



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

TARAPOTO - SUC-1

CERTIFICADO MÉDICO

N° DE INFORME : 2025-00322-0000217

FECHA DEL INFORME : 10/02/2025 15:43:37

FECHA VENCIMIENTO : 11/08/2025



EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 10/02/2025 13:38:39

Fecha de Término : 10/02/2025 15:42:50

INFORMACIÓN DEL EVALUADO

Tipo de Documento : DNI

Número de Documento : 41839843

Nombres : ERICSON LOZANO ARIAS

Dirección : JR. GREGORIO TORRES 342 SAN MARTIN/PICOTA/PICOTA

Grupo Sanguíneo : O - POSITIVO

Fecha de Nacimiento : 9/03/1983

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. Miguel Angel Villavicencio Chavez BIOLOGO LABORATORIO CLINICO C.B.P. 14814	
2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PABLO SEGUNDO TORRES TRIGOZO	APTO	GH & A Servicios Médicos Psicosomático S.A.C. Pablo S. Torres Trigozo RE 9245 7395 RESPONSABLE EVALUAC. EN PSICOPATOLOGIA	
3. EVALUACIÓN VISUAL HENRRY JULIÁN ROBLES FLORES	APTO	GH & A Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C. Henry Y. Robles Flores MÉDICO CIRUJANO GH & A Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C.	
4. EVALUACIÓN AUDITIVA HENRRY JULIÁN ROBLES FLORES	APTO	GH & A Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C. Henry Y. Robles Flores MÉDICO CIRUJANO CMP 086600	
5. EVALUACIÓN CLÍNICA GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ	APTO	GH & A Servicios Médicos Psicosomático S.A.C. Dr. Gino Antony Rodriguez Lopez MÉDICO CIRUJANO	
RESULTADO FINAL	APTO	GH & A Servicios Médicos Psicosomático S.A.C. Dr. Gino Antony Rodriguez Lopez 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 Rodriguez Lopez
CMP 63875
DIRECTOR
Director Médico
GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ

Jr. Zorritos 1203 - Lima - Perú

Telf.: (511) 615 7800

www.mtc.gob.pe

10/02/2025 03:46 p. m.



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

TARAPOTO - SUC-1

INFORME MÉDICO

N° DE INFORME : 2025-00322-0000217

FECHA : 10/02/2025

EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 10/02/2025

Fecha de Término : 10/02/2025

Hora de Inicio : 13:38:39

Hora de Término : 15:42:50

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de Documento : DNI

N° de Documento : 41839843

Apellido Paterno : LOZANO

Apellido Materno : ARIAS

Nombres : ERICSON

Fecha de : 9/03/1983

Sexo

: MASCULINO

Teléfono : 945465497

Dirección : JR. GREGORIO TORRES 342 SAN MARTIN/PICOTA/PICOTA

CLASE, CATEGORÍA Y CONDICIÓN DEL POSTULANTE

Clase : A

Categoría

: A Uno - NO PROFESIONAL

Trámite : NUEVO

Condición : APTO

Postulante a licencia de conducir



Huella dactilar

GRUPO SANGUÍNEO O FACTOR RH

O

POSITIVO

APTO

Hora Inicio : 13:42

Hora Término : 13:48

Los Medicos
Ginecologico S.A.C.
Miguel Angel Villavicencio Chavez
BIOLOGO LABORATORIO CLINICO
C. URMED S.A.C.
Responsable de Analisis de Laboratorio
MIGUEL ANGEL VILLAVICENCIO CHAVEZ

~~Handwritten signature~~

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 : 13:49

Hora Término : 14:51

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

Pablo S. Torres Trigozo
Responsable de Evaluación Psicológica
PABLO SEGUNDO TORRES TRIGOZO

Firma y huella digital
Postulante

3. EVALUACIÓN VISUAL

AGUDEZA VISUAL (VISIÓN LEJANA)

OD

RESULTADO (+) (-)

20

OI

RESULTADO (+) (-)

20

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

20

VISIÓN DE PROFUNDIDAD

OD

RESULTADO (+) (-)

100

OI

RESULTADO (+) (-)

100

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

100

VISIÓN DE COLORES

OD

RESULTADO (+) (-)

100

OI

RESULTADO (+) (-)

100

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

100

BALANCE MUSCULAR

OD

RESULTADO (+) (-)

2

OI

RESULTADO (+) (-)

2

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

2

VISIÓN NOCTURNA

OD

RESULTADO (+) (-)

35

OI

RESULTADO (+) (-)

35

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

35

ENCANDILAMIENTO

OD

RESULTADO (+) (-)

45

OI

RESULTADO (+) (-)

45

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

45

CAMPO VISUAL

OD

RESULTADO (+) (-)

85

OI

RESULTADO (+) (-)

85

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

85

Resultado Final de la Evaluación Visual

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

Hora Inicio : 14:52

Hora Término : 15:08

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

Henry J. Robles Flores

MÉDICO CIRUJANO

Responsable de Evaluación Visual
HENRY JULIÁN ROBLES FLORES

Firma y huella digital
Postulante

4. EVALUACIÓN AUDITIVA

OTOSCOPIA

RESULTADO (+) (-)

APTO

EXAMEN AUDITIVO

A. OIDO DERECHO

RESULTADO (+) (-) (dB)

10

B. OIDO IZQUIERDO

RESULTADO (+) (-) (dB)

15

C. AMBOS OIDOS

RESULTADO (+) (-) (dB)

10

Resultado Final de la Evaluación Auditiva

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

Hora Inicio : 15:08

Hora Término : 15:23

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

Henry J. Robles Flores

MEDICO CIRUJANO

Responsable de Evaluación Auditiva
HENRY JULIAN 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

HIPERGLUCEMIA O DIABETES MELLITUS

NO

ENFERMEDAD TIROIDEA

NO

ENFERMEDAD PARATIROIDEA

NO

ENFERMEDAD ADRENAL

NO

TRASTORNOS HEPÁTICOS

NO

SISTEMA HEMATOLÓGICO

NO

D.2. SISTEMA HEMATOLOGICO (TRANSTORNOS HEMATOLOGICOS)

PROCESOS SOMETIDOS A TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO

NO

POLICITEMIA VERA Y POLIGLOBULIAS

NO

ANEMIA, LEUCOPENIA, TROMBOCITOPENIA

NO

TRASTORNOS DE COAGULACIÓN

NO

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

NO

OTROS TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS

NO

OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMATOLÓGICO

NO

E. SISTEMA RENAL

NEFROPATÍA

NO

TRASPLANTE RENAL

NO

INSUFICIENCIA RENAL

NO

OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RENAL

NO

F. OTROS

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

NO

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

NO

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

NO

EXAMEN FÍSICO

A. ANTROPOMETRÍA

PESO (KG)

81

TALLA (CM)

168

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

28,70

B. SISTEMA CARDIO-RESPIRATORIO

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (MMHG)

121

PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (MMHG)

80

FRECUENCIA RESPIRATORIA EN REPOSO

17

FRECUENCIA DE PULSO EN REPOSO

71

PULSIOXIMETRÍA

96

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 OSTEO-TENDINOSOS

APTO

Resultado Final de la Evaluación Clínica

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

Hora Inicio

: 15:25

Hora Término

: 15:42

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

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.

Dr. Gino Antony Rodríguez López
Firma, sello y huella digital
Director Médico
GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ

Firma y huella digital
Postulante

Hora término de la evaluación completa : 03:43.p. m.

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

Dr. Gino Antony Rodríguez López
Firma, sello y huella digital
Director Médico
GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ

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

Fecha de inicio: 10-Feb-25
Hora de inicio: 13:38
FECHA EXPED.:

Fecha de término: 10-Feb-25
Hora término: 15:43
FECHA VENC.:

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de documento: DNI ☒ C.E.X. ☐ N° de Documento: 41839843
Apellido Paterno: LOZANO Apellido Materno: ARIAS
Nombre: ERICSON
Fecha de Nacimiento: 09-Mar-83 Sexo: M Edad: 41 años N° Celular: 945465497
Estado Civil: CASADO (A) Grado de Inst.: SUP. PEDAGÓGICO Ocupación: DOCENTE
Lugar de Nacimiento: LAMAS
Tipo de trámite: Nueva ☒ Revalidación ☐ Recategorización ☐
Categoría: A-I No Profesional ☒ Profesional ☐
Correo: erito19830309@gmail.com
Dirección: JR GREGORIO TORRES 342 - PIOCTA



FIRMA Y HUELLA DIGITAL

I. ANÁLISIS DE LABORATORIO

HORA 13:42

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 "O "

Factor Rh Positivo

Observaciones: Ninguna

RESULTADO FINAL DE ANÁLISIS DE LABORATORIO

HORA 13:48

APTO ☒

NO APTO ☐

GH & A Servicios Medicos
Psicosomático S.A.C

Miguel Angel Villavicencio Chávez
BIÓLOGO LABORATORIO CLÍNICO
FIRMA Y HUELLA DIGITAL



Firma y Huella Digital

DATOS DEL POSTULANTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
Lozano	Arias	Ericson

EDAD: 41 años DNI / CE: 41839843 SEXO: ☒ M ☐ F

F. NAC.: 09/03/83 OCUPAC: Docente G. INST.: Pedagogico

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

FEC. INICIO: 10/02/25 LUG. DE NAC.: LATAS ES. CIVIL: Casado

HORA DE INICIO: 13:42 HORA DE TERMINO: 13:48

DATOS DE LA PRUEBA

Muestras:

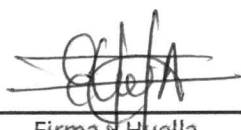
1. Sangre total (Punción capilar)
2. Saliva

Exámenes solicitados:

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

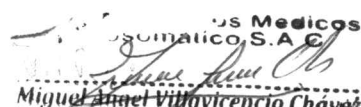
RESULTADOS DE LOS EXÁMENES

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



Firma y Huella
POSTULANTE



Servicios Médicos Psicosomáticos S.A.C.

Miguel Ángel Villavicencio Chávez
BIÓLOGO LABORATORIO CLÍNICO
C. B. 11111111111111111111

RESPONSABLE DE LABORATORIO

01:49:pm

MOTIVO DE EVALUACION :

Licencie de conducir

Muy Grave

ninguna

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			3 horas						

RE 9245 7295
RESPONSABLE EVALUACION PSICOPATOLOGICA

Firma y Huella Digital del
Postulante



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

A. Equipo Psicosensoométrico

Test de Palanca

Test de Reactímetro

Test de Punteo

2/0
0.34
43/4

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

B. Pruebas o Sub Test

Diseño de Cubos (Weschler)

Benton forma C

Apto

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

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

A. Test Matrices Prog. de RAVEN

B. Test de Dominos Anstey

c. Test de Otis (Abreviado)

Apto

(+) (-) No
(+) (-) Profesional/P
rofesional

3. Personalidad (Completar A mas B,C,o D de acuerdo a evaluación realizada)

A. Test Proy. Karen Machover

B. NPF o Test de los 4 Temperamentos

C. Inventario personalidad Eysenk

Apto
Apto

(+) (-) No
(+) (-) Profesional/P
rofesional

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

A. Test de AUDIT

Apto

(+) (-)

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

Apto

(+) (-)

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

--

(+) (-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION PSICOLOGICA

HORA TERMINO

02:51:PM

APTO

SI

NO APTO

OBSERVACIONES

NINGUNA

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

Firma Pablo S. Torres Responsable de
Evaluación Psicológica

Firma y Huella Digital del
Postulante



Nombre: Lozano Arias Ericson

DNI: 41839843

Sexo: Masculino

Edad: 41 años. (9/03/1983)

Grupo sanguíneo: 0 +

Estado civil: Casado

Estudios: Sup. Pedagógico

Domicilio: Jr: Gregorio Torres # 342 - Picota

Usa lente óptico: No

Usa lente de contacto: No

Usa audifono: No

Examen tomado el día 10/02/2025

Tipo de examen: A1 (Particular -)

RESULTADO: APROBADO

Test de reactimetría simple

Prueba #1: 0.36 Segundos (Rápido)

Prueba #3: 0.28 Segundos (Muy rápido)

Prueba #5: 0.62 Segundos (Muy Lento)

Prueba #7: 0.30 Segundos (Muy rápido)

Prueba #9: 0.34 Segundos (Rápido)

Prueba #2: 0.35 Segundos (Rápido)

Prueba #4: 0.32 Segundos (Muy rápido)

Prueba #6: 0.28 Segundos (Muy rápido)

Prueba #8: 0.28 Segundos (Muy rápido)

Prueba #10: 0.28 Segundos (Muy rápido)

Resultado: APROBADO Promedio: 0.34 Segundos

Responsable de este examen: Administrador

Test de palancas

Tiempo de error: 0.73 (Aprobado)

Cantidad de errores: 2 (Aprobado)

Tiempo de examen: 6.00 (Aprobado)

Resultado: APROBADO

Responsable de este examen: Administrador

Test de punteado

Cantidad de errores: 4 (Aprobado)

Cantidad de aciertos: 43 (Aprobado)

Tiempo de acierto: 8.00 (Aprobado)

Resultado: APROBADO

Responsable de este examen: Administrador

Evaluación Final

Conclusiones:

APTO

Recomendaciones:

NINGUNA

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

Pablo S. Torres Trigozo

FIRMA DEL EVALUADOR
RESPONSABLE EVALUACION PSICOPATOLOGICA

FIRMA DEL EVALUADO

Pagina N° 1

TRVB - Test de Retención Visual de Benton

Hoja de anotación

FORMA: C, D, E, ADMINISTRACIÓN: A, B, C y D, (rodéense las empleadas)

NOMBRES Y APELLIDOS: Ericson Lozano Amos D.N.I.: 41839843

EDAD: 41 a FECHA DE NACIMIENTO: 09 / 03 / 1983 LUGAR NAC: Lamas

SEXO: Masculino ESTADO CIVIL: Casado GRADO DE INSTRUCCIÓN: Docente - Superior - Pedag

Ocupación: Docente CATEGORIA: A1 - Nuevo

MOTIVO DEL EXAMEN: Licencia de Conducir FECHA DE EXAMEN: 10-02-2025

DIRECCIÓN: Jr. Gregorio Torres N° 342 - Pucallpa

TELÉFONO: 945465482 NIVEL DE INTELIGENCIA(Conocido o estimado):

HORA INICIO: 01:51 pm HORA TERMINO: 02:01 pm EXAMINADO POR:

LAMINA	Reproduc- ción correcta	VALORACION DE ERRORES						TOTAL ERRORES	
		Omisión	Distorsión	Perseveración	Rotación	Desplazamiento	Tamaño	Derecha	Izquierda
I	✓								
II	✓								
III	✓								
IV	✓								
V	✓	N	O	R	M	A			
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

[Handwritten signature]

NOMBRES Y APELLIDOS: Ericson Lozano Arias

DNI: 41839843

FECHA DE NAC: 09-03-1983

SEXO: Masculino

EDAD: 41 años

ESTADO CIVIL: Casado

GRADO DE INST: Pedagógico

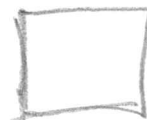
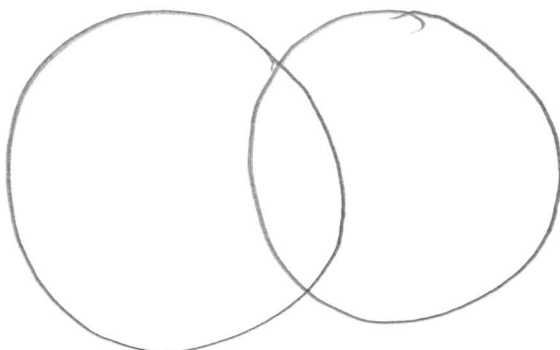
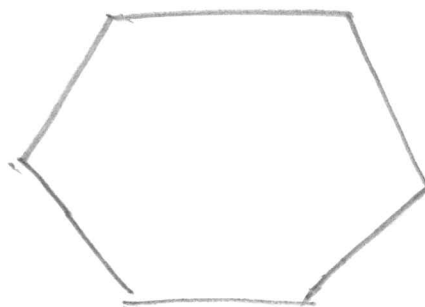
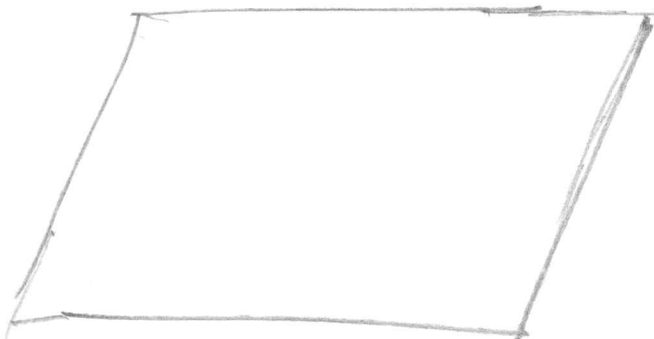
OCUPACION: Docente

LUGAR DE NAC: Lamas

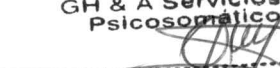
TELEF: 945465482

FECHA DE EXAMEN: 10-02-2025

CATEGORIA: A1. - Nuevo

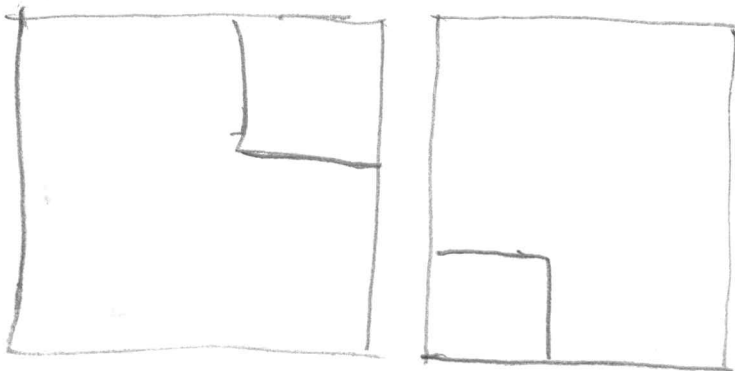
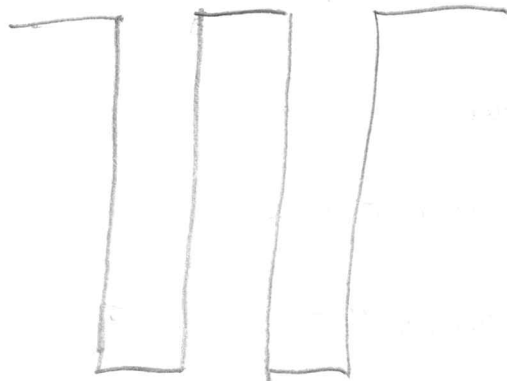
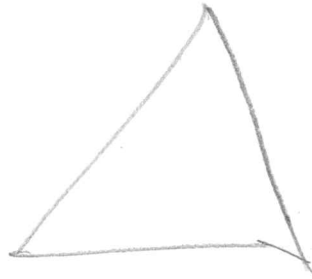
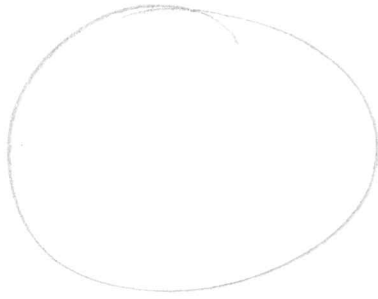


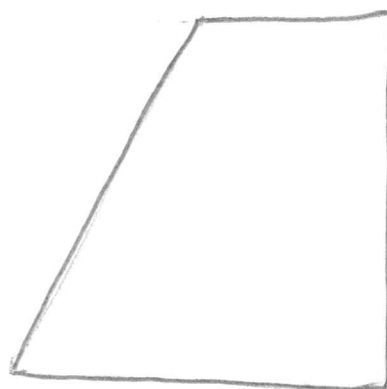
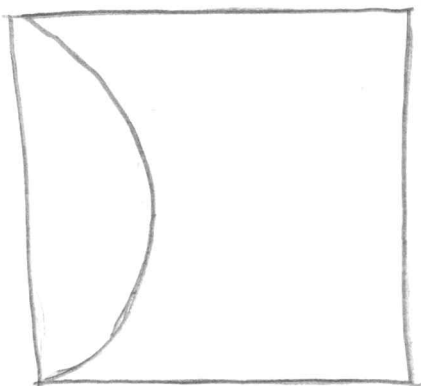
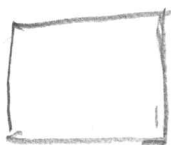
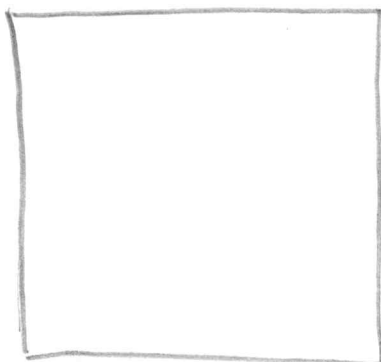
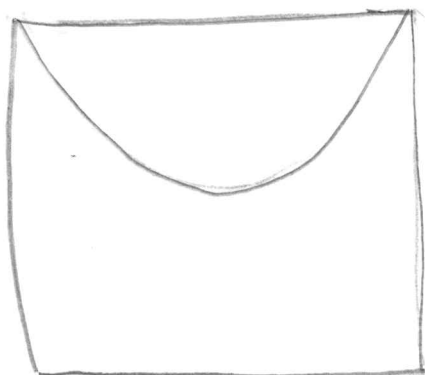
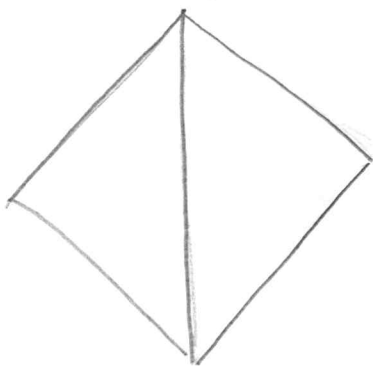
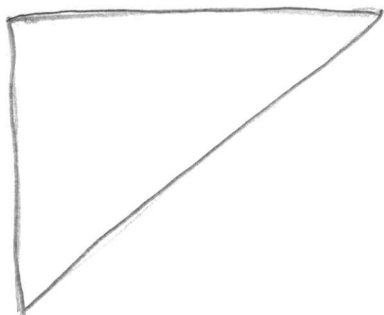
GH & A Servicios Médicos
Psicosomático S.A.C.

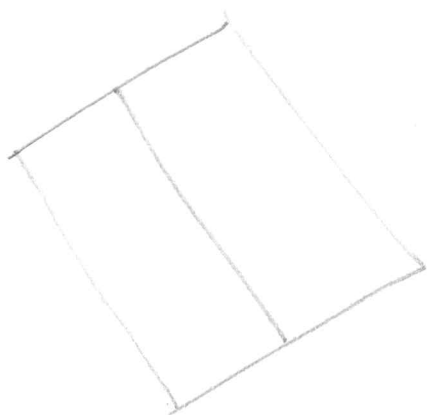

Pablo S. Torres Trigozo
FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR
RESPONSABLE EVALUACION PSICOMEDICA


FIRMA Y HUELLA DEL EVALUADO









Test de Dominos (Anstey)

D.N.I. 41839813

Nombre: <u>Eriksen Lozano Arias</u>		Fecha de hoy: <u>10</u> <u>02</u> <u>25</u> Día Mes Año		PD <u>34</u>
Fecha de Nacimiento: <u>09</u> <u>03</u> <u>1983</u> Día Mes Año		Escolaridad G. Instrucción: <u>Psicología</u>		Estado Civil: <u>CASADO</u> Edad: <u>41 a</u> Pc <u>60</u>
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Lugar de Nacimiento: <u>Lamas</u>		Ocupación: <u>DOCENTE</u>	Rango
Motivo del Examen: <u>Licencia de conducir</u>			Categoría: <u>A1 nuevo</u>	
Dirección: <u>Dr Gregorio Torres N° 342- Píota</u>				
Teléfono: <u>945465487</u>		Hora Inicio: <u>02:02 pm</u>		Hora Termina: <u>02:17 pm</u>
Administración: Individual <input type="radio"/> Colectiva <input checked="" type="radio"/> Test <input type="radio"/> Retest <input type="radio"/> Diagnóstico: <u>Normal al termino previo</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

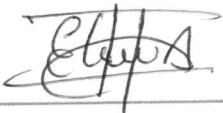

13 	14
15 	16
17 	18

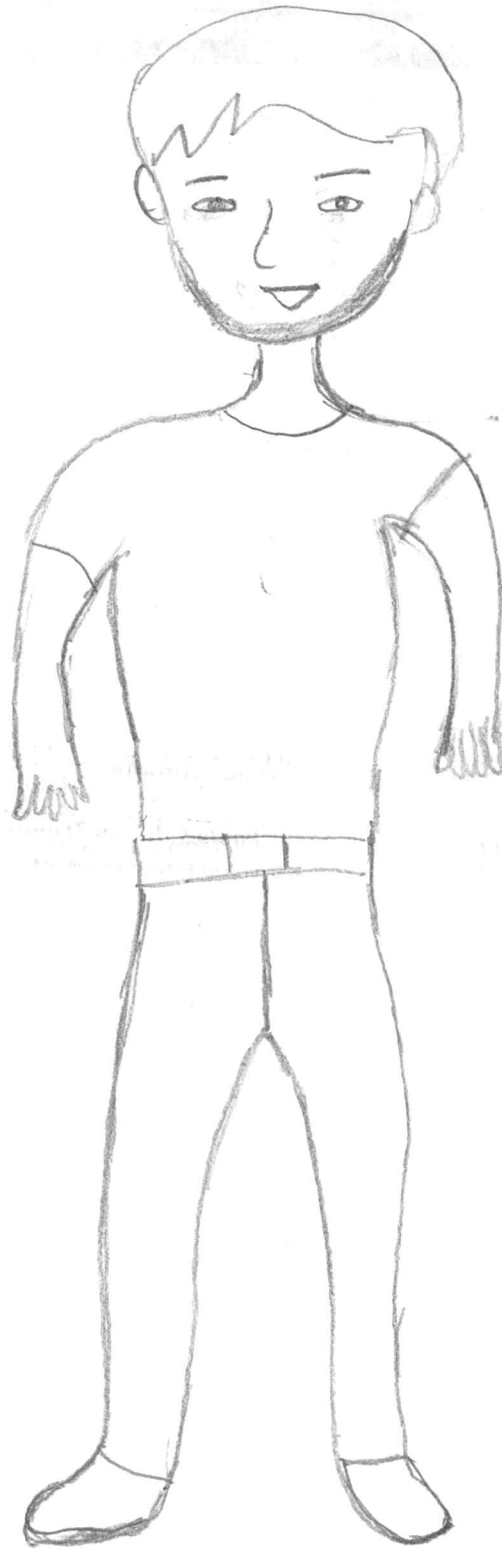
PAGINA 4

19 	20
21 	22
23 	24

TEST DE LA FIGURA HUMANA - MACHOVER

NOMBRE y APELLIDO		Emerson Lozano Arias						
EDAD	41 años	DNI	41839843	FECHA DE NAC.	09	03	1983	
SEXO	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	GRADO INST.	Pedagógica		OCUPACION			Docente
ESTADO CIVIL	Casado	CATEGORIA	A1		Fecha Evaluacion			10 02 25
TIPO DE EVALUACION		NUEVO	<input checked="" type="checkbox"/>	REVALIDACION				RECATEGORIZACION
LUGAR DE NACIMIENTO		Lomas						
HORA DE INICIO		02:18: pm						
HORA DE TERMINO		02:23: pm						

FIRMA POSTULANTE		HUELLA	 GH & A Servicios Médicos Psicosomático S.A.C. ----- Pablo S. Torres Trigozo FIRMADOR RESPONSABLE EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA
---------------------	--	--------	---



1. Motivado
2. - Gestor
3. - Positivo

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Emerson Lozano Arias D.N.I.: 41839843
EDAD: 41 a FECHA DE NACIMIENTO: 09/03/1983 LUGAR NAC.: Lomas
SEXO: Varón ESTADO CIVIL: Casado GRADO DE INSTRUCCIÓN: Politécnico
OCUPACIÓN: Docente CATEGORIA: AT Nuevo
MOTIVO: Licencia de Conducir FECHA DE EXAMEN: 10-02-25
DIRECCION: Jr. Brayan Torres - N° 342
TELEFONO: 945405487
HORA INICIO: 02:24 pm HORA TERMINO: 02:34 pm

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

N:

5

E:

16

L:

3

DIAGNOSTICO:

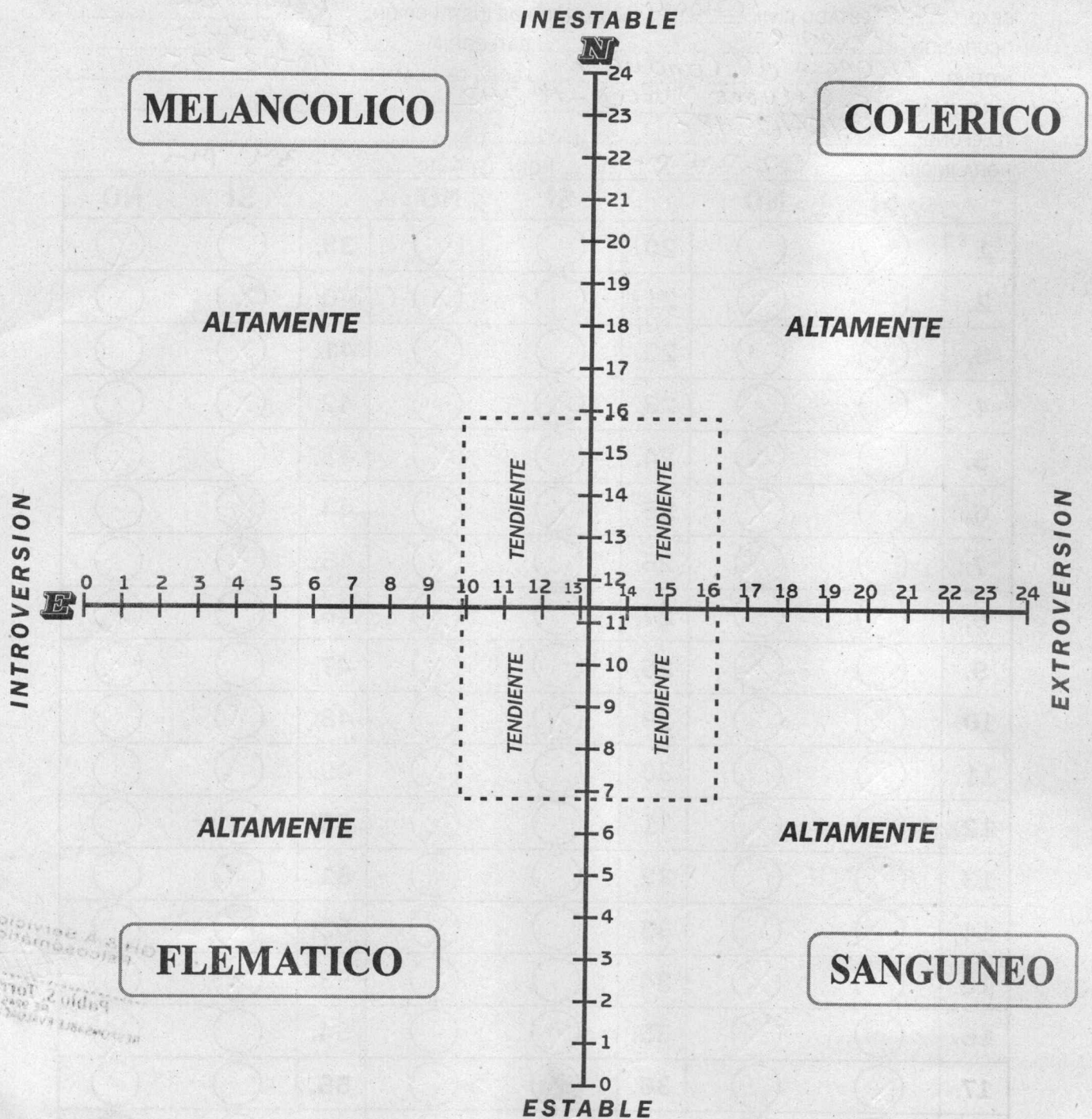
Estable / extraverbido

GH & A Servicios Médicos
Psicosomáticos S.A.
Pablo S. Torres Triguero
RESPONSABLE EVALUACION PSICO

TABLA DE CALIFICACION EYSENCK & EYSENCK

L = { Individual: 4
Grupal: 3.80

E = { X=13.24 D.S.=3.10(10.14 - 16.34)
N = { X=11.34 D.S.=4.44(6.90 - 15.78)



DIAGNOSTICO:

.....

TEST DE ALCOHOLISMO (TEST AUDIT)

Fecha: 10/02/25

HORA INICIO 02:35 PM

HORA TERMINO 02:40 PM

Nombre: Ericson Lozano Arias

Edad: 416 SEXO M F

DNI: 41839843 F.NAC: 09.03.1983

G. INSTRUCCIÓN Pedagógica

Ocupación: Docente

LUGAR NAC. La mas

EST. CIVIL CASADO

CATEGORIA A1 nuevo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 a 7 puntos

Consumo de bajo riesgo

Realice una intervención mínima

Puntaje AUDIT

suma del puntaje de la pregunta 1 a 10

8 a 15 puntos

Consumo de bajo riesgo

Realice una intervención breve

0

16 puntos a mas

Posible consumo
Problema o dependencia

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

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

Firma y huella del responsable de evaluación Psiquiátrica
Pablo Torres Argozo
0532457285

Firma y huella del Postulantes

Resultados:

17= NO RIESGO

SCL-90-R

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

Nombre: Emerson Lozano Arias
Edad: 41 años Fecha de hoy: 10-02-25
DNI: 41839843 Fecha de nacimiento: 09-03-1983
CATEGORIA: A1 - Nuevo

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:			
<input type="radio"/> Mujer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> Varón

Educación: sup. Pedagógico

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

Estado civil:

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

Ocupación: Docente

Lugar de nacimiento: Lamas

Lugar de residencia actual: Jr. Gregorio Torres N° 342 - Pírate

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 mi 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 me atrapado/a 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 dormir.	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				
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				

RESULTADOS DE EVALUACION SCL-90-R

	T	
Indice de severidad global (IGS)	30	No presencia de ordenes psicopático
Total de sintomas positivos (TSP)	30	No presenta malestar.
Indice de malestar sintomatico positivo (IMSP)	30	No finge enfermedad.
Somatizaciones	30	normal
Obsesiones, Compulsiones	30	normal
sens. Interpersonal	30	normal
Depresion	30	normal
Ansiedad	30	normal
Hostilidad	30	normal
Ansiedad fobica	30	normal
Ideacion paranoides	30	normal
Psicoticismo	30	normal

RESULTADOS

APTO ☒

NO APTO ☐

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

Firma y sello del
Pablo S. Torres Trigozo
RESPONSABLE EVALUACION PSICOPATOLOGICA

Firma y huella
del postulante



III. EVALUACION VISUAL

1. Agudeza Visual (Vision Lejana)

S/C OD 20/20 OI 20/20

AMBOS OJOS

20/20

HORA INICIO

14:52

C/C

OD

OI

(+)(-)

2. Vision de Profundidad

Resultados

OD

100

OI

100

☒

(+)

(-)

3. Vision de colores

Resultados

OD

100

OI

100

☒

(+)

(-)

4. Balance Muscular

Resultados

OD

2

OI

2

☒

(+)

(-)

5. Vision Nocturna

Resultados

OD

85

OI

85

☒

(+)

(-)

6. Encandilamiento

Resultados

OD

45

OI

45

☒

(+)

(-)

7. Campo Visual

Resultados

OD

85

OI

85

☒

(+)

(-)

RESULTADO DE LA EVALUACION VISUAL

APTO

☒

NO APTO

☐

HORA TERMINO

15:08

OBSERVACIONES

Normal

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

Henry J. Robles Flores
MEDICO CIRUJANO
Evaluador Visual

Firma y Huella Digital del
Postulante



14:52

Nombre: Lozano Arias Ericson

DNI: 41839843

Sexo: Masculino

Edad: 41 años. (9/03/1983)

Grupo sanguíneo: 0 +

Estado civil: Casado

Estudios: Sup.Pedagogico

Domicilio: Jr: Gregorio Torres # 342 - Picota

Usa lente óptico: No

Usa lente de contacto: No

Usa audifono: No

Examen tomado el día 10/02/2025 (Validez hasta: 11/08/2025)
Tipo de exámen: 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
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		02:66 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

Evaluación Final

Conclusiones:

APTO

Recomendaciones:

NINGUNA

15:08

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

Henry J. Robles Flores

MÉDICO CIRUJANO
CMP: 086600

FIRMA DEL EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO

Pagina N° 1

IV. EVALUACION AUDITIVA

HORA INICIO 15:08

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	10 dB
Oido Izquierdo	15 dB
Ambos Oidos	10 dB

Perdida Auditiva

NO

APTO



NO APTO



OBSERVACIONES

Ninguna

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

Henry L. Rojas Flores
MEDICO CIRUJANO
CMP: 086600

Firma, Sello Responsable
Evaluacion Auditiva

Firma y Huella Digital del
Postulante

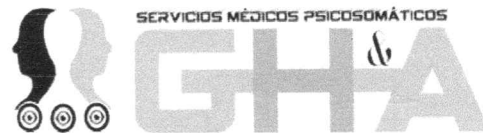


RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION AUDITIVA

HORA TERMINO

15:23

FICHA DE EVALUACION AUDIOMÉTRICA PARA TRABAJADORES Y CONDUCTORES



NOMBRE Y APELLIDOS		ERICSON LOZANO ARIAS										Fecha de examen		
Fecha del nacimiento		9/03/1983		EXAMEN	LICENCIA DE CONDUCIR	X	Periódica		Retiro		Otro		10/02/2025	
GRADO INSTRUCCIÓN		SUP. PEDAGÓGICO		EMPRESA								DNI	41839843	
EDAD	41	SEXO	M	CATEGORIA	A-I	TIPO DE EVALUACION:		NUEVO	X	REVALIDACION		RECATEGORIZACION		
HORA DE INICIO:		15:08		ESTADO CIVIL		CASADO		OCUPACION		DOCENTE				
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	15	20	10	5	20	10	15	20	
OD Óseo									

Frecuencia (Hz)

Decibelios (dB)

PTP 10

Frecuencia (Hz)

Decibelios (dB)

PTP 15

CONCLUSIONES: 10 dB - NORMOACUSIA		<p>○ : Via aérea del OD</p> <p>× : Via aérea del OI</p> <p>□ : Via ósea del OD (OI enmascarado)</p> <p>□ : Via ósea del OI (OD enmascarado)</p> <p>△ : Via ósea del OD (sin enmascarar OI)</p> <p>△ : Via ósea del OI (sin enmascarar OD)</p> <p>△ : Via aérea del OD con OI enmascarado</p> <p>△ : Via aérea del OI con OD enmascarado</p> <p>△ : Umbrales de discomfort.</p> <p>△ : Ausencia de umbral.</p>	
RECOMENDACIONES: NINGUNA			
paciente			<p>GHA A SERVICIOS MÉDICOS PSICOSOMÁTICOS S.A.C.</p> <p>Henry J. Robles Flores</p> <p>MÉDICO CIRUJANO</p> <p>Sección de Medicina del Trabajo</p>
HORA TERMINO:	15:23		

V. EVALUACION CLINICA

HORA INICIO

15.25

1. Anamnesis

Motivo: *evaluación preoperatoria para cirugía de*

2. Enfermedad Actual

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

Sintomas principales: *antes de la cirugía*

3. Antecedentes Personales

A. Sistema Cardio-Respiratorio

Insuficiencia Cardíaca

SI

NO

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)		/
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.		
FIRMA		
HUELLA		

4. Antropometria

Peso kg Talla cm IMC

* Sistema Cardio-Respiratorio

Presion Arterial Sistolica	121	mmHg
Presion Arterial Diastolica	80	mmHg
Frecuencia Respiratoria Reposo	17	x'
Frecuencia de pulso reposo	71	x'
Pulsoximetria	96	%
Capacidad ventilatoria	DPF	

5. Aparato Locomotor

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

Amo
Amo
Amo
Amo
Amo

6. Sistema Neurologico

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

Surgeir
Eyidh mis Casacas
Alcut
Casucos
Lafer
Casucos

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

Indice 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

28.6
121/80 mmHg
#
42 cm
01 punto
S

Resultado

☐

Valor (+) (-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACION CLINICA

HORA TERMINO

15:42

APTO

☒

NO APTO

☐

OBSERVACIONES

mucho

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

Dr. Gino Antonio Rodríguez López
 Firma, gerente responsable de
 Evaluación Clínica

Firma y Huella Digital del
 Postulante



RESULTADO FINAL

APTO

☒

NO APTO

☐

OBSERVACIONES

mucho

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

Firma, gerente responsable del
 Director médico

Firma y Huella Digital del
 Postulante



HORA DEL TERMINO DE LA EVALUACION COMPLETA

15:43

Escala de Somnolencia de EPWORTH

FECHA EVALUACION

10-02-2025

NOMBRE Y APELLIDOS :

Ericson Lozano Arce

DNI :

41839843

EDAD 41

SEXO ☒ M ☐ F

CATEGORIA

AI NUOVO

GRADO INSTRUCCIÓN

CASADO - Pedagogo

FECHA DE NACIMIENTO

09-03-1983

ESTADO CIVIL

CASADO

LUGAR DE NACIMIENTO

Lima

OCUPACION ACTUAL

Docente

TIEMPO LABORANDO

16 años

¿Ronca Usted?

☒ SI

☐ NO

Cuántas horas promedio por día ,durmio la ultima semana:.....9.....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)	0
Sentado, inactivo en un acto religioso: misa, culto (en este momento)	0
En carro, como acompañante de un viaje de una hora (de aquí a Santa Ana) (en este momento)	0
Recostado en sillón cómodo (en este momento)	0
Sentado y platicando con los padres o los que viven cerca de Ud. (en este momento)	0
Sentado después de la comida (sin tomar alcohol) (en este momento)	1
En su carro o el bus detenido durante algunos minutos debido al tráfico (en este momento)	0
Puntuación total (máx. 24)	1
RESULTADO.	
00-11 ptos: Rango normal de somnolencia	
12-14 ptos: Somnolencia diurna leve	
15-18 ptos: Somnolencia diurna moderada	
19-20 ptos: Somnolencia diurna grave.	

GHA

Dr. Ciro Antonio Rodríguez López

MEDICO RESPONSABLE

FIRMA Y HUELLA DEL POSTULANTE



