de Laboratorio
ROCKY MICHAEL CUEVA MONTOYA



Firma y huella digital
Postulante

2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

ORGANICIDAD (COMPLETAR DE ACUERDO A EVALUACIÓN REALIZADO)

B. PRUEBAS

WECHSLER - DISEÑO DE CUBOS (+) (-)

BENTON FORMA C (+) (-)

APTO

INTELIGENCIA (COMPLETAR DE ACUERDO A EVALUACIÓN REALIZADO)

A. TEST DE MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN

RESULTADO (+) (-)

B. TEST DE DOMINOS ANSTAY

RESULTADO (+) (-)

APTO

C. TEST DE OTIS (ABREVIADO)

RESULTADO (+) (-)

PERSONALIDAD (COMPLETAR DE ACUERDO A EVALUACIÓN REALIZADA)

A. TEST PROYECTIVO KAREN MACHOVER

RESULTADO (+) (-)

APTO

B. NPF O TEST DE LOS 4 TEMPERAMENTOS

RESULTADO (+) (-)

C. INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK

RESULTADO (+) (-)

APTO

RASGO PSICOPATOLÓGICO (COMPLETAR DE ACUERDO A EVALUACIÓN REALIZADA)

A. TEST DE AUDIT

RESULTADO (+) (-)

APTO

B. INVENTARIO DE 90 SÍNTOMAS - SCL-90-R

RESULTADO (+) (-)

APTO

C. CUESTIONARIO DE INVENTARIO DE CAMBIOS DE PERSONALIDAD NEUROLÓGICOS (NECHAPI)

RESULTADO (+) (-)

Resultado Final de la Evaluación Psicológica

APTO

Observaciones

Hora Inicio : 09:09

Hora Término : 10:10

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

Luz Elena Sempertigue Burgos

C.Ps.P. N° 33137
RESPONSABLE DE EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA
Responsable de Evaluación Psicológica
LUZ ELENA SEMPERTIGUE BURGOS

Firma y huella digital
Postulante

3. EVALUACIÓN VISUAL

AGUDEZA VISUAL (VISIÓN LEJANA)

OD

RESULTADO (+) (-)

20

OI

RESULTADO (+) (-)

20

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

20

VISIÓN DE PROFUNDIDAD

OD

RESULTADO (+) (-)

100

OI

RESULTADO (+) (-)

100

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

100

VISIÓN DE COLORES

OD

RESULTADO (+) (-)

100

OI

RESULTADO (+) (-)

100

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

100

BALANCE MUSCULAR

OD

RESULTADO (+) (-)

2

OI

RESULTADO (+) (-)

2

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

2

VISIÓN NOCTURNA

OD

RESULTADO (+) (-)

35

OI

RESULTADO (+) (-)

35

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

35

ENCANDILAMIENTO

OD

RESULTADO (+) (-)

45

OI

RESULTADO (+) (-)

45

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

45

CAMPO VISUAL

OD

RESULTADO (+) (-)

85

OI

RESULTADO (+) (-)

85

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

85

Resultado Final de la Evaluación Visual

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

-

Hora Inicio : 10:42


Hora Término : 10:58

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

Henry J. Robles Flores

MÉDICO CIRUJANO

CHMPA 001600
Responsable de Evaluación Visual
HENRY JULIAN ROBLES FLORES



Firma y huella digital
Postulante

4. EVALUACIÓN AUDITIVA

OTOSCOPIA

RESULTADO (+) (-)

APTO

EXAMEN AUDITIVO

A. OIDO DERECHO

RESULTADO (+) (-) (dB)

15

B. OIDO IZQUIERDO

RESULTADO (+) (-) (dB)

15

C. AMBOS OIDOS

RESULTADO (+) (-) (dB)

15

Resultado Final de la Evaluación Auditiva

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

Hora Inicio : 10:59

Hora Término : 11:16

CH A A Servicios Médicos
Psicosomáticos S.A.C.

Henry J. Robles Flores

MÉDICO CIRUJANO
CMP: 066500

Firma, sello
Responsable de Evaluación Auditiva
HENRRY JULIÁN ROBLES FLORES



Firma y huella digital
Postulante

5. EVALUACIÓN CLÍNICA

ANAMNESIS - EXAMEN FÍSICO

RESULTADO (+) (-)

EVALUACION MEDICA PARA LICENCIA DE CONDUCIR

ANTECEDENTES PERSONALES

A. SISTEMA CARDIO - RESPIRATORIO

INSUFICIENCIA CARDIACA

NO

TRASTORNOS DEL RITMO

NO

MARCAPASOS Y DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE

NO

PRÓTESIS VALVULARES CARDIACAS

NO

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

NO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

NO

ANEURISMA DE GRANDES VASOS

NO

ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA

NO

ENFERMEDAD VENOSA

NO

DISNEA

NO

TRASTORNOS DEL SUEÑO

NO

CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN

NO

OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIACO RESPIRATORIO

NO

B. APARATO LOCOMOTOR

PROCESO DEGENERATIVO OSTEONEUROMUSCULAR

NO

PRÓTESIS

NO

OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO LOCOMOTOR

NO

C. SISTEMA NEUROLÓGICO

ENFERMEDADES ENCEFÁLICAS, MEDULARES Y DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO

NO

EPILEPSIA Y CRISIS CONVULSIVAS

NO

ALTERACIONES DE EQUILIBRIO

NO

TRASTORNOS MUSCULARES

NO

ACCIDENTE ISQUÉMICO

NO

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

NO

ENFERMEDAD DE DUCHENNE

NO

OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NEUROLÓGICO

NO

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

HIPOGLUCEMIA

NO

HIPERGLICEMIA O DIABETES MELLITUS

NO

ENFERMEDAD TIROIDEA

NO

ENFERMEDAD PARATIROIDEA

NO

ENFERMEDAD ADRENAL

NO

TRASTORNOS HEPÁTICOS

NO

SISTEMA HEMATOLÓGICO

NO

D.2. SISTEMA HEMATOLOGICO (TRANSTORNOS HEMATOLOGICOS)

PROCESOS SOMETIDOS A TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO

NO

POLICITEMIA VERA Y POLIGLOBULIAS

NO

ANEMIA, LEUCOPENIA, TROMBOCITOPENIA

NO

TRASTORNOS DE COAGULACIÓN

NO

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

NO

OTROS TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS

NO

OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMATOLÓGICO

NO

E. SISTEMA RENAL

NEFROPATÍA

NO

TRASPLANTE RENAL

NO

INSUFICIENCIA RENAL

NO

OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RENAL

NO

F. OTROS

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO (SI LA RESPUESTA ES SI, CON QUE FRECUENCIA?, ANOTARLO EN OBSERVACIÓN)

SI

OCASIONAL

CONSUMO SUSTANCIAS TÓXICAS (COCAÍNA, MARIHUANA, DROGAS SINTÉTICAS., SI LA RESPUESTA ES SI, DESDE CUANDO Y CON QUE FRECUENCIA, ANOTARLO EN OBSERVACIÓN)

NO

CONSUMO MEDICAMENTOS (ESPECIFICAR LOS NOMBRES DE LOS MEDICAMENTOS, LA FRECUENCIA Y DESDE CUANDO LOS USA, ANOTARLO EN OBSERVACIONES))

NO

EXAMEN FÍSICO

A. ANTROPOMETRÍA

PESO (KG)

74

TALLA (CM)

157

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

30.02

B. SISTEMA CARDIO-RESPIRATORIO

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (MMHG)

100

PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (MMHG)

60

FRECUENCIA RESPIRATORIA EN REPOSO

18

FRECUENCIA DE PULSO EN REPOSO

75

PULSIOXIMETRÍA

97

CAPACIDAD VENTILATORIA

APTO

C. APARATO LOCOMOTOR

FUERZA MUSCULAR

SI

AUSENCIA O DESVIACIONES

AUSENTE

RANGO DE MOVIMIENTOS ARTICULAR LIMITADO

AUSENTE

LESIONES DEFORMANTES EN COLUMNA VERTEBRAL

AUSENTE

LESIONES DEFORMANTES EN EXTREMIDADES

AUSENTE

D. SISTEMA NEUROLÓGICO

PRUEBA ÍNDICE - ÍNDICE

SINERGIA

ROMBERT PRUEBA ÍNDICE - NARIZ

EQUILIBRIO CONSERVADO

MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS

AUSENTE

TONO MUSCULAR

APTO

NOCIONES TEMPOROESPACIALES

APTO

REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS

APTO

Resultado Final de la Evaluación Clínica

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

Hora Inicio

: 11:17

Hora Término

: 11:33

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

Firma y sello
Dr. Gino Antony Rodríguez López
Responsable de Evaluación Clínica
GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ





Firma y huella digital
Postulante

RESULTADO FINAL

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

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

Firma y sello
Dr. Gino Antony Rodríguez López
CMP 63875
Director Médico
GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ





Firma y huella digital
Postulante

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

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

Firma y sello
Dr. Gino Antony Rodríguez López
CMP 63875
Director Médico
GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ

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

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

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

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de documento:	DNI <input checked="" type="checkbox"/> C.EX. <input type="checkbox"/>	N° de Documento:	70843535
Apellido Paterno:	GUEVARA	Apellido Materno:	CORONEL
Nombre:	ROISER		
Fecha de Nacimiento:	12-Oct-00	Sexo:	M
Edad:	24 años	N° Celular:	901659294
Estado Civil:	SOLTERO (A)	Grado de Inst.:	SECUN. COMPLETA
Ocupación:	ESTUDIANTE		
Lugar de Nacimiento:	CAJAMARCA		
Tipo de trámite:	Nueva <input checked="" type="checkbox"/> Revalidación <input type="checkbox"/>	Recategorización:	<input type="checkbox"/>
Categoría:	A-I <input type="checkbox"/> No Profesional <input checked="" type="checkbox"/>	Profesional	<input type="checkbox"/>
Correo:	guevarac.17@gmail.com		
Dirección:	CASERIO ALTO ANDINO -CUÑUMBUQUI		

[Firma manuscrita]



FIRMA Y HUELLA DIGITAL

I. ANÁLISIS DE LABORATORIO

HORA 08:59 am

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: Ninguna

RESULTADO FINAL DE ANÁLISIS DE LABORATORIO

HORA 09:07 am

APTO ☒

NO APTO ☐

GHA Servicios Médicos
Psicosomáticos S.A.C

Ricky Michael Cueva Montoya
BIÓLOGO MICROBIÓLOGO
C.J.P N° 9763 - RNBE N° 0391

Responsable de Análisis de Laboratorio

[Firma manuscrita]



Firma y Huella Digital
Postulante

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

DATOS DEL POSTULANTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
Guevara	Coronel	Roiser

EDAD: 24 años DNI / CE: 70843535 SEXO: ☒ M ☐ F

F. NAC.: 12/10/100 OCUPAC: Estudiante G. INST.: Secundaria comp.

CATEG: A-I NUEVO: ☒ REVALIDACIÓN: ☐ RECATEGORIZACIÓN: ☐

FEC. INICIO: 10/12/124 LUG. DE NAC.: Cajamarca ES. CIVIL: Soltero

HORA DE INICIO: 08:59 am

HORA DE TERMINO: 09:07 am

DATOS DE LA PRUEBA

Muestras:

1. Sangre total (Punción capilar)
2. Saliva

Exámenes solicitados:

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

RESULTADOS DE LOS EXÁMENES

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



Firma y Huella
POSTULANTE



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

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

II. EVALUACION PSICOLOGICA

HORA INICIO 09:09 am

ANAMNESIS:

MOTIVO DE EVALUACION :

licencia de conducir

Experiencia conducir 4 años N° Infracciones 2 Tipo infracciones Leve Grave Muy Grave

N° Accidentes Niega

Antecedentes Psicopatologicos

Personales: Niega			Familiares: Niega					
Consumo de farmacos	Si	No	Tipo			Tiempo		
Otras sustancias	Si	No	Tipo			Cantidad		
Problemas del sueño:	Si	No	Insomnio	Si	No	Apnea del sueño	Si	No
Convulsiones	Si	No	Desmayos	Si	No	Perdida de conciencias	Si	No
Cansancio y fatiga	Si	No						
Has recibido algun tratamiento psiquiatrico o psicologico anteriormente							Si	No
Has sufrido usted de alteraciones graves del estado de animo							Si	No
Cuantas horas trabaja manejando al dia			4 horas					

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

Luz Elena Sempertigue Burgos

Firma, Sello y Huella Digital de
RESPONSABLE EVALUACION PSICOLOGICA
Evaluacion Psicologica

Firma

Firma y Huella Digital del
Postulante



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

A. Equipo Psicosenso-metrico

Test de Palanca

4/3

(+) (-) (Profesional)

Test de Reactimetro

0.41

(+) (-) (Profesional)

Test de Punteo

31/3

(+) (-) (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)

(+) (-) Profesional

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 Eysenk

Apto

(+) (-) Profesional

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

A. Test de AUDIT

Apto

(+) (-)

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

Apto

(+) (-)

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

(+) (-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION PSICOLOGICA

HORA TERMINO

10:10a

APTO

A

NO APTO

OBSERVACIONES

Ninguna

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

Luz Elena Sempertigue Burgos

C. Ps. P. N° 33137

Firma, Responsable de la Evaluación Psicológica

Evaluación Psicológica

Firma y Huella Digital del
Postulante



Nombre: Guevara Coronel Roiser

DNI: 70843535

Sexo: Masculino

Edad: 24 años. (12/10/2000)

Grupo sanguíneo: A +

Estado civil: Soltero

Estudios: Secundarios

Domicilio: Caserio Alto Andino - Cuñumbuqui

Usa lente óptico: No

Usa lente de contacto: No

Usa audifono: No

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

Test de reactimetría simple

Prueba #1: 0.34 Segundos (Rápido)

Prueba #3: 0.36 Segundos (Rápido)

Prueba #5: 0.43 Segundos (Medio lento)

Prueba #7: 0.34 Segundos (Rápido)

Prueba #9: 0.42 Segundos (Medio lento)

Prueba #2: 0.34 Segundos (Rápido)

Prueba #4: 0.34 Segundos (Rápido)

Prueba #6: 0.34 Segundos (Rápido)

Prueba #8: 0.91 Segundos (Muy Lento)

Prueba #10: 0.30 Segundos (Muy rápido)

Resultado: APROBADO Promedio: 0.41 Segundos

Responsable de este examen: Administrador

Test de palancas

Tiempo de error: 3.93 (Aprobado)

Cantidad de errores: 1 (Aprobado)

Tiempo de examen: 32.00 (Aprobado)

Resultado: APROBADO

Responsable de este examen: Administrador

Test de punteado

Cantidad de errores: 3 (Aprobado)

Cantidad de aciertos: 31 (Aprobado)

Tiempo de acierto: 4.16 (Aprobado)

Resultado: APROBADO

Responsable de este examen: Administrador

Conclusiones: APTO

Recomendaciones: NINGUNA

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

Luz Elena Sempertigue Burgos

C.Ps.P. N° 33137

FIRMA DEL EVALUADOR



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: Raiser Tevevara Coronel D.N.I.: 70843535

EDAD: 24 FECHA DE NACIMIENTO: 12 / 10 / 2000 LUGAR NAC: Cesamarca

SEXO: M ESTADO CIVIL: soltero GRADO DE INSTRUCCIÓN: Secundaria completa

OCUPACIÓN: Estudiante CATEGORIA: A1 Nuevo

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

DIRECCIÓN: Jr. 10 de agosto # 535

TELÉFONO: 901659294 NIVEL DE INTELIGENCIA(Conocido o estimado):

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

LAMINA	Reproduc- ción 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 signos organicos

NOMBRE: Roiser Zuevara Coronel

FECHA: 10-12-24

DNI: 70843535

FECHA NAC: 12-10-2000

SEXO: Masculino

EDAD: 24 años

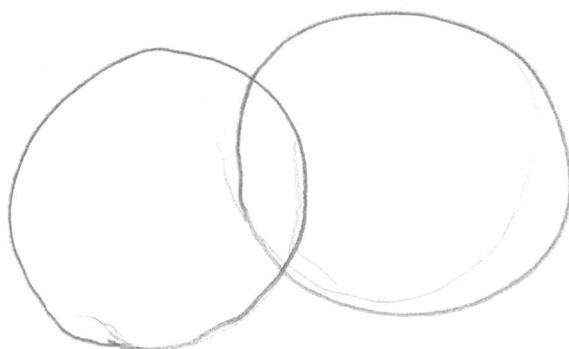
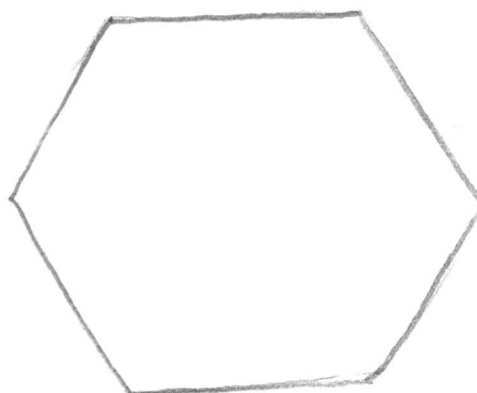
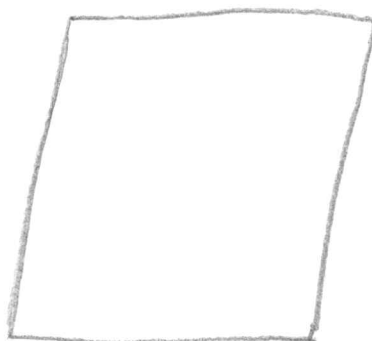
ESTADO CIVIL: soltero

GRADO INST: secundaria

OCUP: Estudiante

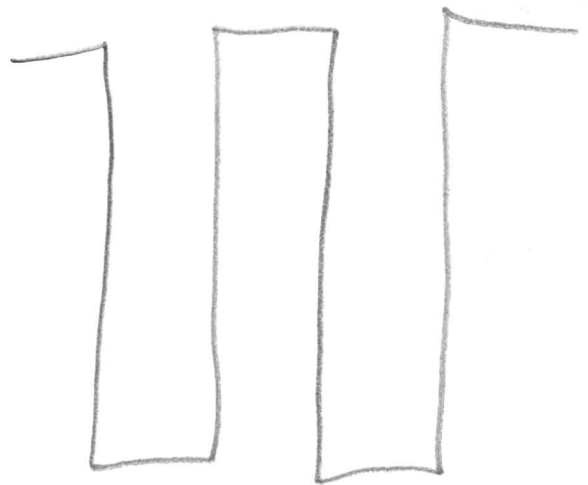
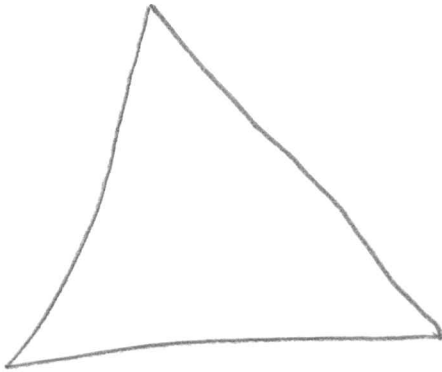
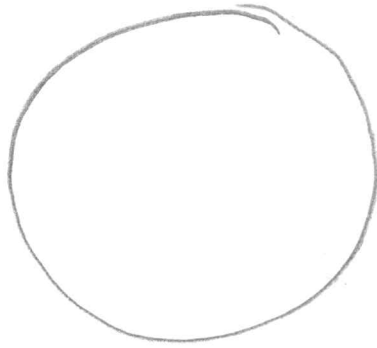
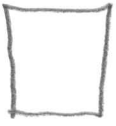
CATEGORIA: A-1 Medio

LUGAR DE NAC: Cajamarca



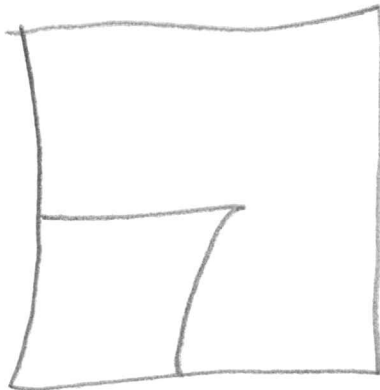
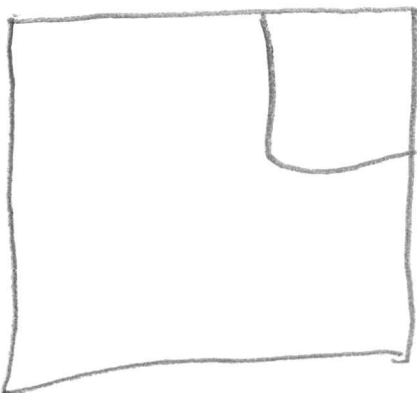
GH & A Servicios Médicos
Psicosomáticos S.A.C.

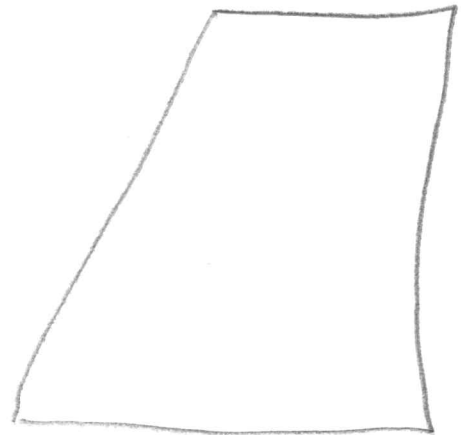
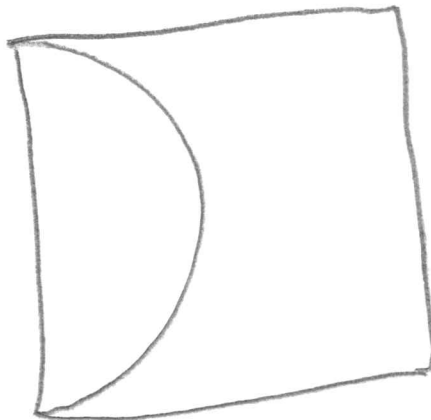
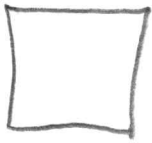
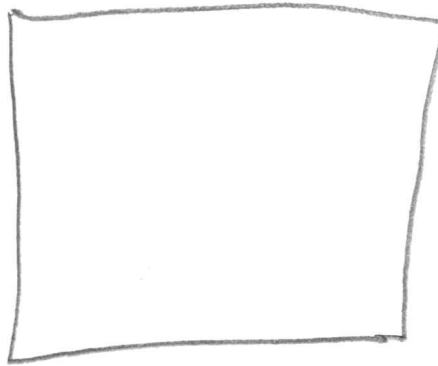
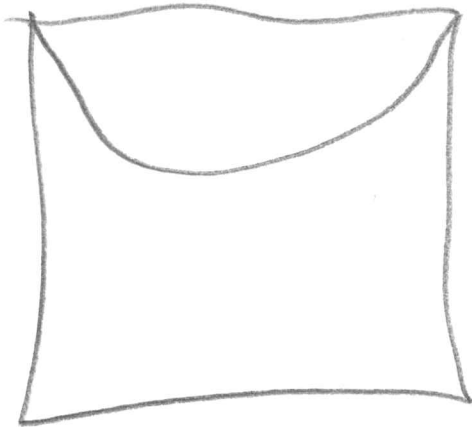
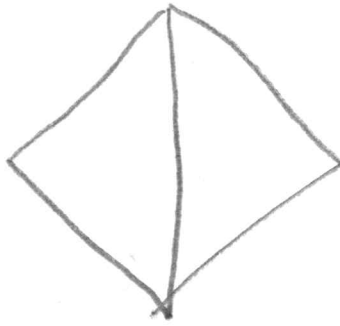
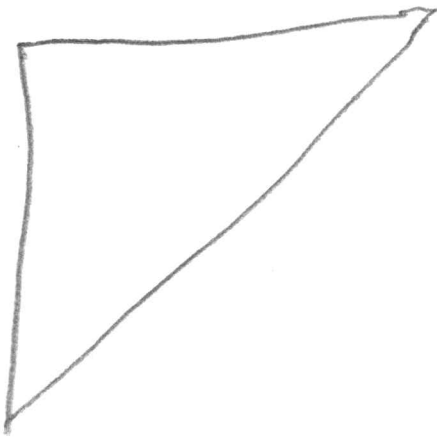
Luz Elena Sempertigue Burgos
C.Ps.P. N° 33137
RESPONSABLE EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA

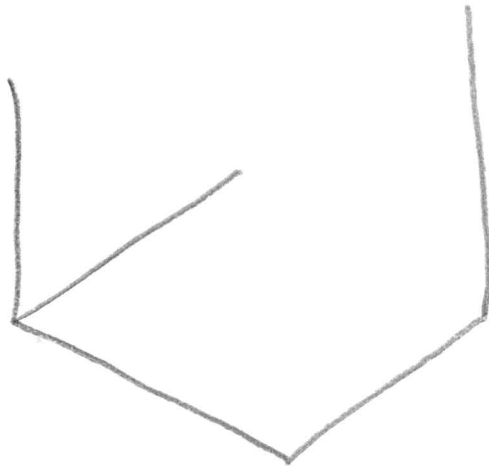
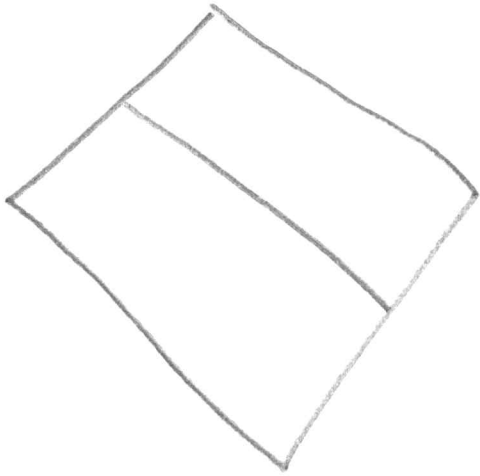


Handwritten text, possibly a label or description, located below the zigzag line.

Handwritten text, possibly a label or description, located below the zigzag line.





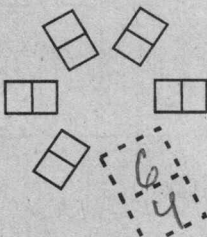
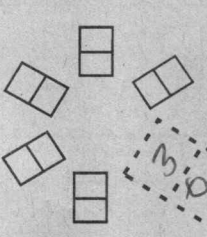
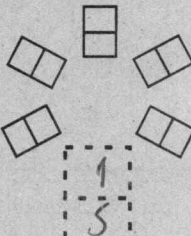
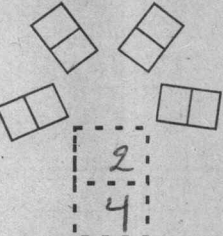
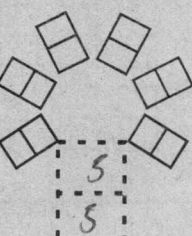
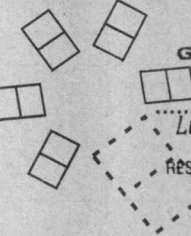


Test de Dominos (Anstey)

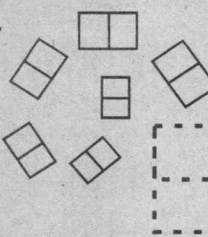
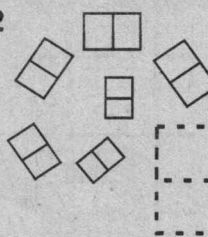
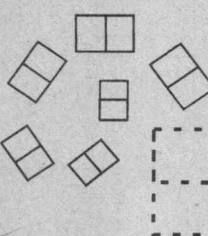
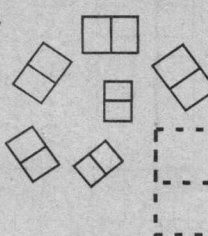
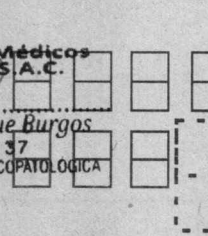
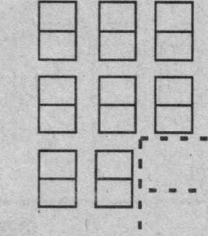
D.N.I. 70843535

Nombre: <u>Rosier Echevarra Coronel</u>		Fecha de hoy: <u>10</u> Día <u>12</u> Mes <u>2024</u> Año		PD <u>29</u>
Fecha de Nacimiento: <u>12</u> Día <u>10</u> Mes <u>2000</u> Año		Escolaridad <u>Secundaria</u> G. Instrucción:		Estado Civil: <u>soltero</u>
Edad: <u>24</u>	Pc <u>50</u>	Ocupación: <u>estudiante</u>		Rango
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Lugar de Nacimiento: <u>cayamarca</u>		
Motivo del Examen: <u>licencia de conducir</u>			Categoría: <u>A1 nuevo</u>	
Dirección: <u>Jr. 10 de agosto 535</u>				
Teléfono: <u>901659294</u>		Hora Inicio: <u>09:21 am</u>		Hora Termina: <u>09:36 am</u>
Administración: Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input checked="" type="checkbox"/> Test <input type="checkbox"/> Retest <input type="checkbox"/> Diagnóstico: <u>Normal al Femenino Médico</u>				

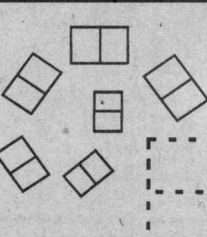
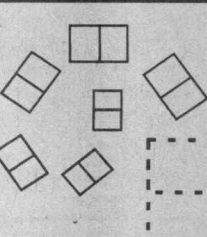
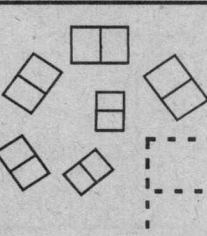
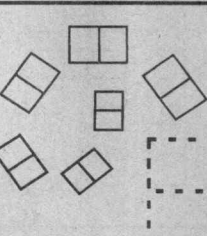
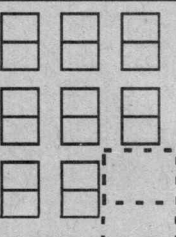
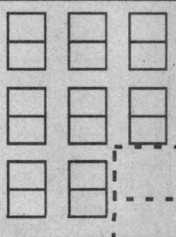
PAGINA 5

25 	26 
27 	28 
29 	30 

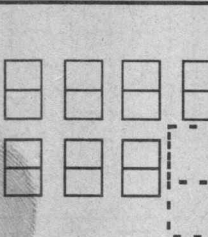
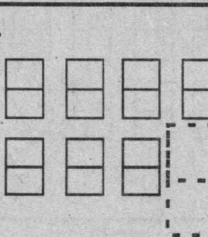
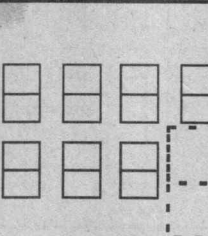
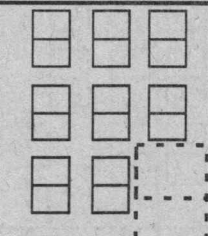
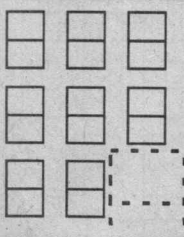
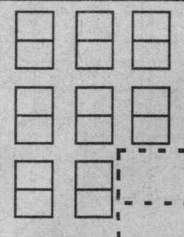
PAGINA 6

31 	32 
33 	34 
35 	36 

PAGINA 7

37 	38 
39 	40 
41 	42 

PAGINA 8

43 	44 
45 	46 
47 	48 

Hoja de Respuestas

EJEMPLOS

A 	B
--------------	--------------

C 	D
--------------	--------------

PAGINA 1

1 	2
3 	4
5 	6

PAGINA 2

7 	8
9 	10
11 	12

PAGINA 3




13 	14
15 	16
17 	18

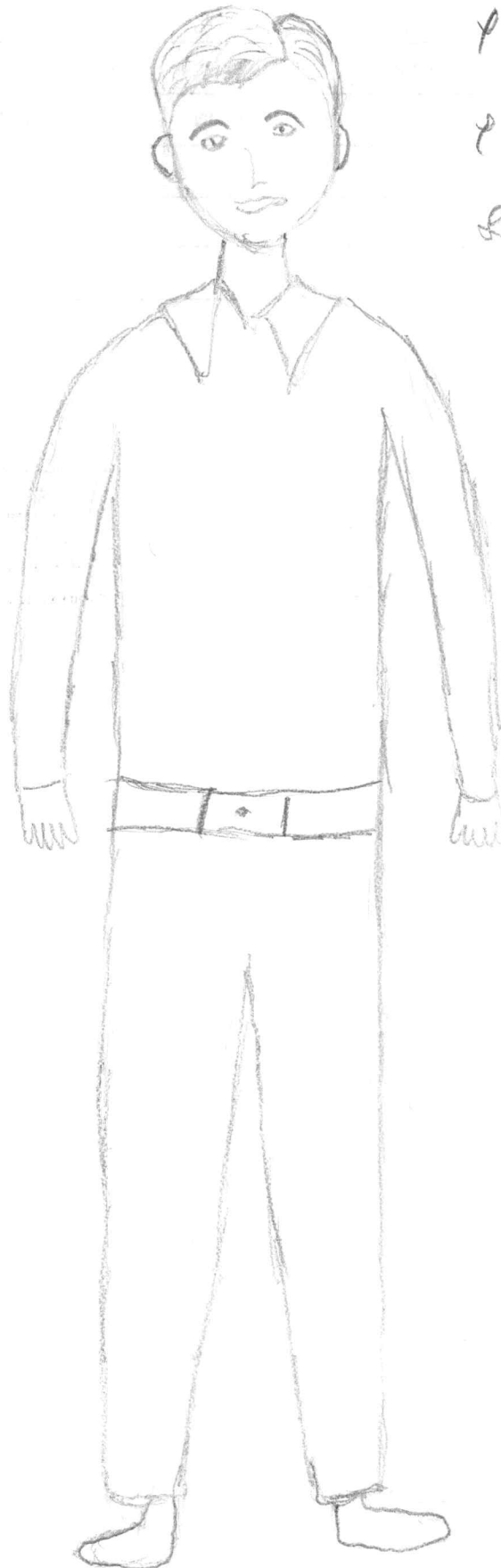
PAGINA 4

19 	20
21 	22
23 	24

TEST DE LA FIGURA HUMANA - MACHOVER

NOMBRE y APELLIDO		Raiser Iovevara Coronel					
EDAD	24 años	DNI	70843535	FECHA DE NAC.	12	10	2000
SEXO	M	F	GRADO INST.	Secundaria	OCUPACION	Estudiante	
ESTADO CIVIL	Soltero	CATEGORIA	A1	Fecha Evaluacion	10	12	24
TIPO DE EVALUACION	NUEVO	X	REVALIDACION		RECATEGORIZACION		
LUGAR DE NACIMIENTO	Cajamarca						
HORA DE INICIO	09:37 am						
HORA DE TERMINO	09:43 am						

FIRMA POSTULANTE			<p>GH & A SERVICIOS MÉDICOS Psicosomáticos S.A.C.</p> <p></p> <p>Luz Elena Sempertigue Burgos Firma: RAIPI/1303137 RESPONSABLE EVALUACION PSICOPATOLOGICA</p>
------------------	--	--	---



✓ Responsabilidad

✓ Puntual

✓ Honestidad

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Roiser Tovevira Coronel D.N.I.: 70843535
 EDAD: 24 FECHA DE NACIMIENTO: 12 / 10 / 2000 LUGAR NAC: cajamarca
 SEXO: M ESTADO CIVIL: soltera GRADO DE INSTRUCCIÓN: secundaria completa
 OCUPACIÓN: Estudiante CATEGORIA: A1 nuevo
 MOTIVO: Licencia de conducir FECHA DE EXAMEN: 10-12-2024
 DIRECCION: Jr. 10 de agosto # 535
 TELEFONO: 901659294
 HORA INICIO: 09:44 am HORA TERMINO: 09:54 am

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

N:

8

E:

12

L:

3

DIAGNOSTICO:

Estable / Altimare
Extrovertido

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

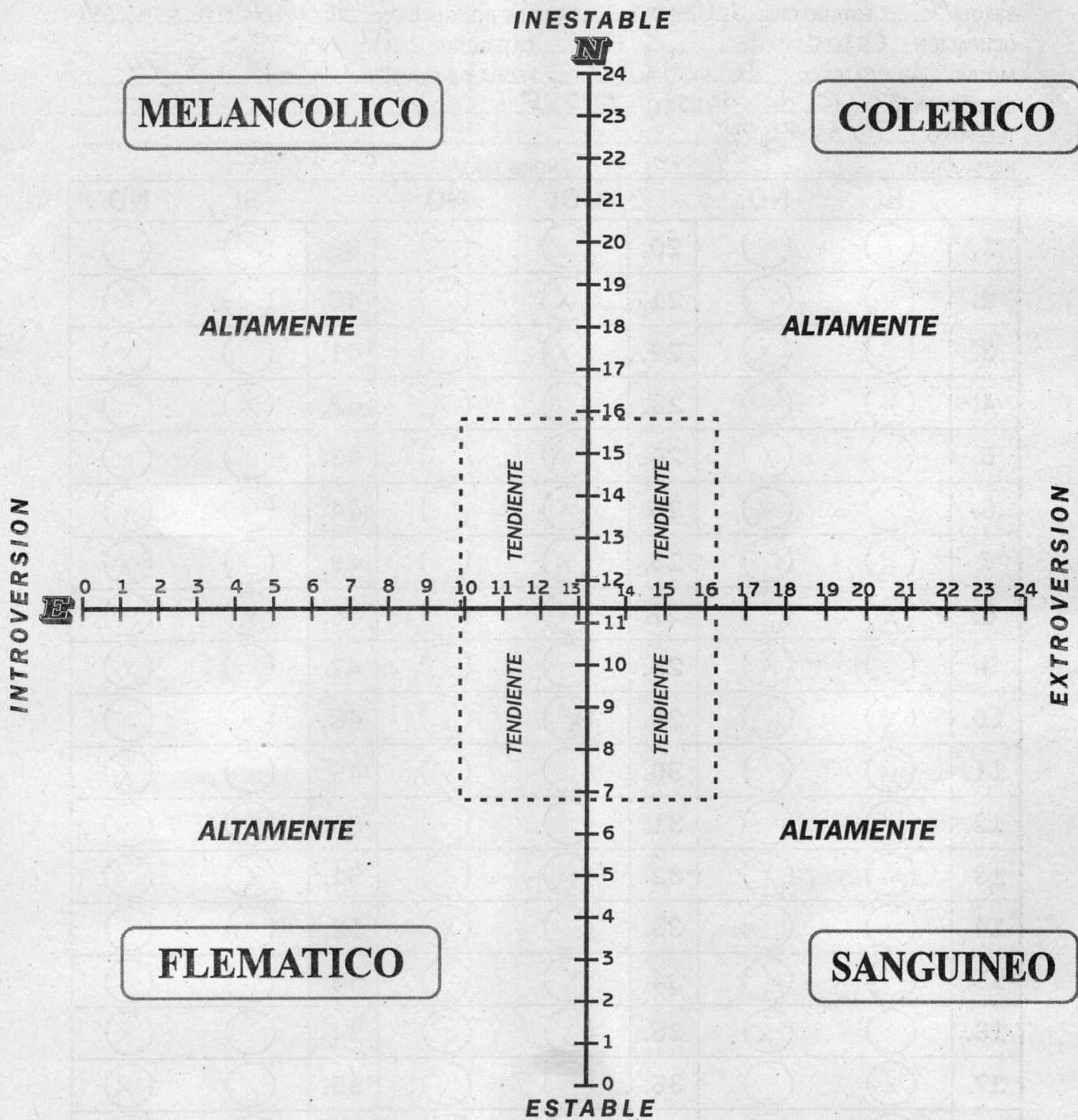
Luz Elena Sempertigue Burgos
C.Ps.P. N° 33137

RESPONSABLE EVALUACION PSICOPATOLOGICA

TABLA DE CALIFICACION EYSENCK & EYSENCK

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

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



DIAGNOSTICO:

[illegible]

TEST DE ALCOHOLISMO (TEST AUDIT)

Fecha: 10/12 12M

HORA INICIO 09:55am

HORA TERMINO 10:09am

Nombre: ROISER Zuevara Coronel

Edad: 24 SEXO M F

DNI: 70843535 F.NAC: 12.10.2000 G. INSTRUCCIÓN secundaria

Ocupacion: Estudiante

LUGAR NAC. Cajamarca

EST. CIVIL Soltero

CATEGORIA Al Mucho

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

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

COMIENZA EL TEST:

1. ¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

☐ Nunca ☒ 1 ó menos veces al mes ☐ De 2 a 4 veces al mes ☐ De 2 a 3 veces a la semana ☐ De 4 o mas veces a la semana

1

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

☒ 1 ó 2 ☐ 3 ó 4 ☐ 5 ó 6 ☐ 7,8 ó 9 ☐ 10 ó mas

0

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

☐ Nunca ☒ Menos de una vez al mes ☐ Mensualmente ☐ Semanalmente ☐ A diario ó casi a diario

1

Hombres 0 a 4 puntos
Mujeres 0 a 3 puntos

Consumo de bajo riesgo

Termine acá la evaluación y realice una intervención mínima

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

Puntaje AUDIT

0

suma del puntaje de la pregunta 1 a 10

8 a 15 puntos

Consumo de bajo riesgo

Realice una intervención breve

Posible consumo

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

16 puntos a mas

Problema o dependencia

GHA Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C.
Luz Elena Sempertegui Burgos
Firma del responsable de
RESPONSABLE EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA
evaluación psicopatológica

Firma y huella del
Postulantes

Resultados:

IM: No Riesgo

SCL-90-R

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

Nombre: Roliser Tevevara CoronelEdad: 24 añosFecha de hoy: 10-12-2024DNI: 70843535Fecha de nacimiento: 12-10-2000CATEGORIA: Alumno

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:☐ Mujer ☒ Varón**Educación:**

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

Estado civil:☒ Soltero☐ Divorciado☐ Viudo/a☐ Casado☐ Separado☐ ConvivienteOcupación: EstudianteLugar de nacimiento: CajamarcaLugar de residencia actual: Jr. 10 de agosto # 535

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

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

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO - BASTANTE - MUCHO.

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

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

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

RESULTADOS DE EVALUACION SCL-90-R

	T	
Indice de severidad global (IGS)	30	No presenta desordenes psicopaticos
Total de sintomas positivos (TSP)	30	No presenta Malestar
Indice de malestar sintomatico positivo (IMSP)	30	No finge 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.

Luz Elena Sempertigue Burgos
 C. Ps. P. N° 33437
 RESPONSABLE EVALUACION PSICOPATOLOGICA
 Evaluador

[Firma]

Firma y huella
 del postulante



III. EVALUACION VISUAL

1. Agudeza Visual (Vision Lejana)

S/C OD OI

AMBOS OJOS

HORA INICIO

C/C OD OI (+) (-)

2. Vision de Profundidad

Resultados

OD OI

☒ (+) (-)

3. Vision de colores

Resultados

OD OI

☒ (+) (-)

4. Balance Muscular

Resultados

OD OI

☒ (+) (-)

5. Vision Nocturna

Resultados

OD OI

☒ (+) (-)

6. Encandilamiento

Resultados

OD OI

☒ (+) (-)

7. Campo Visual

Resultados

OD OI

☒ (+) (-)

RESULTADO DE LA EVALUACION VISUAL

HORA TERMINO

APTO ☒

NO APTO ☐

OBSERVACIONES

NMROUN

GH & A SERVICIOS MEDICOS
Psicosomaticos S.A.C.

Henry J. Robles Flores

MEDICO CIRUJANO

Firma, Sello y Responsable de
Evaluacion Visual

Firma y Huella Digital del
Postulante



HORA INICIO

10:42 am

Nombre: Guevara Coronel Roiser

DNI: 70843535

Sexo: Masculino

Edad: 24 años. (12/10/2000)

Grupo sanguíneo: A +

Estado civil: Soltero

Estudios: Secundarios

Domicilio: Caserio Alto Andino - Cuñumbuqui

Usa lente óptico: No

Usa lente de contacto: No

Usa audifono: No

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

Test de visión y audición

Agudeza visual	Vision binocular	Hasta linea #7 (20/20)	Aprobado
	Ojo izquierdo	Hasta linea #7 (20/20)	Aprobado
	Ojo derecho	Hasta linea #7 (20/20)	Aprobado
Apreciación de distancia		100% de aciertos	Aprobado
Discriminacion de colores		100% de aciertos.	Aprobado
Foria visual	Foria Horizontal	Dentro de lo normal	Aprobado
	Foria Vertical	Dentro de lo normal	Aprobado
Vision nocturna		Reconoce figuras a 35 candelas	Aprobado
Vision encandilada		Reconoce figura a 45 candelas	Aprobado
Recup. de encandilamiento		03:35 segundos.	Aprobado
Test de perimetria	Ojo izquierdo	Hasta 85 grados	Aprobado
	Ojo derecho	Hasta 85 grados	Aprobado
	Perimetria Vertical	Hasta 70 grados	Aprobado

Observaciones:

SIN RESTRICCIONES.

Resultado: APROBADO

Responsable de este exámen: Administrador

Conclusiones: APTO

Recomendaciones: NINGUNA

HORA TERMINO

10:58 am

i. A. Servicios Médicos
cosomáticos S.A.C.

Dr. Robles Flores

EDICO CIRUJANO
C.M.P. 086600

FIRMA DEL EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO
Pagina N° 1

IV. EVALUACION AUDITIVA

HORA INICIO 10:59 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)

Oído Derecho	15 dB
Oído Izquierdo	15 dB
Ambos Oídos	15 dB

Perdida Auditiva
ND

APTO

☒

NO APTO

☐

OBSERVACIONES

normal

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

Henry J. Robles Flores

MEDICO CIRUJANO

Firma, Sello y Huella Digital del
Evaluacion Auditiva

Firma y Huella Digital del
Postulante



RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION AUDITIVA

HORA TERMINO

11:16 am

FICHA DE EVALUACION AUDIOMÉTRICA PARA TRABAJADORES Y CONDUCTORES



NOMBRE Y APELLIDOS		RIOSER GUEVAR CORONEL										Fecha de examen	
Fecha del nacimiento		12/10/2000	EXAMEN	LICENCIA DE CONDUCIR	X	Periódica	Retiro	Otro	10/12/2024				
GRADO INSTRUCCIÓN		SECUNDARIA		EMPRESA						DNI	70843535		
EDAD	24	SEXO	M	CATEGORIA	A-I	TIPO DE EVALUACION:		NUEVO	X	REVALIDACION	RECATEGORIZACION		
HORA DE INICIO:		10:59 am		ESTADO CIVIL		SOLTERO		OCUPACION		ESTUDIANTE			
Uso de protectores auditivos				Tapones		NO		Orejeras		NO			
Apreciación del ruido				Ruido muy intenso		NO		Ruido moderado		NO		Ruido no molesto	NO
ANTECEDENTES RELACIONADOS		SI		NO		SINTOMAS		SI		NO			
Consumo de Tabaco				X		Disminución de la audición				X			
Servicio Militar				X		Dolor de oídos				X			
Hobbies con exposición a ruido				X		Zumbidos				X			
Exposición laboral a químicos				X		Mareos				X			
Infección al oído				X		Infección al oído				X			
Uso de ototóxicos				X		Otra				X			

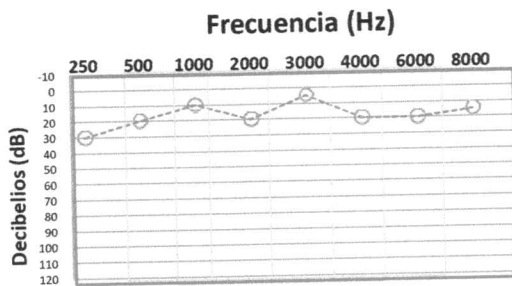
OTOSCOPIA:	CON. AUD. EXTER	OD	NORMAL	OI	NORMAL
------------	-----------------	----	--------	----	--------

TIMPANO	OD	NORMAL	OI	NORMAL
---------	----	--------	----	--------

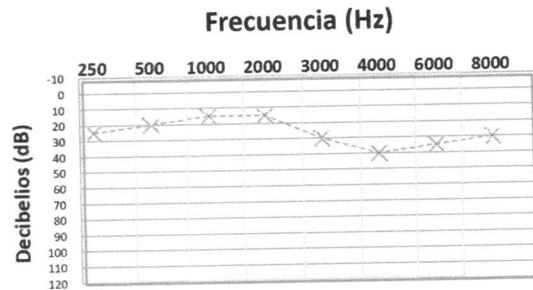
AUDIOGRAMA

	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
OD Aéreo	30	20	10	20	5	20	20	15
OD Óseo								

	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
OI Aéreo	25	20	15	15	30	40	35	30
OI Óseo								



PTP 15



PTP 15

CONCLUSIONES: 15 dB - NORMOACUSIA

RECOMENDACIONES: NINGUNA

- : Via aérea del OD
- × : Via aérea del OI
- [: Via ósea del OD (OI enmascarado)
-] : Via ósea del OI (OD enmascarado)
- < : Via ósea del OD (sin enmascarar OI)
- > : Via ósea del OI (sin enmascarar OD)
- △ : Via aérea del OD con OI enmascarado
- : Via aérea del OI con OD enmascarado
- △△ : Umbrales de disconfort.
- ↓↓ : Ausencia de umbral.

paciente			<p>GH & A Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C.</p> <p>Henry J. Robles Flores</p> <p>MÉDICO CIRUJANO</p> <p>Sello profesional</p>
HORA TERMINO:	11:16 am		

V. EVALUACION CLINICA

HORA INICIO

11:17 am

1. Anamnesis

Motivo: Evaluación médica para tratamiento de cáncer

2. Enfermedad Actual

Tiempo de enfermedad:

Forma inicio:

Curso:

Sintomas principales:

Antes de llegar

Asintomático

3. Antecedentes Personales

A. Sistema Cardio-Respiratorio

SI

NO

Insuficiencia Cardíaca

Trastornos del ritmo

Marcapasos y desfibrilador automático implantable

Protesis valvulares cardíacas

Cardiopatía Isquémica

Hipertensión Arterial

Aneurisma de grandes vasos

Arteriopatía periférica

Enfermedad venosa

Disnea

Trastornos del sueño

Cirugía de revascularización

Otras enfermedades del sistema cardio-respiratorio

B. Aparato Locomotor

Proceso degenerativo osteoneuromuscular

Prótesis

Otras enfermedades del aparato locomotor

C. Sistema Neurológico

Enfermedades encefálicas

Enfermedades medulares y del sistema periférico

Epilepsia y crisis convulsivas

Alteraciones del equilibrio

Trastornos musculares

Accidente isquémico

Esclerosis lateral amiotrófica

Enfermedad de Duchenne

Otras enfermedades del sistema neurológico

D. Sistema Hematológico

1. Enfermedades Metabólicas y Endocrinas

Hipoglucemia

Hiperglicemia o Diabetes Mellitus

Enfermedad Tiroidea

Enfermedad paratiroidea

Enfermedad adrenal

Trastornos hepáticos

Sistema hematológico

2. Trastornos Hematológicos

Procesos sometidos a tratamiento quimioterápico

Policitemia vera y poliglobulias



OBSERVACIONES

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES

Anemia, Leucopenia, Trombocitopenia		/
Trastornos de coagulación		/
Tratamiento anticoagulante		/
Otros trastornos hematológicos		/
Otras enfermedades del sistema hematológico		/
E. Sistema Renal		
Nefropatia		/
Trasplante renal		/
Insuficiencia renal		/
Otras enfermedades del sistema renal		/
F. Otros		
Consumo de alcohol, tabaco (Si la respuesta es si; con que frecuencia?)	/	
Consumo sustancias toxicas(Cocaina,marihuana, drogas sinteticas,si la respuesta es si, desde cuando y con que frecuencia)		/
Consumo medicamentos (Especificar nombres de medicamentos,frecuenciay desde cuando los usa)		/

OBSERVACIONES	
OBSERVACIONES	
Quirónol	
	
FIRMA	HUELLA

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 psicomatica, por ello declaro que soy conciente que el ocultar o falsear informacion puede conllevar consecuencias legales, por lo que asumo la responsabilidad de ello.

4. Antropometria

Peso kg Talla cm IMC

* Sistema Cardio-Respiratorio

Presion Arterial Sistolica	100 mmHg
Presion Arterial Diastolica	60 mmHg
Frecuencia Respiratoria Reposo	18 x'
Frecuencia de pulso reposo	75 x'
Pulsoximetria	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

APTO
APTO
APTO
APTO
APTO

6. Sistema Neurológico

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

Primeros
Egualdad Angulos
APTO
Conservado
LOTER.
Conservado

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

Índice de masa corporal
 Presion arterial sistolica o diastolica
 Orofaringe con clasificacion de Mallanpati
 Perimetro del cuello en centimetros
 Escala de somnolencia Epworth(version peruana)
 Ronquido intenso (atestiguado por pareja o familia)

30.0
100/60 mmHg
II
40 cm
05 puntos.
No.

Resultado

Amo.

Valor (+) (-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION CLINICA

HORA TERMINO

11:33 am

APTO

X

NO APTO

OBSERVACIONES

Ninguna

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

Rodriguez Lopez
Firma y Huella Digital del
Evaluación Clínica

Firma y Huella Digital del
Postulante



RESULTADO FINAL

APTO

X

NO APTO

OBSERVACIONES

Ninguna

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

Dr. C. Sello
Firma y Huella Digital del
Director médico

Firma y Huella Digital del
Postulante



HORA DEL TERMINO DE LA EVALUACION COMPLETA

11:34 am

Escala de Somnolencia de EPWORTH

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Euevara	coronel	Raiser

EDAD 24 años DNI 70843535 SEXO ☒ M ☐ F

F. NAC. 12 10 2000 E. CIVIL soltero G° INSTRUCCION Secundaria

Ocup. ACTUAL Estudiante TIEMPO LABORANDO 3 horas diarias

Lugar de nacimiento: Cajamarca Categoría A-1 MUDOP

Fecha: EVALUACION 10 12 2024

¿Ronca Usted?: ☐ SI ☒ NO

Escala de Somnolencia de EPWORTH

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

Cuántas horas promedio por día, durmió la última semana: 8 Horas.

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

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

RESULTADO.

00-11 pto: Rango normal de somnolencia

12-14 pto: Somnolencia diurna leve

15-18 pto: Somnolencia diurna moderada

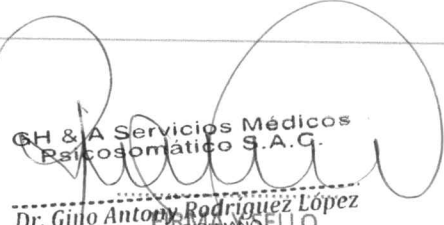
19-20 pto: Somnolencia diurna grave.



FIRMA Y HUELLA
Del Postulante



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


Dr. Gino Antonio Rodríguez López
MEDICO CIRUJANO SELLO
Médico Responsable

