



MOYOBAMBA - SUC-1

CERTIFICADO MÉDICO

N° DE INFORME : 2024-00565-0000174

FECHA DEL INFORME : 4/06/2024 17:30:55

FECHA VENCIMIENTO : 4/12/2024



EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 4/06/2024 14:24:40

Fecha de Término : 4/06/2024 17:28:41

INFORMACIÓN DEL EVALUADO

Tipo de Documento : DNI.

Número de Documento : 45047468

Nombres : CARLO JOAO REYES VARGAS

Dirección : JR. IQUITOS CDRA 02 S/N BARRIO ZARAGOZA SAN MARTIN/MOYOBAMBA/MOYOBAMBA

Grupo Sanguíneo : O - POSITIVO

Fecha de Nacimiento : 11/04/1988

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 Calderón 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 60598	
4. EVALUACIÓN AUDITIVA ORIEL DIAZ DIAZ	APTO	<i>Oriel Díaz Díaz</i> MÉDICO CIRUJANO CMP 39520	
5. EVALUACIÓN CLÍNICA EDDY ACOSTA GUEVARA	APTO	<i>Eddy Acosta Guevara</i> MÉDICO CIRUJANO CMP 69424	
RESULTADO FINAL	APTO	<i>Oriel Díaz Díaz</i> DIRECTOR MÉDICO CIRUJANO CMP. 39520	

RESTRICCIONES : NINGUNA

OBSERVACION : PACIENTE ACUDÉ 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 Díaz Díaz
DIRECTOR
MÉDICO CIRUJANO
CMP. 39520



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

MOYOBAMBA - SUC-1

INFORME MÉDICO

N° DE INFORME : 2024-00565-0000174

FECHA : 4/06/2024

EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 4/06/2024

Fecha de Término : 4/06/2024

Hora de Inicio : 14:24:40

Hora de Término : 17:28:41

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de Documento : DNI.

N° de Documento : 45047468

Apellido Paterno : REYES

Apellido Materno : VARGAS

Nombres : CARLO JOAO

Fecha de : 11/04/1988

Sexo

: MASCULINO

Teléfono

: 993129570

Dirección : JR. IQUITOS CDRA 02 S/N BARRIO ZARAGOZA 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

O

FACTOR RH

POSITIVO

Resultado Final de Análisis de Laboratorio

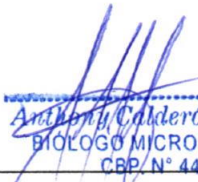
APTO

Observaciones

-

Hora Inicio : 14:27

Hora Término : 14:32


Anthony Calderón Salazar
BIOLOGO 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 : 14:33

Hora Término : 15:44


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 : 16:20

Hora Término : 16:38



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 : 16:42

Hora Término : 16:57


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	NO
TRASTORNOS DE COAGULACIÓN	NO
TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE	NO
OTROS TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS	NO
OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMATOLÓGICO	NO

E. SISTEMA RENAL

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

F. OTROS

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO (SI LA RESPUESTA ES SI, CON QUE FRECUENCIA?, ANOTARLO EN OBSERVACIÓN)	SI	alcohol 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)	71
TALLA (CM)	168
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	25.16

B. SISTEMA CARDIO-RESPIRATORIO

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (MMHG)	110
PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (MMHG)	60
FRECUENCIA RESPIRATORIA EN REPOSO	20
FRECUENCIA DE PULSO EN REPOSO	87
PULSIOXIMETRÍA	97
CAPACIDAD VENTILATORIA	APTO

C. APARATO LOCOMOTOR

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

D. SISTEMA NEUROLÓGICO

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

Resultado Final de la Evaluación Clínica	APTO
--	------

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

--

Hora Inicio : 17:13

Hora Término : 17:28


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 : 17:30


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

2024- 00565-0000174

Fecha de Informe

04 | 06 | 2024

EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio

04 | 06 | 2024

Fecha de Término

04 | 06 | 2024

Hora de Inicio

2 | 24 | pm

Hora de Término

5 | 28 | pm

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de Documento

DNI

N° de Documento

45047468

Apellido Paterno

Reyes

Apellido Materno

Vargas

Nombres

carlos JOAO

Fecha de Nacimiento

11 | 04 | 1988

Sexo

M

Teléfono

993129570

Edad

36 a

Dirección

JR. IQUITOS C-2 ZARAGOZA MOYOBAMBA

CLASE, CATEGORÍA Y CONDICIÓN DEL POSTULANTE

Licencia Nueva

Revalidación

 AI

Recategorización

No profesional

Profesional


Postulante a licencia de conducir

Hora de inicio: 2:27 pm
Hora de término: 2:32 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

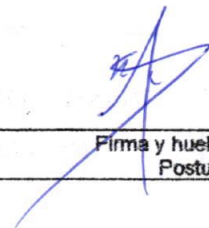
RESULTADO FINAL DE ANÁLISIS DE LABORATORIO


APTO NO APTO

Observaciones: NINGUNA.


Anthony Calderón Salazar
BIÓLOGO MICROBIÓLOGO
CBP. N° 4474
Firma, sello y huella digital
Responsable del Análisis de Laboratorio




Firma y huella digital del
Postulante





ORDEN N°: PAM – 009147

CATEGORIA: AI

PACIENTE : Carlo Joao Reyes Vargas.
SOLICITANTE : Dr. Oriel Díaz D.
MUESTRA : Sangre
EXAMENES : Grupo Sanguíneo y Factor Rh.
HORA DE INICIO : 2:27 pm
HORA DE TÉRMINO : 2:32 pm

RESULTADOS

EXAMEN	RESULTADO
GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH	O (+)

Moyobamba, 04 de Junio del 2024

POLICLINICO "ALTO MAYO"
MASVISA


Anthony Calderón Salazar
BIÓLOGO - MICROBIÓLOGO
CBP N° 4474

Hora de inicio: 2:33 PM
 Hora de término: 3:43 PM

II. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA :

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

A. Equipo Psicosensométrico

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

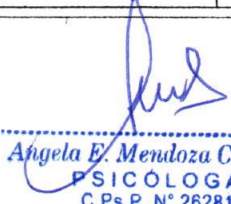

APTO

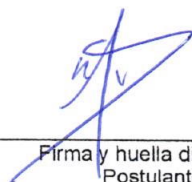

APTO

NO APTO

—

Observaciones: Ninguna

 Ángela E. Mendoza Cabrejos PSICÓLOGA C.Ps.P. N° 26281	
Firma, sello y huella digital Responsable de Evaluación Psicológica	

	
Firma y huella digital del Postulante	

Hora de inicio: 4:20 PM
Hora de término: 4:35 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 Saldaña
MÉDICO CIRUJANO
CMP 50598
Firma, sello y huella digital
Responsable de Evaluación Visual


Firma y huella digital del
Postulante

Nombre: Reyes Vargas Carlo Joao
DNI: 45047468
Sexo: Masculino
Edad: 36 años. (11/04/1988)
Grupo sanguineo: 0 +
Restricciones:
Estado civil: Sin Datos
Estudios: Sin datos
Domicilio: Moyobamba Sn
Restricciones: No



Examen tomado el día 04/06/2024

Tipo de examen: Particular

Número de informe: 2515

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		02:14 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



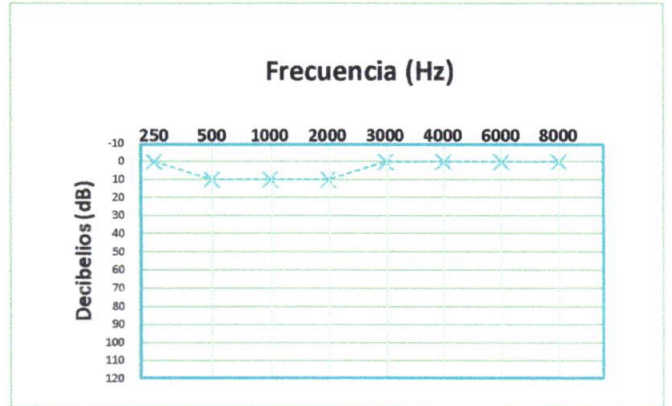
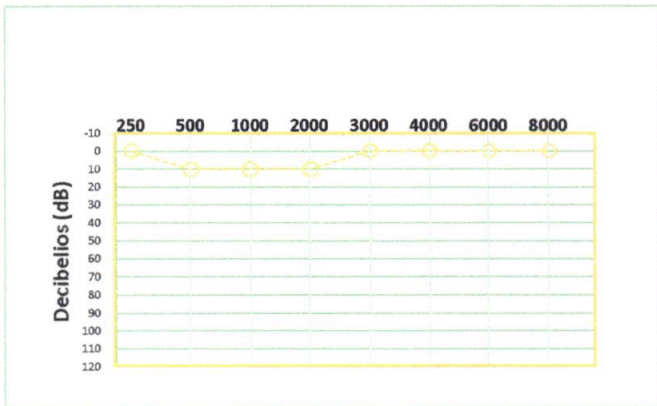
Nº Control	2081	Historia Clínica	45047468	Ficha Audiológica	X	Marca: Ampliox					
Fecha del Examen	4/06/2023	EXAMEN	Licencias de Coducir	X	Periódica	0	Retiro	0	Otro	0	Mod: 240 Serie: 32661
Apellidos y Nombres	REYES VARGAS CARLOS										
Edad	36	Sexo	M	DNI	0						
Ocupación	ING. SISTEMAS	CASE Y CATEGORIA	0	Tiempo de exposición total ponderado 8h/d	0						
Uso de protectores auditivos	Tapones		0	Orejeras		0					
Apreciación del ruido	Ruido muy intenso		0	Ruido moderado		0	Ruido no molesto		0		
ANTECEDENTES RELACIONADOS	SI	NO			SINTOMAS			SI	NO		
Consumo de Tabaco	0	X			Disminución de la audición			0	X		
Servicio Militar	0	X			Dolor de oídos			0	X		
Hobbies con exposición a ruido	0	X			Zumbidos			0	X		
Exposición laboral a químicos	0	X			Mareos			0	X		
Infección al oído	0	X			Infección al oído			0	X		
Uso de ototóxicos	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: 4:42 pm
 Hora de término: 4:57 pm

IV. EVALUACIÓN AUDITIVA

1. Otoscopia

facellu *arinal = pal* (+) (-)
ot = pal *O. Medio = ul* *O. ext = ul*

2. Examen Auditivo

Via Aérea
 OD = o
 OI = x

Via Ósea
 OD = <
 OI = >

PDT=500+1000+2000/3

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

Frecuencia (Hz)

Valores:

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

Oído derecho	10
Oído izquierdo	10
Ambos Oídos	10

Pérdida
 Auditiva
 (dB)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACIÓN AUDITIVA

APTO


APTO


NO APTO

—

Observaciones:

Ninguna


Oriel Díaz Díaz
 MÉDICO CIRUJANO
 CMP 39520



Firma, sello y huella digital
 Responsable de Evaluación Auditiva





Firma y huella digital del
 Postulante

Hora de inicio: 5:13 pm
 Hora de término: 5:28 pm

V. EVALUACIÓN CLÍNICA

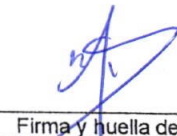

1. ANAMNESIS

Paciente acude a evaluación médica para revalidación de licencia de conducir refiere sentirse bien, juega fútbol. ABRG, ABFH, ARFN, WCFD. EG: SPTS.

2. ANTECEDENTES PERSONALES

	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 HEMATOLÓGICO			
➤ ENFERMEADES METABÓLICAS Y ENDOCRINAS			
Hipoglucemia			
Hiperglicemia o Diabetes Mellitus			
Enfermedad tiroidea			
Enfermedad paratiroidea			
Enfermedad adrenal			
Trastornos hepáticos			
Sistema hematológico			
➤ TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS			
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			
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		Episodicamente
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 71 Kg.

Talla 1.68 cm.

IMC 25.16

Sobrepeso

➤ Sistema Cardio-Respiratorio

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

110
60
20 x1
67 x1
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

Sinergia
Eg con feriado
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:

5:30

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: 2024-07386-0000774 FECHA DE INFORME: 04 / 06 / 2024

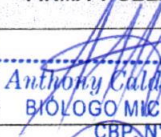
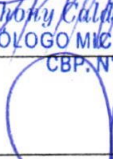
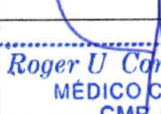

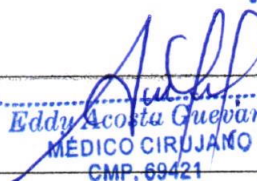

EVALUACIÓN MÉDICA
Fecha de Inicio: 04 / 06 / 2024
Fecha de Término: 04 / 06 / 2024

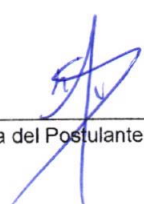
REEVALUACIÓN MÉDICA
Fecha de Inicio: —
Fecha de Término: —

INFORMACIÓN DEL EVALUADO
Apellido Paterno: Reyes Tipo de Documento: DNI
Apellido Materno: Vargas N° de Documento: 45047468
Nombres: Carlo Joao Fecha de Nacimiento: 11-04-88
Grupo Sanguíneo y Factor RH: O+

CLASE Y CATEGORÍA DEL POSTULANTE: AF Revalidación

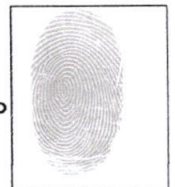
CONDICIÓN DEL POSTULANTE:

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 BIOLOGO MICROBIÓLOGO CBP. N° 4474	
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	Apto	 Angela E. Mendoza Cabrejos PSICÓLOGA C.Ps.P. N° 20281	
EVALUACIÓN VISUAL	Apto	 Roger U. Cortés Saldaña MÉDICO CIRUJANO CMP. 60598	
EVALUACIÓN AUDITIVA	Apto	 Oriel Díaz Díaz MÉDICO CIRUJANO CMP. 39520	
EVALUACIÓN CLÍNICA	Apto	 Eddy Acosta Guevara MÉDICO CIRUJANO CMP. 69421	
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: 02:33pm

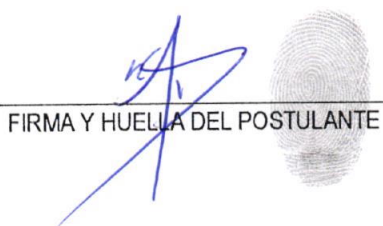
FORMA: C,D,E, ADMINISTRACION : A,B,C y D,(rodéense las empleadas) Fecha: 04/06/2024
 Apellidos y Nombres: Reyes Vargas Carlos JUAN DNI: 45047468 Edad: 36
 Sexo: M F. de Nacimiento: 11/04/1988 Nivel de Inteligencia (conocido o estimado): Superior
 Motivo de Examen: Licencia de Avt Grado de Instrucción: Superior
 Examinador: LIC. ANGELA E.MENDOZA CABREJOS.....Ocupación: Ing. Sistemas 10 minutos

Lámina	Reproducción correcta	VALORACIÓN DE ERRORES							Total Errores	
		Omisión	Distorsión	Perseveración	Rotación	Desplazamiento	Tamaño	Derecha	Izquierda	
I	1									
II	1									
III	1									
IV	1									
V	1									
VI	1									
VII	1									
VIII	1									
IX	1									
X	1									
Totales	10									

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

HORA DE TÉRMINO: 2:43pm

FIRMA Y HUELLA DEL POSTULANTE



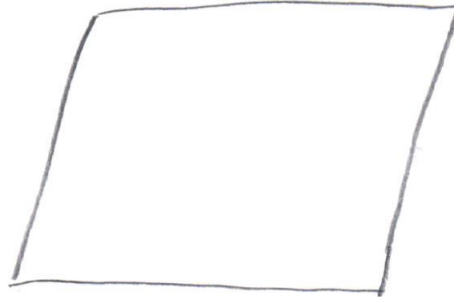
Angela E. Mendoza Cabrejos
 PSICÓLOGA
 C.Ps.P. N° 26281



Reyes Vargas Carlos

04 JUN 2024

- Ing. Sistemas - Superior - 360h



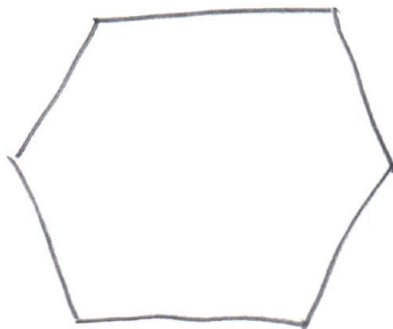
A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Angela E. Mendoza Cabrejos'.

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

Roxes Vargas Cortes

04 JUN 2024

- Ing. sistemas - Superior - B@ant



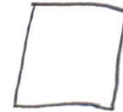
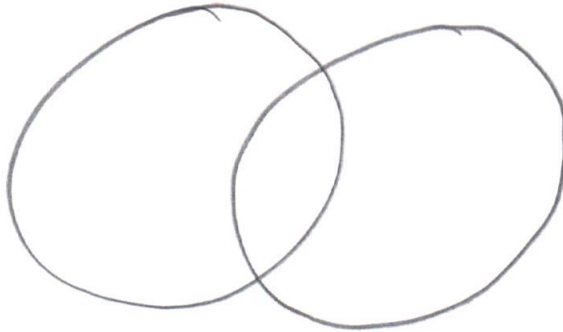


Angela E. Mendoza Cabrejos
PSICÓLOGA
C.Ps.P. N° 26281

Rexes Vargas Carlos

04 JUN 2024

- Ing. Sistemas Superior - 36 años



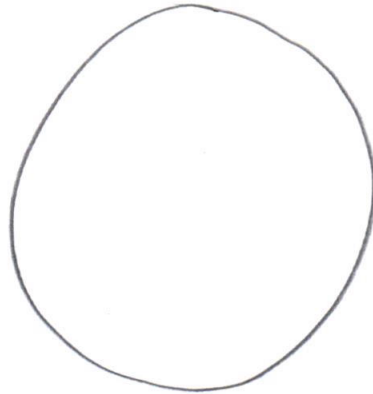


Angela E. Mendoza Cabrejos
PSICÓLOGA
C.Ps.P. N° 26281

Reyes Vargas Carlos

04 JUN 2024

- Ing. Sistema Superior - 36 años

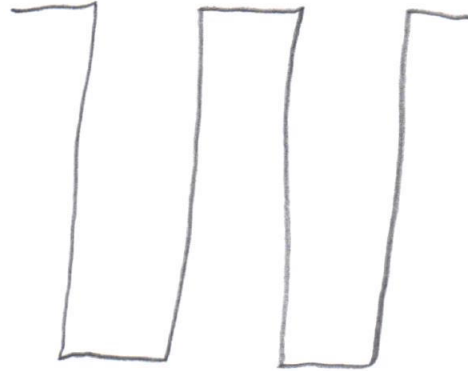
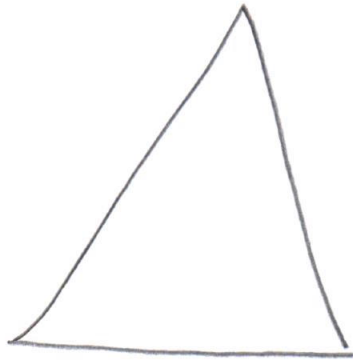



Angela E. Mendoza Cabrejos
PSICOLOGA
C.Ps.P. N° 26281

Roxes Vargas Carlos

04 JUN 2024

-Teg. sistemas - Superior - 36 años

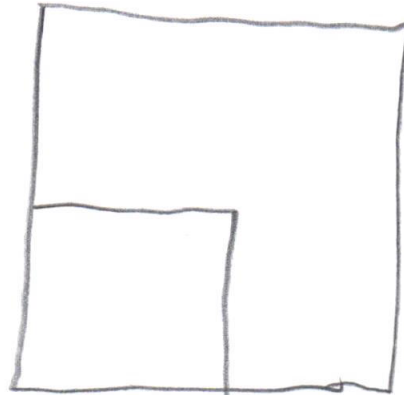
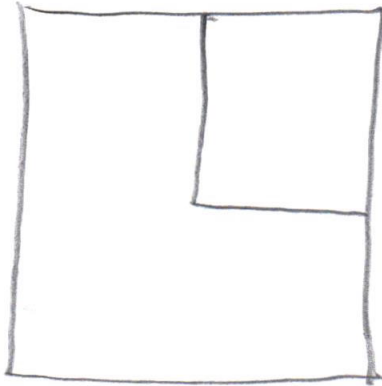




Angela E. Mendoza Cabrejos
PSICÓLOGA
C.Ps.P. N° 26281

Rexes Vargas Carlos
Ing. sistemas - Superior - 36 años

04 JUN 2024



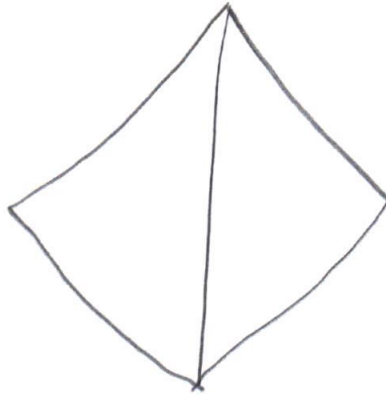
A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'R.V.' or similar.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Angela E. Mendoza Cabrejos'.

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

Roxes Vargas Carlos
- Ing. Sistemas - Superior - 36 años

04 JUN 2024



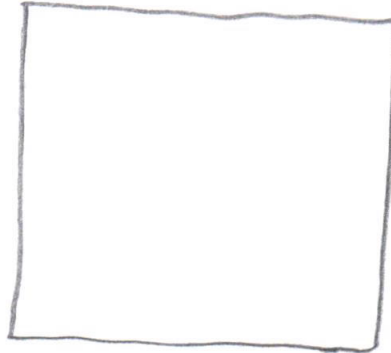
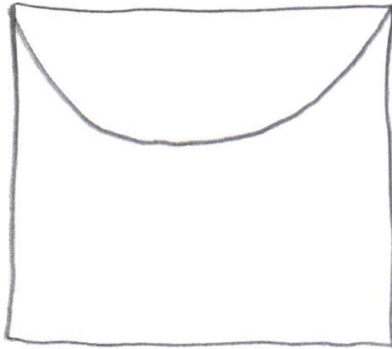


Angela E. Mendoza Cabrejos
PSICÓLOGA
C.Ps.P. N° 26281

Rexes vargas Cargas

-Ing. sistema - Superior - 36 años

04 JUN 2024



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



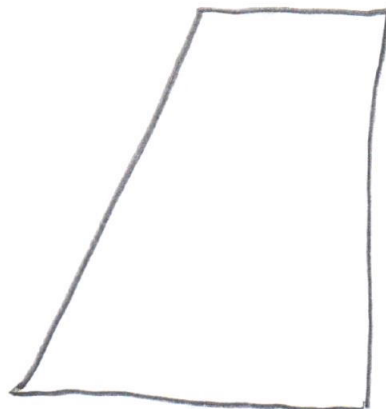
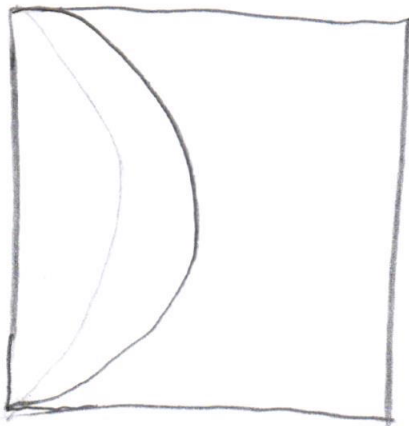
A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Angela E. Mendoza Cabrejos'.

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

Rexos Vargas Carlos

04 JUN 2024

-Ing. Sistemas - Superior - 360000



A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'R.V.' or similar, located in the bottom left corner.

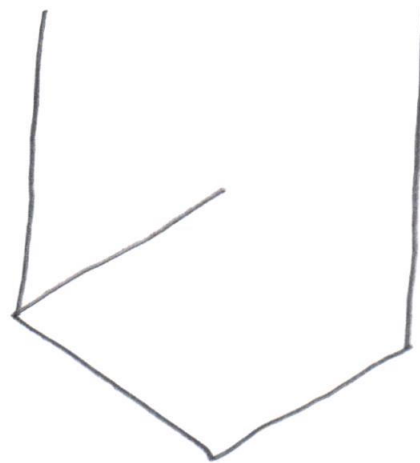
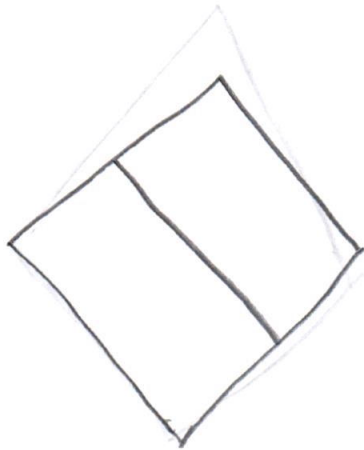
A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Angela E. Mendoza Cabrejos', located in the bottom right corner.

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

Rexes Vargas Carlos

04 JUN 2024

Ing. sistema - Superior - 3Gañal



A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'A' with a long horizontal stroke extending to the left.



A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Angela E. Mendoza Cabrejos'.

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

HORA INICIO: 2:43pm

TEST DE DOMINOS (Anstey)

HORA TÉRMINO: 2:58pm

Nombres y Apellidos: <i>Carlos José Reyes Vargas</i>		Escolaridad: <i>Ingeniería de Sistemas</i>		PD: <i>24</i>
DNI: <i>45047468</i>	Edad: <i>36</i>	Sexo: <i>M</i>	Fecha de Nac: <i>11/04/1988</i>	Pc: <i>—</i>
Grado de Instrucción: <i>Superior</i>		Diagnóstico: <i>CET. Medio</i>		Rango: <i>—</i>
Examinador: Psicóloga LIC. ANGELA MENDOZA CABREJOS			Fecha de hoy: <i>04/06/2024</i>	

PAGINA 5

PAGINA 6

25	26
27	28
29	30

31	32
33	34
35	36

PAGINA 7

PAGINA 8

37	38
39	40
41	42

43	44
45	46
47	48

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



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

Angela E. Mendoza Cabejos
 PSICÓLOGA
 C.Rs.P. N° 26281

TEST DE EYSENCK

HORA INICIO: 2:58 pm

HORA TÉRMINO: 3:13 pm

Nombres y Apellidos: <i>Carlo Joao Reyes Vargas</i>			
DNI: <i>45047468</i>	Edad: <i>36</i> años	Sexo: <i>M</i>	Fecha de Nac: <i>11/04/1988</i>
Estado Civil: <i>Casado</i>		Grado de Instrucción: <i>Superior</i>	
Ocupación: <i>Ing. Sistema</i>		Clase y Categoría: <i>A1</i>	
Motivo: <i>Licencia Auto</i>		Fecha de examen: <i>04/06/2024</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 type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	22.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	41.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	23.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	42.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	24.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	43.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	25.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	44.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	26.	<input type="radio"/>	<input checked="" 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	28.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	47.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
10.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	29.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	48.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	30.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	49.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
12.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	31.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	50.	<input type="radio"/>	<input checked="" 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 type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	34.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	53.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	35.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	54.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
17.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	36.	<input type="radio"/>	<input checked="" 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"/>

SP



N:

1

E:

14

L:

15

Persona estable, independiente, responsable

trabaja a tiempo completo

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

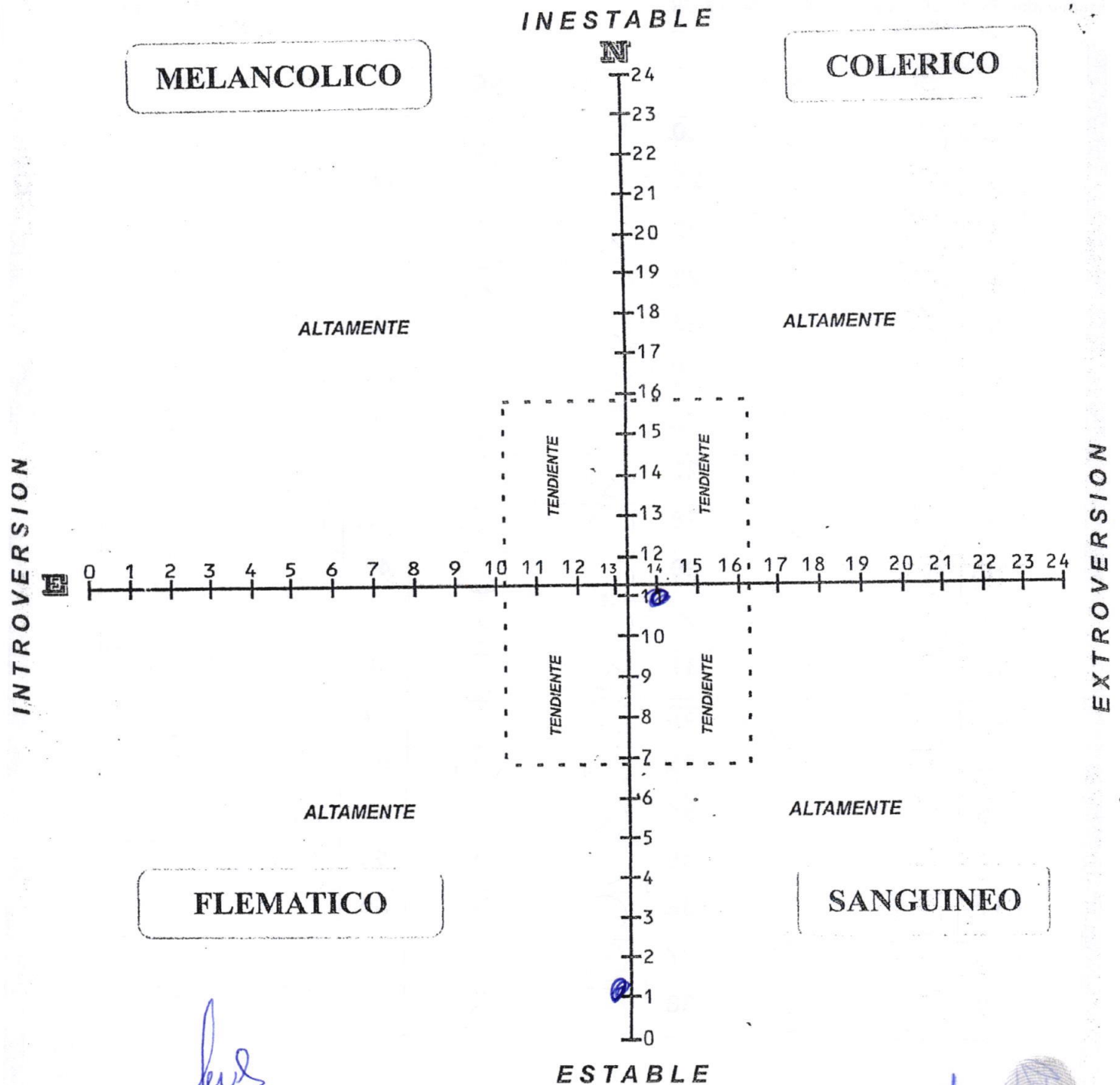


TABLA DE CALIFICACION EYSENCK & EYSENCK

L = { Individual: 4
Grupal: 3.80

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

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



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

DIAGNOSTICO:

Persona estable, indiferente a la
Ostrucción, de temperamento sanguíneo.

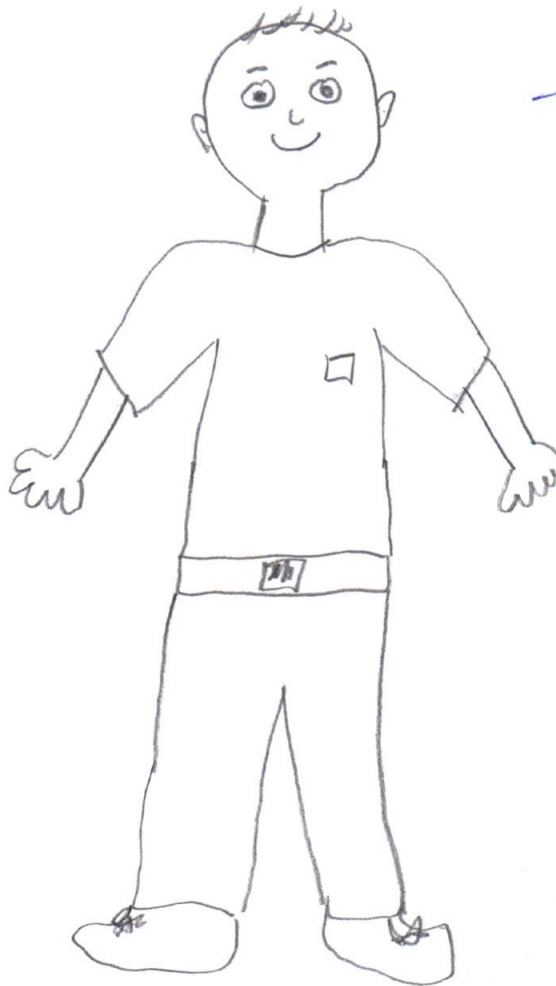
[Signature]


TEST DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER

HORA INICIO: 3:13 pm

HORA TÉRMINO: 3:18 pm

Nombres y Apellidos: <u>Carlo Joao Reyes Vargas</u>				
DNI: <u>45047468</u>	Edad: <u>36</u> años	Sexo: <u>M</u>	Fecha de Nac: <u>11/04/1988</u>	Estado Civil: <u>Casado</u>
Grado de Instrucción: <u>Superior</u>			Ocupación: <u>Ing. Sistema</u>	
Clase y Categoría: <u>A1</u>	Motivo: <u>Licencia Auto</u>		Fecha de examen: <u>04/06/2024</u>	
Examinador: Psicóloga LIC. ANGELA MENDOZA CABREJOS				Duración: 5 minutos



- esfuerzo por ganar aprobación
- dependencia materna
- introverso.



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

FIRMA PSICOLOGO RESPONSABLE



 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: 3:18 pm

HORA DE TÉRMINO: 3:28 pm

Nombres y Apellidos: <u>Carlo Joao Reyes Vargas</u>				
DNI: <u>45047468</u>	Edad: <u>36</u> años	Sexo: <u>M</u>	Fecha de Nac: <u>11/04/1988</u>	Estado Civil: <u>Casado</u>
Grado de Instrucción: <u>Superior</u>			Ocupación: <u>Ing. Sistemas</u>	
Clase y Categoría: <u>A1</u>	Motivo: <u>Licencia Auto</u>		Fecha de examen: <u>04/06/2024</u>	
Examinador: PSICÓLOGA. LIC ANGELA MENDOZA CABREJOS				Duración: 10 minutos

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 checked="" type="radio"/>	3 o 4 <input 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="0"/>
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"/>

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

Puntaje
AUDIT

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

FIRMA Y HUELLA DEL POSTULANTE

RESULTADOS:

Consumo de bajo riesgo.

Hora de Inicio: 3:28 pm

Hora de Término: 3:43 pm

Nombres y Apellidos: <u>Carlo Joas Reyes Vargas</u>			
DNI: <u>45047468</u>	Edad: <u>36</u>	Fecha de Nac: <u>11/04/1988</u>	Fecha de hoy: <u>04/06/2024</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: Ingeniero de Sistemas
Lugar de nacimiento: Lima
Lugar de residencia actual: Moyobamba

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 sinresponder.

- 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. Dolores de cabeza.	<input checked="" type="checkbox"/>				
2. Nerviosismo.	<input checked="" type="checkbox"/>				
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.	<input checked="" type="checkbox"/>				
4. Sensación de mareo o desmayo.	<input checked="" type="checkbox"/>				
5. Falta de interés en relaciones sexuales.	<input checked="" type="checkbox"/>				
6. Criticar a los demás.	<input checked="" type="checkbox"/>				



- ◇ 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 atrapada/o o encerrada/o.
- + 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				

- ✦ 72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.
- ☐ 73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.
- 74. Meterme muy seguido en discusiones.
- / 75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.
- ✓ 76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.
- ◇ 77. Sentirme solo/a aún estando con gente.
- ✦ 78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.
- * 79. Sentirme un/a inútil.
- ✦ 80. Sentir que algo malo me va a pasar.
- 81. Gritar o tirar cosas.
- / 82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.
- ✓ 83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.
- ◇ 84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.
- ◇ 85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.
- ✦ 86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.
- ◇ 87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.
- ◇ 88. Sentirme alejado/a de las demás personas.
- Ⓜ 89. Sentirme culpable.
- ◇ 90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.

	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				


 Ángela 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):..... 0

2) **OBSESIONES Y COMPULSIONES:**

3..... 9..... 10..... 28..... 38..... 45..... 46..... 51..... 55..... 65..... Total (dividir):..... 0

3) **SENSITIVIDAD INTERPERSONAL:**

6..... 21..... 34..... 36..... 37..... 41..... 61..... 69..... 73..... Total (dividir):..... 0

* 4) **DEPRESIÓN:**

5..... 14..... 15..... 20..... 22..... 26..... 29..... 30..... 31..... 32..... 54..... 71..... 79..... Total (dividir):..... 0

+ 5) **ANSIEDAD :**

2..... 17..... 23..... 33..... 39..... 57..... 72..... 78..... 80..... 86..... Total (dividir):..... 0

— 6) **HOSTILIDAD:**

11..... 24..... 63..... 67..... 74..... 81..... Total (dividir):..... 0

/ 7) **ANSIEDAD FÓBICA:**

13..... 25..... 47..... 50..... 75..... 82..... 70 Total (dividir):..... 0

✓ 8) **IDEACIÓN PARANOIDE:**

8..... 18..... 43..... 68..... 76..... 83..... Total (dividir):..... 0

◇ 9) **PSICOTICISMO:**

7..... 16..... 35..... 62..... 77..... 84..... 85..... 87..... 88..... 90..... Total (dividir):..... 0

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



Do. Sin psicopatología

Angela E. Menloza Gabrejos
 PSICÓLOGA
 C.Ps.P. N° 26281

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



Apellidos
REYES VARGAS

Nombres
CARLO JOAO

Nro de Licencia
X45047468

Clase
A

Fecha de Expedición
23/05/2016

Categoría
Uno

Fecha de Renovación
23/05/2024

MTC


FIRMA DEL TITULAR

Serv. 1 No. Primigenio 45047468

Fecha de Nacimiento 11/04/1988

Domicilio JR. JUNIN 214 MOYOBAMBA MOYOBAMBA SAN MARTIN

Restricciones SIN RESTRICCIONES



AUTORIDAD COMPETENTE

Grupo y Factor Sanguíneo O+ Donación de Órganos NO

D0017499

