



PERÚ

Ministerio de Transportes y Comunicaciones

MOYOBAMBA - SUC-1

CERTIFICADO MÉDICO

N° DE INFORME : 2024-00565-0000167

FECHA DEL INFORME : 28/05/2024 19:03:11

FECHA VENCIMIENTO : 28/11/2024



EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 28/05/2024 15:48:58

Fecha de Término : 28/05/2024 19:02:34

INFORMACIÓN DEL EVALUADO

Tipo de Documento : DNI.

Número de Documento : 75688332

Nombres : ANDRES YAIR NAVAL QUATTRINI

Dirección : CALLE SANTA MONICA C-01 SAN MARTIN/MOYOBAMBA/MOYOBAMBA

Grupo Sanguíneo : A - POSITIVO

Fecha de Nacimiento : 30/05/1996

CLASE Y CATEGORÍA DEL POSTULANTE

Clase : A

Categoría : A-I - REVALIDACIÓN

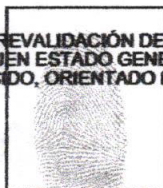
CONDICIÓN DEL POSTULANTE : APTO

RESULTADO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS Y PSICOLÓGICAS DEL POSTULANTE			
EXAMEN	RESULTADO	FIRMA Y SELLO	OBSERVACIONES
1. ANÁLISIS DE LABORATORIO ANTHONY CALDERON SALAZAR	APTO	<i>Anthony Calderon Salazar</i> BIÓLOGO MICROBIÓLOGO CBP. N° 4474	
2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA ANGELA ELIZABETH MENDOZA CABREJOS	APTO	<i>Angela E. Mendoza Cabrejos</i> PSICÓLOGA C.Ps.P. N° 26281	
3. EVALUACIÓN VISUAL ROGER UBEDELINDO CORTEZ SALDAÑA	APTO	<i>Roger U. Cortez Saldaña</i> MÉDICO CIRUJANO CMP 50598	
4. EVALUACIÓN AUDITIVA ORIEL DIAZ DIAZ	APTO	<i>Oriel Diaz Diaz</i> MÉDICO CIRUJANO CMP 39520	
5. EVALUACIÓN CLÍNICA EDDY ACOSTA GUEVARA	APTO	<i>Eddy Acosta Guevara</i> MÉDICO CIRUJANO CMP. 69421	
RESULTADO FINAL	APTO	<i>Oriel Diaz Diaz</i> DIRECTOR MÉDICO CIRUJANO. CMP. 39520	

RESTRICCIONES : NINGUNA

OBSERVACION : PACIENTE ACUDE A EVALUACIÓN MÉDICA PARA REVALIDACIÓN DE LICENCIA DE CONDUCIR CATEGORÍA A-I, REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA SÍNTOMAS, APARENTE BUEN ESTADO GENERAL, APARENTE REGULAR ESTADO DE NUTRICIÓN, APARENTE BUEN ESTADO DE HIDRATACIÓN, LÚCIDO, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA. EG: 15 PTS / 15 PTS.

Firma y Huella Digital del Postulante Evaluado



Director Médico
ORIEL DIAZ DIAZ

Oriel Diaz Diaz
DIRECTOR
MÉDICO CIRUJANO
CMP. 39520



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

MOYOBAMBA - SUC-1

INFORME MÉDICO

N° DE INFORME : 2024-00565-0000167

FECHA : 28/05/2024

EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 28/05/2024

Fecha de Término : 28/05/2024

Hora de Inicio : 15:48:58

Hora de Término : 19:02:34

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de Documento : DNI.

N° de Documento : 75688332

Apellido Paterno : NAVAL

Apellido Materno : QUATTRINI

Nombres : ANDRES YAIR

Fecha de : 30/05/1996

Sexo

: MASCULINO

Teléfono

: 931157700

Dirección : CALLE SANTA MONICA C-01 SAN MARTIN/MOYOBAMBA/MOYOBAMBA

CLASE, CATEGORÍA Y CONDICIÓN DEL POSTULANTE

Clase : A

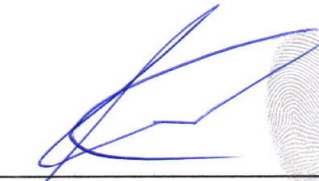
Categoría


: A-I - NO PROFESIONAL

Trámite : REVALIDACIÓN

Condición

: APTO


Postulante a licencia de conducir


Huella dactilar

1. ANÁLISIS DE LABORATORIO

GRUPO SANGUÍNEO O FACTOR RH

GRUPO SANGUÍNEO

A

FACTOR RH

POSITIVO

Resultado Final de Análisis de Laboratorio

APTO

Observaciones


-

Hora Inicio : 15:51

Hora Término : 16:10


Anthony Calderón Salazar
BIÓLOGO MICROBIÓLOGO
CBP. N° 4474

Firma, sello
Responsable de Análisis de Laboratorio
ANTHONY CALDERON SALAZAR


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 : 16:11

Hora Término : 17:26


Angela E. Mendoza Cabrejos
PSICÓLOGA
C.Ps.P. N° 26281

Firma, sello
Responsable de Evaluación Psicológica
ANGELA ELIZABETH MENDOZA CABREJOS


Firma y huella digital
Postulante

3. EVALUACIÓN VISUAL

AGUDEZA VISUAL (VISIÓN LEJANA)

OD

RESULTADO (+) (-)

30

OI

RESULTADO (+) (-)

30

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

30

VISIÓN DE PROFUNDIDAD

OD

RESULTADO (+) (-)

100

OI

RESULTADO (+) (-)

100

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

100

VISIÓN DE COLORES

OD

RESULTADO (+) (-)

100

OI

RESULTADO (+) (-)

100

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

100

BALANCE MUSCULAR

OD

RESULTADO (+) (-)

3

OI

RESULTADO (+) (-)

3

AMBOS

RESULTADO (+) (-)

3

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 : 18:12

Hora Término : 18:28



Roger U Cortez Saldaña
MÉDICO CIRUJANO
CMP 50598

Firma, sello
Responsable de Evaluación Visual
ROGER UBEDELINDO CORTEZ SALDAÑA



Firma y huella digital
Postulante

4. EVALUACIÓN AUDITIVA

OTOSCOPIA

RESULTADO (+) (-)

APTO

EXAMEN AUDITIVO

A. OIDO DERECHO

RESULTADO (+) (-) (dB)

10

B. OIDO IZQUIERDO

RESULTADO (+) (-) (dB)

10

C. AMBOS OIDOS

RESULTADO (+) (-) (dB)

10

Resultado Final de la Evaluación Auditiva

APTO

Restricciones

NINGUNA

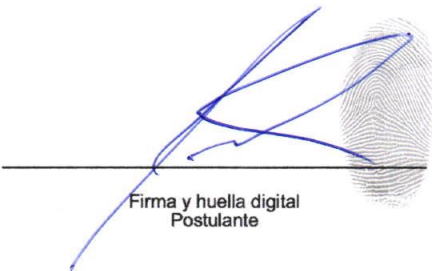
Observaciones

Hora Inicio : 18:30

Hora Término : 18:45


Oriel Díaz Díaz
MÉDICO CIRUJANO
CMP 39520

Firma, sello
Responsable de Evaluación Auditiva
ORIEL DIAZ DIAZ


Firma y huella digital
Postulante

5. EVALUACIÓN CLÍNICA

ANAMNESIS - EXAMEN FÍSICO

RESULTADO (+) (-)

Paciente acude a evaluación médica para revalidación de licencia de conducir categoría A-I, refiere sentirse bien, niega síntomas. Aparente buen estado general, aparente regular estado de nutrición, aparente buen estado de hidratación. Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. EG: 15 pts / 15 pts.

ANTECEDENTES PERSONALES

A. SISTEMA CARDIO - RESPIRATORIO

INSUFICIENCIA CARDIACA	NO
TRASTORNOS DEL RITMO	NO
MARCAPASOS Y DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE	NO
PRÓTESIS VALVULARES CARDIACAS	NO
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	NO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	NO
ANEURISMA DE GRANDES VASOS	NO
ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA	NO
ENFERMEDAD VENOSA	NO
DISNEA	NO
TRASTORNOS DEL SUEÑO	NO
CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN	NO
OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIACO RESPIRATORIO	NO

B. APARATO LOCOMOTOR

PROCESO DEGENERATIVO OSTEONEUROMUSCULAR	NO
PRÓTESIS	NO
OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO LOCOMOTOR	NO

C. SISTEMA NEUROLOGICO

ENFERMEDADES ENCEFÁLICAS, MEDULARES Y DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO	NO
EPILEPSIA Y CRISIS CONVULSIVAS	NO
ALTERACIONES DE EQUILIBRIO	NO
TRASTORNOS MUSCULARES	NO
ACCIDENTE ISQUÉMICO	NO
ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA	NO
ENFERMEDAD DE DUCHENNE	NO
OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NEUROLÓGICO	NO

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

HIPOGLUCEMIA	NO
HIPERGLICEMIA O DIABETES MELLITUS	NO
ENFERMEDAD TIROIDEA	NO
ENFERMEDAD PARATIROIDEA	NO
ENFERMEDAD ADRENAL	NO
TRASTORNOS HEPÁTICOS	NO
SISTEMA HEMATOLÓGICO	NO

D.2. SISTEMA HEMATOLOGICO (TRANSTORNOS HEMATOLOGICOS)

PROCESOS SOMETIDOS A TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO	NO
POLICITEMIA VERA Y POLIGLOBULIAS	NO

ANEMIA, LEUCOPENIA, TROMBOCITOPENIA
 TRASTORNOS DE COAGULACIÓN
 TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE
 OTROS TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS
 OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMATOLÓGICO

NO
NO
NO
NO
NO

E. SISTEMA RENAL

NEFROPATÍA
 TRASPLANTE RENAL
 INSUFICIENCIA RENAL
 OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RENAL

NO
NO
NO
NO

F. OTROS

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

SI	alcohol y tabaco esporadicamente
----	----------------------------------

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)
 TALLA (CM)
 ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

83
173
27.73

B. SISTEMA CARDIO-RESPIRATORIO

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (MMHG)
 PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (MMHG)
 FRECUENCIA RESPIRATORIA EN REPOSO
 FRECUENCIA DE PULSO EN REPOSO
 PULSIOXIMETRÍA
 CAPACIDAD VENTILATORIA

110
60
18
89
97
APTO

C. APARATO LOCOMOTOR

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

SI
AUSENTE
AUSENTE
AUSENTE
AUSENTE

D. SISTEMA NEUROLÓGICO

PRUEBA ÍNDICE - ÍNDICE
 ROMBERT PRUEBA ÍNDICE - NARIZ
 MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS
 TONO MUSCULAR
 NOCIONES TEMPOROESPACIALES
 REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS

SINERGIA
EQUILIBRIO CONSERVADO
AUSENTE
APTO
APTO
APTO

Resultado Final de la Evaluación Clínica

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

--


Eddy Acosta Guevara
MÉDICO CIRUJANO
CMP. 69421

Firma, sello
Responsable de Evaluación Clínica
EDDY ACOSTA GUEVARA


Firma y huella digital
Postulante

RESULTADO FINAL

APTO

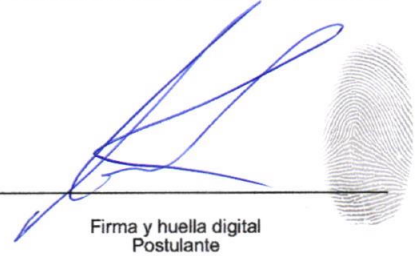
Restricciones

NINGUNA

Observaciones


Oriel Díaz Díaz
DIRECTOR
MÉDICO CIRUJANO
CMP. 39520

Firma, sello y huella digital
Director Médico
ORIEL DIAZ DIAZ


Firma y huella digital
Postulante

Hora término de la evaluación completa : 19:03


Oriel Díaz Díaz
DIRECTOR
MÉDICO CIRUJANO
CMP. 39520

Director Médico

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

N° de Informe

Fecha de Informe

EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio

Fecha de Término

Hora de Inicio

Hora de Término

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de Documento

N° de Documento

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Fecha de Nacimiento

Sexo

Teléfono

Edad

Dirección

CLASE, CATEGORÍA Y CONDICIÓN DEL POSTULANTE

Licencia Nueva

Revalidación

Recategorización

No profesional

Profesional

Postulante a licencia de conducir



Hora de inicio: 3:51 pm
Hora de término: 3:56 pm

I. ANÁLISIS DE LABORATORIO:

1. Examen Toxicológico (muestra de orina):

A. Prueba Rápida de Alcoholimetría

Resultado (+) (-) Valor

B. Prueba Rápida para Cocaína, Marihuana y Drogas Sintéticas

Resultado Cocaína (+) (-)
Resultado Marihuana (+) (-)
Resultado Drogas Sintéticas (+) (-)

2. Grupo Sanguíneo o Factor RH

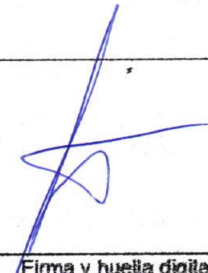
Grupo sanguíneo Factor RH

RESULTADO FINAL DE ANÁLISIS DE LABORATORIO

APTO NO APTO

Observaciones: NINGUNA.


Anthony Calderón Salazar
BIÓLOGO MICROBIÓLOGO
Firma, Sello y Huella digital
Responsable del Análisis de Laboratorio



Firma y huella digital del
Postulante




ORDEN N°: PAM – 009123

CATEGORIA: AI

PACIENTE : Andrés Yair Naval Quattrini
SOLICITANTE : Dr. Oriel Díaz D.
MUESTRA : Sangre
EXAMENES : Grupo Sanguíneo y Factor Rh.
HORA DE INICIO : 3:51 pm
HORA DE TÉRMINO : 3:56 pm

RESULTADOS

EXAMEN	RESULTADO
GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH	A (+)

Moyobamba, 28 de Mayo del 2024

POLICLINICO "ALTO MAYO"
MASVISA


Anthony Calderon Salazar
BIÓLOGO - MICROBIÓLOGO
CBP N°4474

Hora de inicio: 4:11 pm
 Hora de término: 5:21 pm.

II. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA :

1. Organicidad (completar A o B de acuerdo a evaluación realizado)

A. Equipo Psicosenométrico

Test de Palanca	<u>—</u>	(+) (-)
Reactímetro	<u>—</u>	(+) (-)
Test de Punteo	<u>—</u>	(+) (-)

B. Pruebas

Wechsler – Diseño de Cubos	<u>—</u>	(+) (-)
Benton Forma C	<u>APTO</u>	(+) (-)

2. Inteligencia (completar A o B de acuerdo a evaluación realizado)

A. Test de Matrices Progresivas de Raven	<u>—</u>	(+) (-)
B. Test de Dominos Anstey	<u>APTO</u>	(+) (-)
C. Test de Otis (abreviado)	<u>—</u>	(+) (-)

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

A. Test proyectivo Karen Machover	<u>APTO</u>	(+) (-)
B. NPF o Test de los 4 Temperamentos	<u>—</u>	(+) (-)
C. Inventario de personalidad de Eysenck	<u>APTO</u>	(+) (-)

4. Rasgo Psicopatológico (completar A más B, C o D de acuerdo a evaluación realizada)

A. Test Obligatorio: Test de AUDIT	<u>APTO</u>	(+) (-)
B. Inventario de 90 síntomas – SCL-90-R	<u>APTO</u>	(+) (-)
C. Cuestionario de inventario de cambios de personalidad neurológicos (Nechapi)	<u>—</u>	(+) (-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

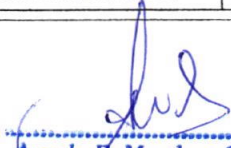
APTO


APTO

NO APTO

—

Observaciones: Ninguna


 Angela E. Mendoza Cabrejos
 PSICÓLOGA
 C.Ps.P. N° 28281
 Firma, sello y huella digital
 Responsable de Evaluación Psicológica




 Firma y huella digital del
 Postulante



Hora de inicio: 6:12 PM
Hora de término: 6:27 PM

III. EVALUACIÓN VISUAL:

- 1. Agudeza Visual
Valores:
S/C OD 20/30 OI 20/30 C/C OD / OI / (+) (-)
- 2. Visión de Profundidad
Resultado APTO 100/100 (+) (-)
- 3. Visión de Colores
Resultado APTO 100/100 (+) (-)
- 4. Balance Muscular
Resultado APTO 3/3 (+) (-)
- 5. Visión Nocturna
Resultado APTO 35/35 (+) (-)
- 6. Encandilamiento
Resultado APTO 45/45 (+) (-)
- 7. Campo Visual
Resultado APTO 85/85 (+) (-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACIÓN VISUAL

APTO APTO NO APTO —

Observaciones: Ninguna


Roger U Cortés Saldana
MÉDICO CIRUJANO
CMP 50598
Firma, sello y huella digital
Responsable de Evaluación Visual




Firma y huella digital del
Postulante



Nombre: Naval Quattrini Andres Yair
DNI: 75688332
Sexo: Masculino
Edad: 27 años. (30/05/1996)
Grupo sanguineo: A +
Restricciones:
Estado civil: Sin Datos
Estudios: Sin datos
Domicilio: Sin Datos
Restricciones: No



Examen tomado el día 28/05/2024

Tipo de examen: Particular

Número de informe: 2483

RESULTADO: APROBADO

Test de visión y audición

Agudeza visual	Ojo izquierdo	Hasta linea #5 (20/30)	Aprobado
	Ojo derecho	Hasta linea #5 (20/30)	Aprobado
Apreciación de distancia		100% de aciertos	Aprobado
Discriminacion de colores		100% de aciertos.	Aprobado
Foria visual	Foria Horizontal	Dentro de lo normal	Aprobado
Vision nocturna		Reconoce figuras a 35 candelas	Aprobado
Vision encandilada		Reconoce figura a 45 candelas	Aprobado
Recup. de encandilamiento		01:07 segundos.	Aprobado
Test de perimetria	Ojo izquierdo	Hasta 85 grados	Aprobado
	Ojo derecho	Hasta 85 grados	Aprobado
Examen auditivo	Ambos oidos	Todas las frecuencias.	Aprobado

Resultado: APROBADO

Responsable de este examen: Administrador

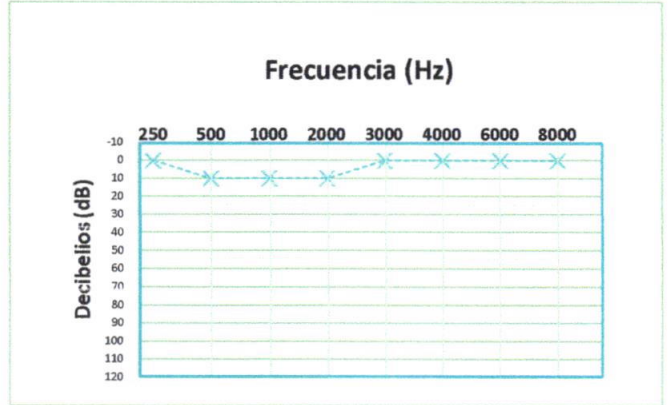
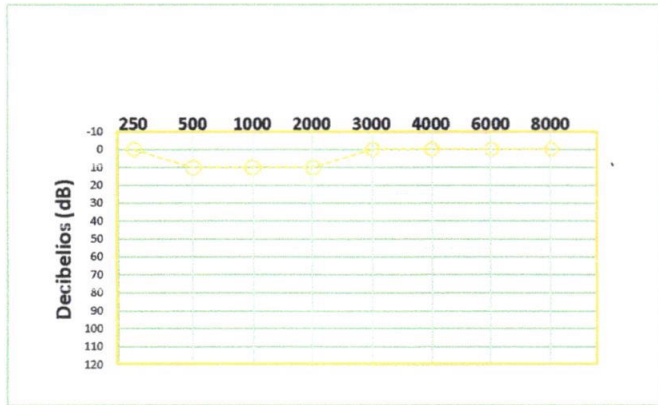
Nº Control	2055	Historia Clínica	75688332	Ficha Audiológica	X	Marca: Ampliox									
Fecha del Examen	28/05/2024	EXAMEN	Licencias de Coducir	X	Periódica	0	Retiro	0	Otro	0	Mod: 240 Serie: 32661				
Apellidos y Nombres	NAVAL QUATTRINI ANDRES YAIR														
Edad	27	Sexo	M	DNI	0										
Ocupación	INDEPENDIENTE	CASE Y CATEGORIA	0									Tiempo de exposición total ponderado 8h/d	0		
Uso de protectores auditivos	Tapones		0									Orejas	0		
Apreciación del ruido	Ruido muy intenso		0									Ruido moderado	0	Ruido no molesto	0
ANTECEDENTES RELACIONADOS	SI	NO													
Consumo de Tabaco	0	X													
Servicio Militar	0	X													
Hobbies con exposición a ruido	0	X													
Exposición laboral a químicos	0	X													
Infección al oído	0	X													
Uso de ototóxicos	0	X													
SINTOMAS	SI	NO													
Disminución de la audición	0	X													
Dolor de oídos	0	X													
Zumbidos	0	X													
Mareos	0	X													
Infección al oído	0	X													
Otra	0	X													

OTOSCOPIA: OD: CAE Permeable, membrana timpánica Integra - OI: CA

AUDIOGRAMA

	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
OD Aéreo	0	10	10	10	0	0	0	0
OD Óseo								

	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
OI Aéreo	0	10	10	10	0	0	0	0
OI Óseo								



CONCLUSIONES:

Audiometría dentro de los parámetros normales

- : Via aérea del OD con OI enmascarado
- : Via aérea del OI con OD enmascarado
- : Umbrales de discomfort.
- : Ausencia de umbral.

RECOMENDACIONES

NINGUNA

Oriel Díaz Díaz
MÉDICO CIRUJANO
CMP 39520

Datos del especialista

Hora de inicio: 6:30 PM
 Hora de término: 6:45 PM

IV. EVALUACIÓN AUDITIVA

1. Otoscopia *Examen* *Arterial = nf* (+) (-)
OT = Normal *O. Medio = Normal* *O. Ext = nf*

2. Examen Auditivo

	125	250	500	1000	2000	4000	5000	6000
0								
10								
20			XX	XX	XX			
30								
40								
50								
60								
70								
80								
90								
100								
110								
120								

Via Aérea
 OD = o
 OI = x

Via Ósea
 OD = <
 OI = >

PDT=500+1000+2000/3

Frecuencia (Hz)

Valores:

(+)	(-)	Oído derecho	10	Pérdida Auditiva (dB)
(+)	(-)	Oído izquierdo	10	
(+)	(-)	Ambos Oídos	10	

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACIÓN AUDITIVA

APTO **APTO** NO APTO

Observaciones: Ninguna.

[Firma]
Oriel Díaz Díaz
 MÉDICO CIRUJANO
 CMP 39520
 Firma, sello y huella digital
 Responsable de Evaluación Auditiva

[Firma]
 Firma y huella digital del
 Postulante

Hora de inicio: 6:47 pm

Hora de término: 7:02 pm

V. EVALUACIÓN CLÍNICA

1. ANAMNESIS

Paciente acude a evaluación médica por
revaloración de licencia de conducir A-1
Refiere sin problemas, bien, mega sistema
ABCG, ABHI, ARAU, WTCP.

2. ANTECEDENTES PERSONALES

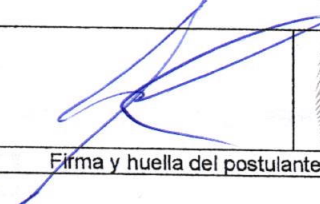
EG: 15pts.

	SI	NO	OBSERVACIÓN
A. SISTEMA CARDIO - RESPIRATORIO			
Insuficiencia Cardíaca			
Trastornos del ritmo			
Marcapasos y desfibrilador automático implantable			
Prótesis 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, medulares y del sistema nervioso periférico			
Epilepsias y crisis convulsivas			
Alteraciones de equilibrio			
Trastornos musculares			
Accidente isquémico			
Esclerosis lateral amiotrófica			
Enfermedad de Duchenne			
Otras enfermedades del sistema neurológico			
D. SISTEMA HEMATOLOGICO			
➤ ENFERMEDADES METABÓLICAS Y ENDOCRINAS			
Hipoglucemia			
Hiperglicemia o Diabetes Mellitus			
Enfermedad tiroidea			
Enfermedad paratiroidea			
Enfermedad adrenal			
Trastornos hepáticos			
Sistema hematológico			
➤ TRASTORNOS HEMATOLOGICOS			
Procesos sometidos a tratamiento quimioterápico			
Policitemia vera y poliglobulias			
Anemia, leucopenia, trombocitopenia			
Trastornos de coagulación			
Tratamiento anticoagulante			
Otros trastornos hematológicos			
Otras enfermedades del sistema hematológico			
E. SISTEMA RENAL			



	SI	NO	OBSERVACIÓN
Nefropatía			
Trasplante renal		1	
Insuficiencia renal			
Otras enfermedades del Sistema Renal			
F. OTROS			
Consumo de alcohol, tabaco (si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia?, anotar en observaciones)	x		Episodios de consumo
Consumo de sustancias tóxicas (cocaína, marihuana, drogas sintéticas, si la respuesta es sí, ¿desde cuándo y con qué frecuencia?, anotar en observaciones)		x	
Consumo de medicamentos (especificar los nombres de los medicamentos, la frecuencia y desde cuándo los usa, anotar en observaciones)		x	

Declaro haber brindado información verdadera respecto a mis antecedentes médicos y a mi estado de salud física y mental actual que se me consultó al momento de la evaluación psicosomática, por ello declaro que soy consciente que el ocultar o falsear información puede conllevar consecuencias legales, por lo que asumo la responsabilidad de ello.


 Firma y huella del postulante

3. EXAMEN FÍSICO

➤ Antropometría

Peso 83 Kg. Talla 1.73 cm. IMC 27.73

Sobrepeso

➤ Sistema Cardio-Respiratorio

- Presión Arterial Sistólica
- Presión Arterial Diastólica
- Frecuencia Respiratoria en Reposo
- Frecuencia de Pulso en Reposo
- Pulsoximetría
- Capacidad Ventilatoria

110
60
18x
89
97
Normal

5. APARATO LOCOMOTOR

- Fuerza Muscular
- Ausencias o Desviaciones
- Rango de Movimiento Articular Limitado
- Lesiones Deformantes en Columna Vertebral
- Lesiones Deformantes en Extremidades
- Capacidad Ventilatoria

Normal
Ausencia
Ausencia
Ausencia
Ausencia
Normal

➤ Sistema Neurológico

- Prueba Índice – Índice
- Romberg: Prueba Índice - Nariz
- Movimientos involuntarios
- Tono muscular
- Nociones Temporoespaciales
- Reflejos Osteotendinosos

Emergia
Eg. Confirado
Ausencia
Normal
Normal
Normal

➤ **Índice de Monitoreo de Somnolencia (Postulantes profesionales)**


- Índice de Masa Corporal
- Presión Arterial Sistólica o Diastólica
- Orofaringe con clasificación de Mallampati
- Perímetro del cuello en Centímetros
- Escala de somnolencia Epworth (Versión peruana modificada)
- Ronquido intenso (atestiguado por la pareja o familiares)

Resultado Valor (+) (-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA

APTO NO APTO

Observaciones: Ninguna

 Eddy Acosta Guevara MÉDICO CIRUJANO CMP. 69421	
Firma, sello y huella digital Responsable de Evaluación Clínica	

	
Firma y huella digital del Postulante	

RESULTADO FINAL

APTO NO APTO

Observaciones: NINGUNA.

 Oriel Diaz Diaz DIRECTOR MÉDICO CIRUJANO CMP. 39520	
Firma, sello y huella digital Director Médico	

	
Firma y huella digital del Postulante	

Hora de término de la evaluación completa: 7:03 A.M. P.M.

CERTIFICADO DE SALUD DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS Y PSICOLÓGICAS A POSTULANTES PARA LA OBTENCIÓN Y REVALIDACIÓN DE LICENCIAS DE CONDUCIR

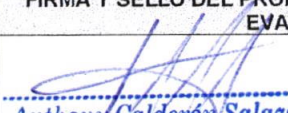

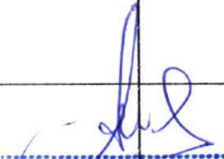
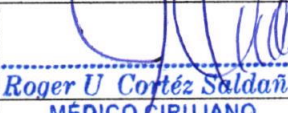
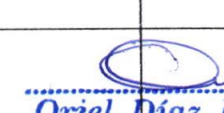
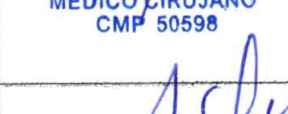

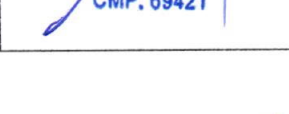
N° DE INFORME **2024-00565-0000167** FECHA DE INFORME **28 / 05 / 2024**

EVALUACIÓN MÉDICA REEVALUACIÓN MÉDICA
Fecha de Inicio: **28 / 05 / 2024** Fecha de Inicio: **—**
Fecha de Término: **28 / 05 / 2024** Fecha de Término: **—**

INFORMACIÓN DEL EVALUADO
Apellido Paterno: **Naval** Tipo de Documento: **DNI**
Apellido Materno: **Quattrone** N° de Documento: **75688332**
Nombres: **Andres Yair** Fecha de Nacimiento: **30 / 05 / 96**
Grupo Sanguíneo y Factor RH: **A+**

CLASE Y CATEGORÍA DEL POSTULANTE: **AI Revalidación**

CONDICIÓN DEL POSTULANTE:

RESULTADO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS Y PSICOLÓGICAS A POSTULANTES PARA LA OBTENCIÓN Y/O REVALIDACIÓN DE LICENCIAS DE CONDUCIR			
EXAMEN	RESULTADO	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL DE SALUD QUE EVALUA	OBSERVACIONES
ANÁLISIS DE LABORATORIO	Apto	 Anthony Calderón Salazar BIÓLOGO MICROBIÓLOGO CBR. N° 4474	
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	Apto	 Roger U. Cortés Saldaña MÉDICO CIRUJANO CMP. 50598	 Angela E. Mendoza Cabrejos PSICÓLOGA C.Ps.P. N° 26281
EVALUACIÓN VISUAL	Apto	 Eddy Acosta Guevara MÉDICO CIRUJANO CMP. 69421	 Oriel Díaz Díaz MÉDICO CIRUJANO CMP. 39520
EVALUACIÓN AUDITIVA	Apto	 Oriel Díaz Díaz DIRECTOR MÉDICO CIRUJANO CMP. 39520	
EVALUACIÓN CLÍNICA	Apto	 Oriel Díaz Díaz DIRECTOR MÉDICO CIRUJANO CMP. 39520	
RESULTADO FINAL DEL POSTULANTE	Apto	 Oriel Díaz Díaz DIRECTOR MÉDICO CIRUJANO CMP. 39520	


Firma del Postulante Evaluado


Oriel Díaz Díaz
DIRECTOR
MÉDICO CIRUJANO
CMP. 39520
Director Médico

Huella Digital del Postulante Evaluado 

TRVB- Test de Retención Visual de Benton

Hoja de Anotación

Hora de Inicio: 4:11 pm

FORMA: C,D,E, ADMINISTRACION: A,B,C y D, (rodéense las empleadas) Fecha: 28/05/2024
 Apellidos y Nombres: Naval Quettrini Andres Yair DNI: 75688332 Edad: 32
 Sexo: M F. de Nacimiento: 30/01/1996 Nivel de Inteligencia (conocido o estimado):
 Motivo de Examen: A-I Reralidad Grado de Instrucción: Superior
 Examinador: LIC. ANGELA E. MENDOZA CABREJOS Ocupación: Negociante 10 minutos

Lámina	Reproducción correcta	VALORACIÓN DE ERRORES						Total Errores	
		Omisión	Distorsión	Perseveración	Rotación	Desplazamiento	Tamaño	Derecha	Izquierda
I	/								
II	/								
III	/								
IV	/								
V	/								
VI	/								
VII	/								
VIII	/								
IX	/								
X	/								
Totales	<u>10</u>								

*No presente Disfunción Cerebral.
Buena Coordinación Visomotriz*

TOTALES DE ERRORES: 0
 REPRODUCCIONES CORRECTAS: "ESPERADAS" 10 OBTENIDAS 10 DIFERENCIA 0

VALORACION DE ERRORES: "ESPERADAS" OBTENIDA DIFERENCIA

HORA DE TÉRMINO: 4:21 pm

FIRMA Y HUELLA DEL POSTULANTE

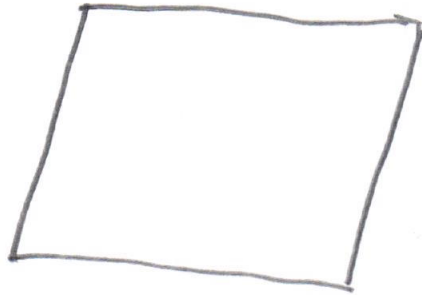


[Signature]
 Angela E. Mendoza Cabrejos
 PSICÓLOGA
 C.Ps.P. N° 26281

Andres Yair Naval Quattini

- 27 años
- Profesional
- Negociante

28 MAY 2024

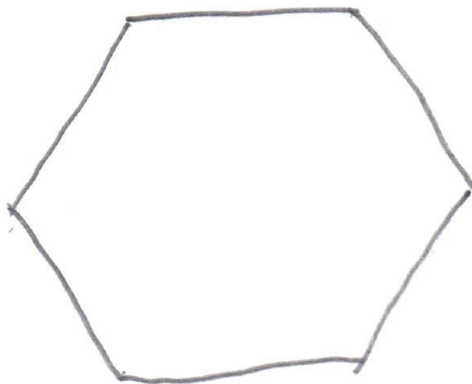




Angela E. Mendoza Cabrejos
PSICÓLOGA
C.Ps.P. N° 26281

Andres Yair Naval Quattrini
- 27 años
- Profesional
- Negociante

28 MAY 2024



A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'AY' or similar, written in a cursive style.

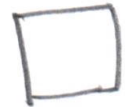
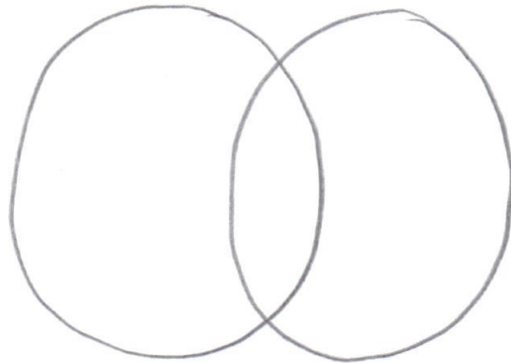
A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'AMC', written in a cursive style.

Angela E. Mendoza Cabrejos
PSICOLOGA
C.Ps.P. N° 26284

Andres Yair Naval Quattrini

- 27 años
- Profesional
- Negociante

28 MAY 2024



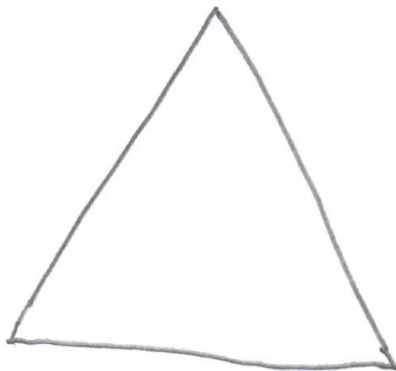


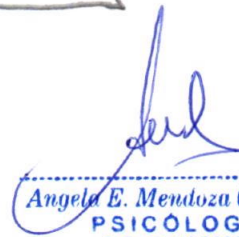
Angela E. Mendoza Cabrejos
PSICÓLOGA
C.Ps.P. N° 26281

Andres Yair Naval Quehrini

28 MAY 2024

- 27 años
- Profesional
- Negociante

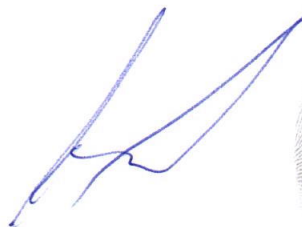
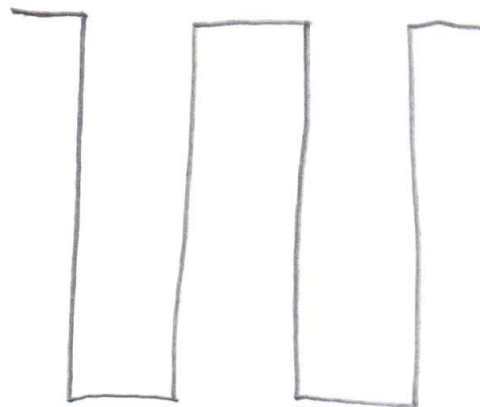



Angela E. Mendoza Cabrejos
PSICÓLOGA
C.Ps.P. N° 26281

Andres Yair Naval Quattrini

28 MAY 2024

- 27 años
- Profesional
- Negociante

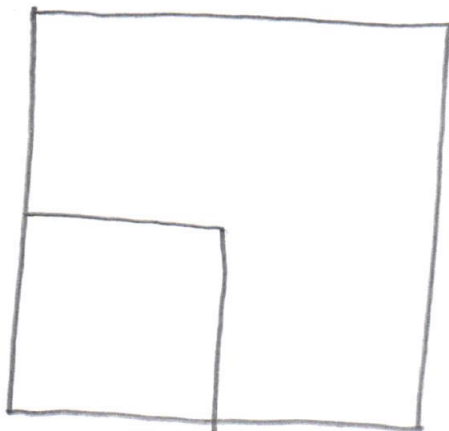
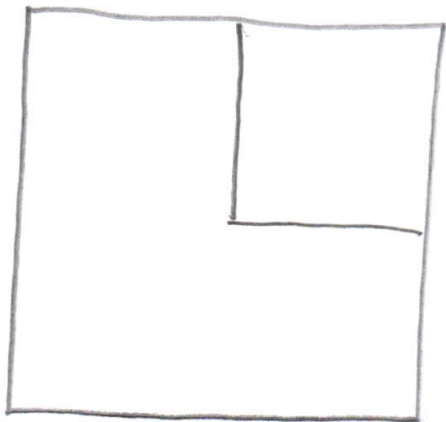



Angela E. Mendoza Cabrejos
PSICOLOGA
C.Ps.P. N° 26281

Andres Yair Naval Quattreini

28 MAY 2024

- 27 años
- Profesional
- Negociante, Administrador



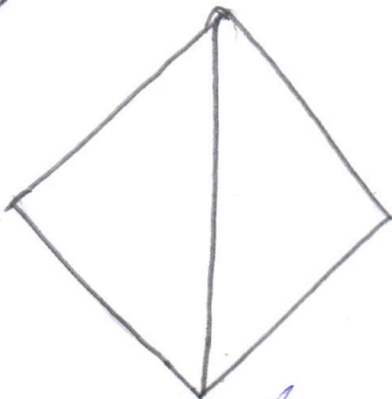
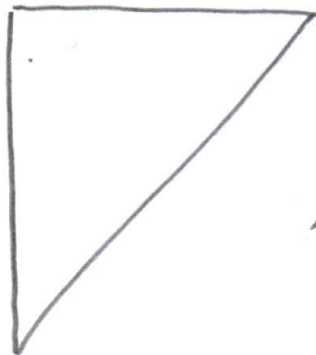
A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'A' or similar.



Angela E. Menisza Cabrejos
PSICOLOGA
C.Ps.P. N° 26281

Andres Yair Naval Quattrini
- 27 años
- Profesional
- Negociante

28 MAY 2024

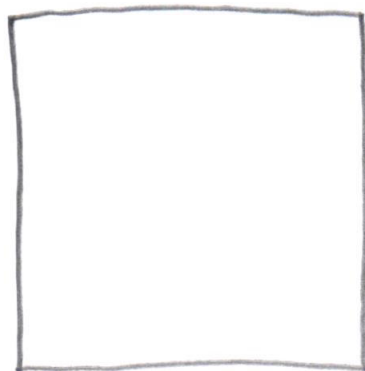
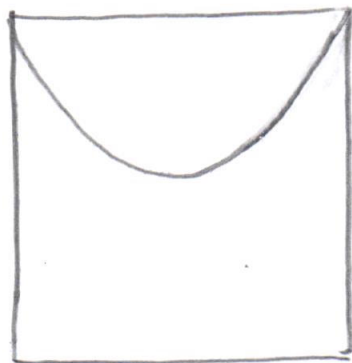


Angela E. Mendoza Cabrejos
PSICÓLOGA
C.P.S.P. N° 26281

Andres Yair Naval Quattrini

28 MAY 2024

- 27 años
- Profesional
- Negociante

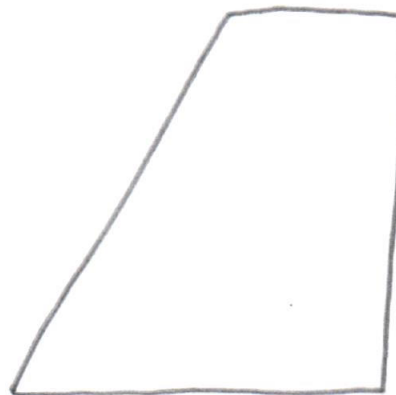
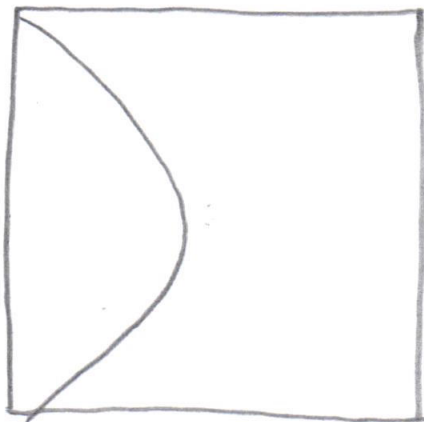



Angela E. Mendoza Cabrejos
PSICOLOGA
C.Ps.P. N° 26281

Andres Yair Naval Quattrini

28 MAY 2024

- 27 años
- Profesional
- Negociante



A stylized handwritten signature in blue ink.

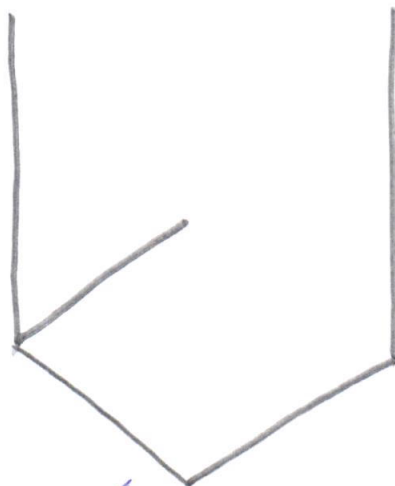
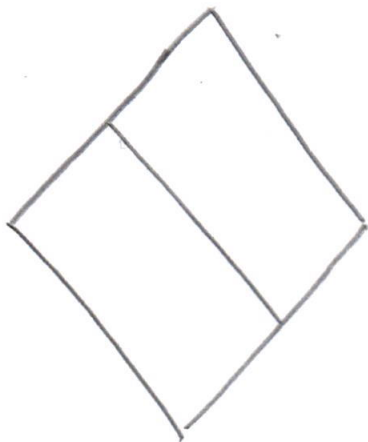
A stylized handwritten signature in blue ink.

Angela E. Mendoza Cabrejos
PSICÓLOGA
C.Ps.P. N° 26281

Andres Yair Naval Quattrini

28 MAY 2024

- 27 años
- Profesional
- Negociante





Angela E. Mendoza Cabrejos
PSICÓLOGA
C.Ps.P. N° 26281

TEST DE DOMINOS (Anstey)

HORA INICIO: 4:21 pm

HORA TÉRMINO: 4:36 pm

Nombres y Apellidos: <u>Andrés Jair Naved Quattrino</u>		Escolaridad: <u>Profesional</u>		PD: <u>23</u>
DNI: <u>75688332</u>	Edad: <u>72</u>	Sexo: <u>M</u>	Fecha de Nac: <u>30 10 196</u>	Pc: <u>-</u>
Grado de Instrucción: <u>Profesional</u>		Diagnóstico: <u>C.S. Medio</u>		Rango: <u>-</u>
Examinador: Psicóloga LIC. ANGELA MENDOZA CABREJOS			Fecha de hoy: <u>28 / 05 / 2024</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

Angela B. Mendoza Cabrejos
 PSICOLOGA
 C.Ps.P. N° 26281

[Signature]

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

Angela E. Mendoza Cabrejos
 PSICÓLOGA
 C.Ps.P. N° 26281

13 	14
15 	16
17 	18

PAGINA 4

19 	20
21 	22
23 	24

TEST DE EYSENCK

HORA INICIO: 4:36 pm

HORA TÉRMINO: 4:51 pm.

Nombres y Apellidos: <i>Andrés Gar Naval Ostrino</i>			
DNI: <i>75688332</i>	Edad: <i>29</i> años	Sexo: <i>M</i>	Fecha de Nac: <i>30/01/1996</i>
Grado de Instrucción: <i>Profesional</i>		Ocupación: <i>Negociante</i>	
Clase y Categoría: <i>O-I</i>	Motivo: <i>REVALIDAR</i>	Fecha de examen: <i>28/05/2024</i>	
Examinador: PSICÓLOGA ANGELA MENDOZA CABREJOS			Duración: 15 minutos

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	20.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	39.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	21.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	40.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	22.	<input checked="" type="radio"/>	<input 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 type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	26.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	45.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	27.	<input checked="" type="radio"/>	<input 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	29.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	48.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	30.	<input checked="" type="radio"/>	<input 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 type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
14.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	33.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	52.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
15.	<input checked="" type="radio"/>	<input 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 checked="" 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 type="radio"/>	<input checked="" 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 type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

N: 5 E: 12 L:

Persona estable, tolera a la frustración, de temperamento tranquilo.

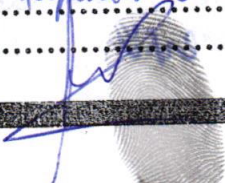
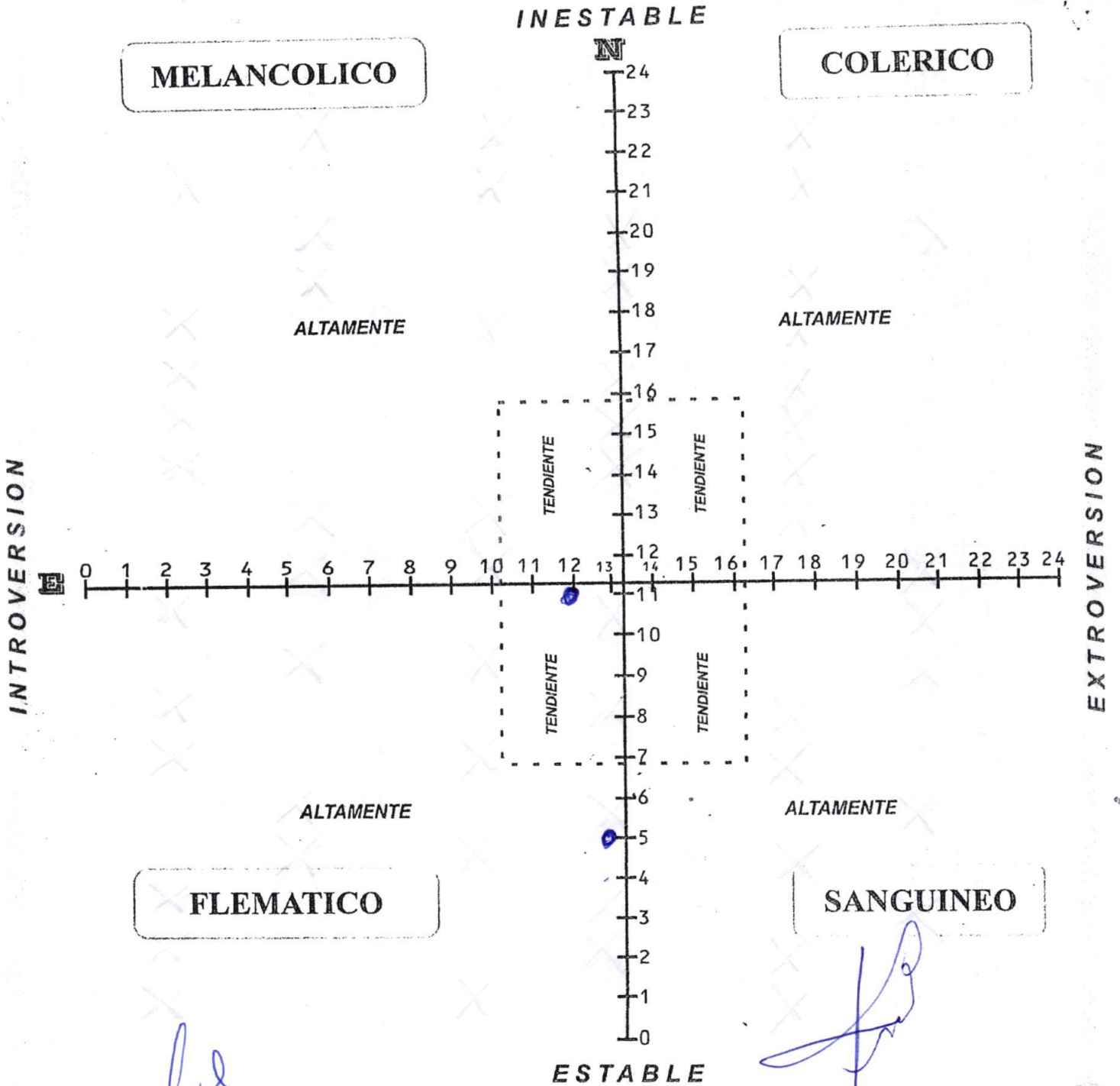

 Angela E. Mendoza Cabrejos
 PSICÓLOGA
 C.Ps.P. N° 26281

TABLA DE CALIFICACION EYSENCK & EYSENCK

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

$E = \{ \bar{X}=13.24 \text{ D.S.}= 3.10(10.14 - 16.34) \}$

$N = \{ \bar{X}=11.34 \text{ D.S.}= 4.44(6.90 - 15.78) \}$



[Signature]
 Angela E. Mendoza Cabrejos
 PSICÓLOGA
 C.Ps.P. N° 26281

DIAGNOSTICO:

*Persona estable, tendiente a la
 Introversión, de temperamento flemático*



TEST DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER

HORA INICIO: 4:57 pm

HORA TÉRMINO: 4:56 pm

Nombres y Apellidos: <i>Andrés Vair Nave / Queffrini</i>				
DNI: <i>75698772</i>	Edad: <i>27</i> años	Sexo: <i>M</i>	Fecha de Nac: <i>20 10/1996</i>	Estado Civil: <i>Soltero</i>
Grado de Instrucción: <i>Profesional</i>			Ocupación: <i>Negociante</i>	
Clase y Categoría: <i>A-I</i>	Motivo: <i>Personal</i>	Fecha de examen: <i>28 10/2024</i>		
Examinador: Psicóloga LIC. ANGELA MENDOZA CABREJOS				Duración: 5 minutos



- indicadores de inseguridad e instabilidad.
- timidez
- indicadores de introversión

[Signature]
 Angela E. Mendoza Cabrejos
 PSICÓLOGA
 C.Ps.P. N° 26281

FIRMA PSICOLOGO RESPONSABLE

[Signature]

FIRMA Y HUELLA DEL POSTULANTE



TEST DE AUDIT

(Alcohol Use Disorders Identification Test)

(Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol)

HORA DE INICIO: 9:56 pm

HORA DE TÉRMINO: 5:06 pm

Nombres y Apellidos: <u>Andrés Parra Naval Astrin</u>	
DNI: <u>7168833</u>	Edad: <u>72</u> años
Sexo: <u>M</u>	Fecha de Nac: <u>30/05/1998</u>
Estado Civil: <u>Soltero</u>	
Grado de Instrucción: <u>Profesional</u>	Ocupación: <u>Negociante</u>
Clase y Categoría: <u>A-I</u>	Motivo: <u>Personal</u>
Fecha de examen: <u>28/05/2024</u>	
Examinador: <u>PSICÓLOGA. LIC ANGELA MENDOZA CABREJOS</u>	Duración: <u>10 minutos</u>

PACIENTE, Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos, tratamientos y/o procedimientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que **sea honesto por favor**. Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

	0	1	2	3	4	
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca <input type="radio"/>	1 o 2 veces al mes <input checked="" type="radio"/>	2 a 4 veces al mes <input type="radio"/>	De 2 a 3 veces a la semana <input type="radio"/>	De 4 a más veces a la semana <input type="radio"/>	<input type="text" value="1"/>
2. ¿Cuántos TRAGOS de alcohol suele tomar en un día de consumo normal?	1 o 2 <input type="radio"/>	3 o 4 <input checked="" type="radio"/>	5 o 6 <input type="radio"/>	De 7 a 9 <input type="radio"/>	10 o más <input type="radio"/>	<input type="text" value="1"/>
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca <input checked="" type="radio"/>	Menos de una vez al mes <input type="radio"/>	Mensualmente <input type="radio"/>	Semanalmente <input type="radio"/>	A diario o casi a diario <input type="radio"/>	<input type="text" value="0"/>
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?	Nunca <input checked="" type="radio"/>	Menos de una vez al mes <input type="radio"/>	Mensualmente <input type="radio"/>	Semanalmente <input type="radio"/>	A diario o casi a diario <input type="radio"/>	<input type="text" value="0"/>
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca <input checked="" type="radio"/>	Menos de una vez al mes <input type="radio"/>	Mensualmente <input type="radio"/>	Semanalmente <input type="radio"/>	A diario o casi a diario <input type="radio"/>	<input type="text" value="0"/>
6. ¿Con qué frecuencia ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca <input checked="" type="radio"/>	Menos de una vez al mes <input type="radio"/>	Mensualmente <input type="radio"/>	Semanalmente <input type="radio"/>	A diario o casi a diario <input type="radio"/>	<input type="text" value="0"/>
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca <input checked="" type="radio"/>	Menos de una vez al mes <input type="radio"/>	Mensualmente <input type="radio"/>	Semanalmente <input type="radio"/>	A diario o casi a diario <input type="radio"/>	<input type="text" value="0"/>
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca <input checked="" type="radio"/>	Menos de una vez al mes <input type="radio"/>	Mensualmente <input type="radio"/>	Semanalmente <input type="radio"/>	A diario o casi a diario <input type="radio"/>	<input type="text" value="0"/>
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	Nunca <input checked="" type="radio"/>		Sí, pero no en el curso del último año <input type="radio"/>		Sí, en el último año <input type="radio"/>	<input type="text" value="0"/>
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	Nunca <input checked="" type="radio"/>		Sí, pero no en el curso del último año <input type="radio"/>		Sí, en el último año <input type="radio"/>	<input type="text" value="0"/>
						Puntaje AUDIT <input type="text" value="2"/>

0 a 7 puntos
8 a 15 puntos
16 puntos a más

Consumo de bajo riesgo
Consumo de riesgo
Posible consumo,
problema o dependencia

Intervención mínima
Intervención breve
Derivación asistida para una evaluación completa

Angela E. Mendoza Cabrejos
PSICÓLOGA
C.Ps.P. N° 26281

EVALUADOR

FIRMA Y HUELLA DEL POSTULANTE

RESULTADOS:

Consumo de bajo riesgo

Hora de Inicio: 5:06pm

Hora de Término: 5:21pm

Nombres y Apellidos: <u>Andrés Paiz Naval Quattrini</u>			
DNI: <u>7698332</u>	Edad: <u>77</u>	Fecha de Nac: <u>30/01/1946</u>	Fecha de hoy: <u>28/05/2024</u>
Examinador: Psicóloga LIC. ANGELA MENDOZA CABREJOS			

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

Mujer Varón

Educación:

Primario incompleto Secundario incompleto Terciario incompleto
 Primario completo Secundario completo Terciario/universitario completo

Estado civil:

Soltero Divorciado Viudo/a
 Casado Separado En pareja

Ocupación: Negociante, administrador

Lugar de nacimiento: Buenos Aires, Argentina

Lugar de residencia actual: Mojabamba, Perú

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

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

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO - BASTANTE - MUCHO.

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

- 1. 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.

	Nada	Muy POCO	POCO	Bastante	Mucho
1.		<input checked="" type="checkbox"/>			
2.		<input checked="" type="checkbox"/>			
3.	<input checked="" type="checkbox"/>				
4.	<input checked="" type="checkbox"/>				
5.	<input checked="" type="checkbox"/>				
6.		<input checked="" type="checkbox"/>			

[Handwritten signature]

[Fingerprint]

4

[Handwritten signature]

Angela B. Mendoza Cabrejos
PSICOLOGA
C.Ps.P. N° 26281

- ◇ 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 mi 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 atrapado/a 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.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
7	X				
8	X				
9		X			
10			X		
11		X			
12	X				
13	X				
14	X				
15	X				
16	X				
17	X				
18	X				
19		X			
20	X				
21			X		
22	X				
23	X				
24	X				
25	X				
26		X			
27	X				
28			X		
29			X		
30		X			
31				X	
32	X				
33			X		
34		X			
35	X				
36	X				
37	X				
38	X				
39	X				

- 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.
- 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.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
<input checked="" type="checkbox"/>	X				
<input type="checkbox"/>	X				
<input checked="" type="checkbox"/>		X			
<input checked="" type="checkbox"/>	X				
<input checked="" type="checkbox"/>				X	
<input checked="" type="checkbox"/>	X				
<input checked="" type="checkbox"/>		X			
<input checked="" type="checkbox"/>	X				
<input checked="" type="checkbox"/>			X		
<input checked="" type="checkbox"/>		X			
<input checked="" type="checkbox"/>	X				
<input checked="" type="checkbox"/>	X				
<input checked="" type="checkbox"/>		X			
<input checked="" type="checkbox"/>	X				
<input checked="" type="checkbox"/>		X			
<input checked="" type="checkbox"/>	X				
<input checked="" type="checkbox"/>				X	
<input checked="" type="checkbox"/>	X				
<input checked="" type="checkbox"/>	X				
<input checked="" type="checkbox"/>			X		
<input checked="" type="checkbox"/>					X
<input checked="" type="checkbox"/>		X			
<input checked="" type="checkbox"/>		X			
<input checked="" type="checkbox"/>	X				
<input checked="" type="checkbox"/>	X				
<input checked="" type="checkbox"/>		X			
<input checked="" type="checkbox"/>	X				
<input checked="" type="checkbox"/>			X		
<input checked="" type="checkbox"/>		X			
<input checked="" type="checkbox"/>	X				
<input checked="" type="checkbox"/>			X		
<input checked="" type="checkbox"/>	X				





Angela E. Mendoza Cabrejos
 PSICÓLOGA
 C.Ps.P. N° 26281

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
✦ 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 aún 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				



 Angela E. Mendoza Cabrejos
 PSICÓLOGA
 C.Ps.P. N° 26281

FIRMA DEL EVALUADOR



 FIRMA Y HUELLA DEL POSTULANTE



Evaluación e interpretación del inventario.

- 1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.
- 2) Sumar los valores asignados a cada ítem y dividir ese total por el número de ítems respondidos.
- 3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T (Media = 50 y D.T. = 10).
- 4) Se considera indicativa de una persona EN RIESGO toda puntuación T igual o superior a 65.
- 5) Indica presencia de patología severa toda puntuación igual o superior a T 80.

○ 1) SOMATIZACIONES:

1..... 4..... 12..... 27..... 40..... 42..... 48..... 49..... 52..... 53..... 56..... 58..... Total (dividir): **3**

△ 2) OBSESIONES Y COMPULSIONES:

3..... 9..... 10..... 28..... 38..... 45..... 46..... 51..... 55..... 65..... Total (dividir): **10**

□ 3) SENSITIVIDAD INTERPERSONAL:

6..... 21..... 34..... 36..... 37..... 41..... 61..... 69..... 73..... Total (dividir): **8**

*** 4) DEPRESIÓN:**

5..... 14..... 15..... 20..... 22..... 26..... 29..... 30..... 31..... 32..... 54..... 71..... 79..... Total (dividir): **8**

+ 5) ANSIEDAD :

2..... 17..... 23..... 33..... 39..... 57..... 72..... 78..... 80..... 86..... Total (dividir): **5**

— 6) HOSTILIDAD:

11..... 24..... 63..... 67..... 74..... 81..... Total (dividir): **2**

/ 7) ANSIEDAD FÓBICA:

13..... 25..... 47..... 50..... 75..... 82..... **70** Total (dividir): **4**

✓ 8) IDEACIÓN PARANOIDE:

8..... 18..... 43..... 68..... 76..... 83..... Total (dividir): **1**

◇ 9) PSICOTICISMO:

7..... 16..... 35..... 62..... 77..... 84..... 85..... 87..... 88..... 90..... Total (dividir): **1**

INDICE DE SEVERIDAD GLOBAL (IGS): Total:.....

TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS (SP) Total:.....

MALESTAR SINTOMATICO POSITIVO (PSDI) Total:.....

⊙ ITEMES ADICIONALES 19..... 44..... 59..... 60..... 64..... 66..... 89.....

PUNTAJES T SCL 90-R											
SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	PSDI	SP

42/90 = 0.46
 T = 80

Do. psicopedloga Invera.



REPUBLICA DEL PERU
MINISTERIO DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES
 DIRECCION GENERAL DE TRANSPORTE TERRESTRE
LICENCIA DE CONDUCIR



Apellidos
NAVAL QUATTRINI

Nombres
ANDRES YAIR

Nro de Licencia
X75688332

Clase
A

Fecha de Expedición
14/12/2015

Categoría
Uno

Fecha de Revalidación
14/12/2023


 FIRMA DEL TITULAR

M
T
C

Serv 1 **Nro Primigenio** 75688332

Fecha de Nacimiento
30/05/1996

Domicilio
CALLE SANTA MONICA C-01 MOYOBAMBA
MOYOBAMBA SAN MARTIN

Restricciones
SIN RESTRICCIONES

Grupo y Factor Sanguíneo
A+

Donación de Organos
NO



 D0050006
 AUTORIDAD COMPETENTE

