



PERU

Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones

MOYOBAMBA - SUC-1

## CERTIFICADO MÉDICO

N° DE INFORME : 2024-00565-0000166

FECHA DEL INFORME : 28/05/2024 18:14:31

FECHA VENCIMIENTO : 28/11/2024



## EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 28/05/2024 15:21:04

Fecha de Término : 28/05/2024 18:13:01

## INFORMACIÓN DEL EVALUADO

Tipo de Documento : DNI.

Número de Documento : 62194674

Nombres : CRISTIAN MAYLOG LUMBA PEREA

Dirección : JR. FEDERICO FROEVEL S/N BARRIO MISHUYACU SAN MARTIN/MOYOBAMBA/SORITOR

Grupo Sanguíneo : O - POSITIVO

Fecha de Nacimiento : 24/10/2004

## CLASE Y CATEGORÍA DEL POSTULANTE

Clase : A

Categoría : A-I - NUEVO

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	 Anthony Calderón Salazar BIÓLOGO MICROBIÓLOGO C.B.P. N° 4474	
2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA ANGELA ELIZABETH MENDOZA CABREJOS	APTO	 Angela E. Mendoza Cabrejos PSICÓLOGA C.Ps.P. N° 26281	
3. EVALUACIÓN VISUAL ROGER UBEDELINDO CORTEZ SALDAÑA	APTO	 Roger U. Cortez Saldaña MÉDICO CIRUJANO CMP. 50598	
4. EVALUACIÓN AUDITIVA ORIEL DIAZ DIAZ	APTO	 Oriel Díaz Díaz MÉDICO CIRUJANO CMP. 39520	
5. EVALUACIÓN CLÍNICA EDDY ACOSTA GUEVARA	APTO	 Eddy Acosta Guevara MÉDICO CIRUJANO CMP. 69421	
RESULTADO FINAL	APTO	 Oriel Díaz Díaz DIRECTOR MÉDICO CIRUJANO CMP. 39520	

RESTRICCIONES : NINGUNA

OBSERVACION : PACIENTE ACUDE A EVALUACIÓN MÉDICA PARA OBTENCIÓN DE LICENCIA DE CONDUCIR CATEGORÍA A-I, REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA SINTOMAS. APARENTE BUEN ESTADO GENERAL, APARENTE BUEN 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

Jr. Zorrillos 1203 - Lima - Perú  
Telf.: (511) 615 7800  
www.mtc.gob.pe

28/05/2024 06:15 p. m.

Director Médico  
ORIEL DIAZ DIAZOriel Díaz Díaz  
DIRECTOR  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP. 39520



PERÚ

Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones

MOYOBAMBA - SUC-1

INFORME MÉDICO

N° DE INFORME : 2024-00565-0000166

FECHA : 28/05/2024

EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 28/05/2024

Fecha de Término : 28/05/2024

Hora de Inicio : 15:21:04

Hora de Término : 18:13:01

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de Documento : DNI.

N° de Documento : 62194674

Apellido Paterno : LUMBA

Apellido Materno : PEREA

Nombres : CRISTIAN MAYLOG

Fecha de : 24/10/2004

Sexo

: MASCULINO

Teléfono

: 950338465

Dirección : JR. FEDERICO FROEVEL S/N BARRIO MISHUYACU SAN MARTIN/MOYOBAMBA/SORITOR

CLASE, CATEGORÍA Y CONDICIÓN DEL POSTULANTE

Clase : A

Categoría

: A-I - NO PROFESIONAL

Trámite : NUEVO

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

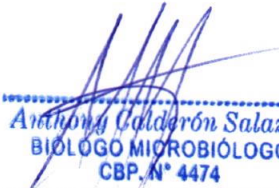
APTO

Observaciones

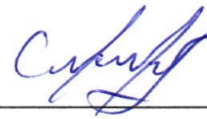
-

Hora Inicio : 15:29

Hora Término : 15:34

  
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 : 15:34

Hora Término : 16:44

  
  
Firma y Huella  
Responsable de Evaluación Psicológica  
ANGELA ELIZABETH MENDOZA CABREJOS  
C.Ps.P. N 26261

  
  
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

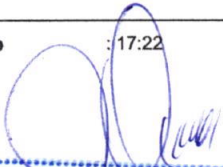
NINGUNA

Observaciones

-



Hora Inicio : 17:22

Hora Término : 17:38



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)

36

**C. AMBOS OIDOS**

RESULTADO (+) (-) (dB)

23

Resultado Final de la Evaluación Auditiva

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

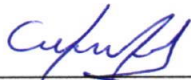

-

**Hora Inicio** : 17:40

**Hora Término** : 17:56

  
**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 obtención de licencia de conducir categoría A-I, refiere sentirse bien, niega síntomas. Aparente buen estado general, aparente buen 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  
TRASTORNOS DEL RITMO  
MARCAPASOS Y DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE  
PRÓTESIS VALVULARES CARDIACAS  
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
ANEURISMA DE GRANDES VASOS  
ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA  
ENFERMEDAD VENOSA  
DISNEA  
TRASTORNOS DEL SUEÑO  
CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN  
OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIACO RESPIRATORIO

	NO
	NO
	NO
	NO
	NO
	NO
	NO
	NO
	NO
	NO
	NO
	NO
	NO
	NO
	NO

#### B. APARATO LOCOMOTOR

PROCESO DEGENERATIVO OSTEONEUROMUSCULAR  
PRÓTESIS  
OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO LOCOMOTOR

	NO
	NO
	NO

#### C. SISTEMA NEUROLOGICO

ENFERMEDADES ENCEFÁLICAS, MEDULARES Y DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO  
EPILEPSIA Y CRISIS CONVULSIVAS  
ALTERACIONES DE EQUILIBRIO  
TRASTORNOS MUSCULARES  
ACCIDENTE ISQUÉMICO  
ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA  
ENFERMEDAD DE DUCHENNE  
OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NEUROLÓGICO

	NO
	NO
	NO
	NO
	NO
	NO
	NO
	NO

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

HIPOGLUCEMIA  
HIPERGLICEMIA O DIABETES MELLITUS  
ENFERMEDAD TIROIDEA  
ENFERMEDAD PARATIROIDEA  
ENFERMEDAD ADRENAL  
TRASTORNOS HEPÁTICOS  
SISTEMA HEMATOLÓGICO

	NO
	NO
	NO
	NO
	NO
	NO
	NO

#### D.2. SISTEMA HEMATOLOGICO (TRANSTORNOS HEMATOLOGICOS)

PROCESOS SOMETIDOS A TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO  
POLICITEMIA VERA Y POLIGLOBULIAS

	NO
	NO



ANEMIA, LEUCOPENIA, TROMBOCITOPENIA	NO
TRASTORNOS DE COAGULACIÓN	NO
TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE	NO
OTROS TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS	NO
OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMATOLÓGICO	NO

**E. SISTEMA RENAL**

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

**F. OTROS**

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO (SI LA RESPUESTA ES SI, CON QUE FRECUENCIA?, ANOTARLO EN OBSERVACIÓN)	NO
CONSUMO SUSTANCIAS TÓXICAS (COCAÍNA, MARIHUANA, DROGAS SINTÉTICAS., SI LA RESPUESTA ES SI, DESDE CUANDO Y CON QUE FRECUENCIA, ANOTARLO EN OBSERVACIÓN)	NO
CONSUMO MEDICAMENTOS (ESPECIFICAR LOS NOMBRES DE LOS MEDICAMENTOS, LA FRECUENCIA Y DESDE CUANDO LOS USA, ANOTARLO EN OBSERVACIONES))	NO

**EXAMEN FÍSICO**

**A. ANTROPOMETRÍA**

PESO (KG)	59
TALLA (CM)	157
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	23.94

**B. SISTEMA CARDIO-RESPIRATORIO**

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (MMHG)	110
PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (MMHG)	70
FRECUENCIA RESPIRATORIA EN REPOSO	19
FRECUENCIA DE PULSO EN REPOSO	72
PULSIOXIMETRÍA	98
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

  
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

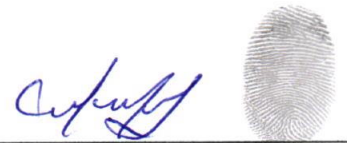
NINGUNA

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 : 18:14

  
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: 3:29 pm  
Hora de término: 3:34 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 (+) (-)

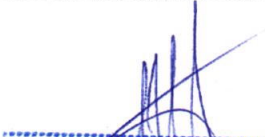
2. Grupo Sanguíneo o Factor RH


Grupo sanguíneo  Factor RH

RESULTADO FINAL DE ANÁLISIS DE LABORATORIO

APTO  NO APTO

Observaciones:

  
Anthony Calderón Salazar  
BIÓLOGO MICROBIÓLOGO  
Firma y huella digital  
Responsable del Análisis de Laboratorio



  
Firma y huella digital del  
Postulante





ORDEN N°: PAM – 009104

CATEGORIA: AI

PACIENTE : Cristian Lumba Perea  
SOLICITANTE : Dr. Oriel Díaz D.  
MUESTRA : Sangre  
EXAMENES : Grupo Sanguíneo y Factor Rh.  
HORA DE INICIO : 3:29 pm  
HORA DE TÉRMINO : 3:34 pm

**RESULTADOS**

EXAMEN	RESULTADO
GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH	O (+)

Moyobamba, 28 de Mayo del 2024

POLICLINICO "ALTO MAYO"  
MASVISA

  
Anthony Calderón Salazar  
BIÓLOGO - MICROBIÓLOGO  
CBP N° 4474

Hora de inicio: 3:34 pm  
 Hora de término: 4:44 pm

**II. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA :**

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

A. Equipo Psicosenométrico

Test de Palanca	—	(+) (-)
Reactímetro	—	(+) (-)
Test de Punteo	—	(+) (-)

B. Pruebas

Wechsler – Diseño de Cubos	—	(+) (-)
Benton Forma C	APTO	(+) (-)

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

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

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

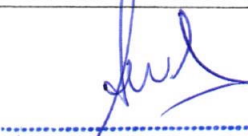

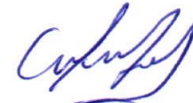

A. Test proyectivo Karen Machover	APTO	(+) (-)
B. NPF o Test de los 4 Temperamentos	—	(+) (-)
C. Inventario de personalidad de Eysenck	APTO	(+) (-)

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

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

**RESULTADO FINAL DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

APTO APTO NO APTO —

Observaciones: <u>Ninguna</u>	
 <b>Angela E. Mendoza Cabrejos</b> PSICÓLOGA C.Ps.P. N° 26281	
Firma, sello y huella digital Responsable de Evaluación Psicológica	
	
Firma y huella digital del Postulante	

Hora de inicio: 5:22 PM

Hora de término: 5:37 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 (+) (-)

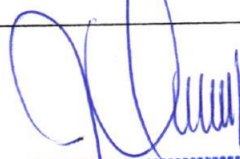
RESULTADO FINAL DE LA EVALUACIÓN VISUAL


APTO


Apto


NO APTO

Observaciones: Ninguna

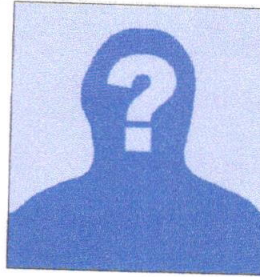
  
Rogén U. Cortéz Saldaña  
MÉDICO CIRUJANO  
Firma y huella digital  
Responsable de Evaluación Visual



  
Firma y huella digital del  
Postulante



Nombre: Lumba Perea Cristian Maylog  
DNI: 62194674  
Sexo: Femenino  
Edad: 19 años. (24/10/2004)  
Grupo sanguineo: 0 +  
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: 2480**

**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		01:25 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





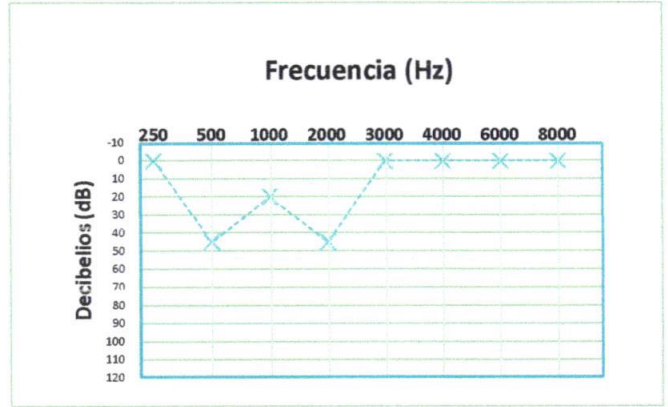
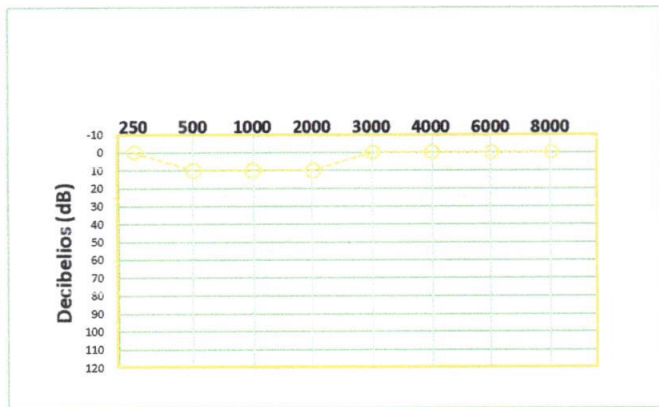
Nº Control	2052	Historia Clínica	62194674	Ficha Audiológica	X	Marca: Ampliox
Fecha del Examen	28/05/2024	EXAMEN	Licencias de Coducir X	Periódica	0	Retiro 0
Otros: 0						
Apellidos y Nombres: LUMBA PEREA CRISTIAN MAYLOS						
Edad	19	Sexo	M	DNI	0	
Ocupación	INDEPENDIENTE	CASE Y CATEGORIA	0	Tiempo de 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		
Consumo de Tabaco	0	X		SINTOMAS		
Servicio Militar	0	X		Disminución de la audición	0	X
Hobbies con exposición a ruido	0	X		Dolor de oídos	0	X
Exposición laboral a químicos	0	X		Zumbidos	0	X
Infección al oído	0	X		Mareos	0	X
Uso de ototóxicos	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	45	20	45	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 confort.
- : Ausencia de umbral.

**RECOMENDACIONES**

NINGUNA

*[Handwritten signature]*



Datos del especialista

*[Handwritten signature]*  
**Ortel Díaz Díaz**  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP 39520

Hora de inicio: 5:40 PM  
 Hora de término: 5:55 PM

**IV. EVALUACIÓN AUDITIVA**

1. Otoscopia

*hallazgos auricular = normal* (+) (-)  
*OD = normal, OI = normal, O. ext = normal*

2. Examen Auditivo

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

Vía Aérea  
 OD = o  
 OI = x

Vía Ósea  
 OD = <  
 OI = >

PDT=500+1000+2000/3

Frecuencia (Hz)

Valores:

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

Oído derecho	10
Oído izquierdo	36
Ambos Oídos	23

Pérdida Auditiva (dB)

**RESULTADO FINAL DE LA EVALUACIÓN AUDITIVA**

APTO

APTO


NO APTO

~~NO APTO~~

Observaciones:


NINGUNA

*Oriel Díaz Díaz*  
**Oriel Díaz Díaz**  
 MÉDICO CIRUJANO  
 CMP 39520



Firma, sello y huella digital  
 Responsable de Evaluación Auditiva

*[Signature]*



Firma y huella digital del  
 Postulante

Hora de inicio: 5:57 pm

Hora de término: 6:12 pm

V. EVALUACIÓN CLÍNICA

1. ANAMNESIS

Paciente acude a evaluación médica para obtención de licencia categoría A-I. Paciente siente buen sueño. Juntos ABGG, ABEM, ABFA

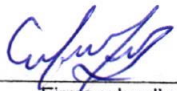

2. ANTECEDENTES PERSONALES

CO-TEP - EG: 15 PTS

	SI	NO	OBSERVACIÓN
<b>A. SISTEMA CARDIO - RESPIRATORIO</b>			
Insuficiencia Cardiaca			
Trastornos del ritmo			
Marcapasos y desfibrilador automático implantable			
Prótesis valvulares cardiacas			
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>B. APARATO LOCOMOTOR</b>			
Proceso degenerativo osteoneuromuscular			
Prótesis			
Otras enfermedades del aparato locomotor			
<b>C. SISTEMA NEUROLÓGICO</b>			
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			
<b>D. SISTEMA HEMATOLÓGICO</b>			
➤ ENFERMEDADES 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			
<b>E. SISTEMA RENAL</b>			



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

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.		

**3. EXAMEN FÍSICO**

➤ **Antropometría**

Peso 59 Kg. Talla 157 cm. IMC 23.94  
NORMAL

➤ **Sistema Cardio-Respiratorio**

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

110
70
19x
72
98
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
Normal
Normal
Normal
Normal
Normal

➤ **Sistema Neurológico**

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

Emergencia
Eq. conservado
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 (+) (-)

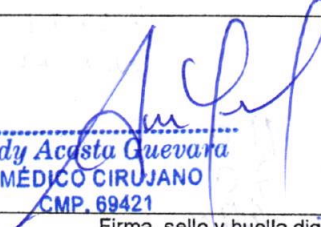

**RESULTADO FINAL DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA**

APTO

NO APTO

Observaciones:

Ninguna

 <b>Eddy Acosta Guevara</b> 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

 <b>Oriel Diaz Diaz</b> 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:

6:14

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 **2024-00565-0000166** 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: **Lumba** Tipo de Documento: **DNI**

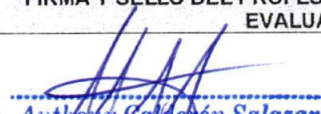
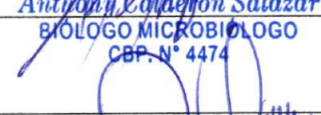
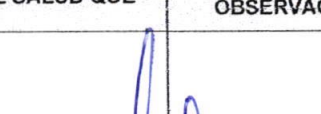

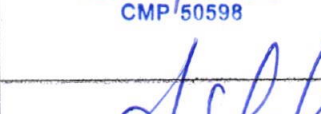
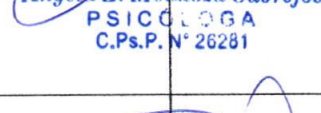

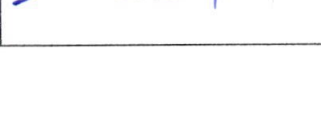
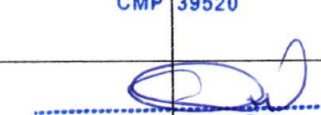
Apellido Materno: **Perea** N° de Documento: **62194694**

Nombres: **Crestian Maylog** Fecha de Nacimiento: **24/10/2004**

Grupo Sanguíneo y Factor RH: **O+**

**CLASE Y CATEGORÍA DEL POSTULANTE:** **A-I NUEVO**

**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	<b>Apto</b>	 Anthony Calderón Salazar BIÓLOGO MICROBIÓLOGO CBP. N° 4474	
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	<b>APTO</b>		 Angela E. Mendoza Cabrejos PSICÓLOGA C.Ps.P. N° 26281
EVALUACIÓN VISUAL	<b>APTO</b>	 Roger U. Cortés Saldaña MÉDICO CIRUJANO CMP 50598	
EVALUACIÓN AUDITIVA	<b>APTO</b>		 Oriel Díaz Díaz MÉDICO CIRUJANO CMP 39520
EVALUACIÓN CLÍNICA	<b>Apto</b>	 Eddy Acosta Guebara MÉDICO CIRUJANO CMP. 69421	
RESULTADO FINAL DEL POSTULANTE	<b>APTO</b>		 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: 3:34 pm

FORMA: C,D,E, ADMINISTRACION : A,B,C y D,(rodéense las empleadas) Fecha: 28/05/2024  
 Apellidos y Nombres: dumba Pesca Cristian DNI: 6.214.467 Edad: 19  
 Sexo: M. F. de Nacimiento: 10/24/04 Nivel de Inteligencia (conocido o estimado): estimado  
 Motivo de Examen: A-I NUEVO Grado de Instrucción: secundario  
 Examinador: LIC. ANGELA E.MENDOZA CABREJOS..... Ocupación: Maquinaria Pesada 10 minutos

Lámina	Reproducción correcta	VALORACIÓN DE ERRORES						Total Errores	
		Omisión	Distorsión	Perseveración	Rotación	Desplazamiento	Tamaño	Derecha	Izquierda
I	1								
II	1								
III		x							
IV	1								
V	1								
VI	1								
VII	1								
VIII	1								
IX	1								
X	1								
Totales	9								

TOTALES DE ERRORES: 1 10 8 1

REPRODUCCIONES CORRECTAS: "ESPERADAS" ..... OBTENIDAS ..... DIFERENCIA .....

VALORACION DE ERRORES: "ESPERADAS" ..... OBTENIDA ..... DIFERENCIA .....

HORA DE TÉRMINO: 3:44 pm

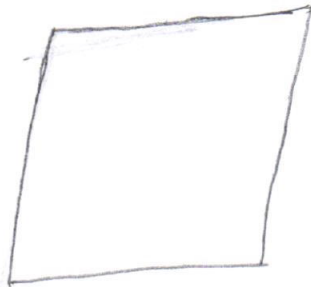
Cristian  
 FIRMA Y HUELLA DEL POSTULANTE

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

Lumba Perea Cristian

28 MAY 2024

- 19 años
- Secundaria Incompleto
- Maquinaria pesada



*Cristian*



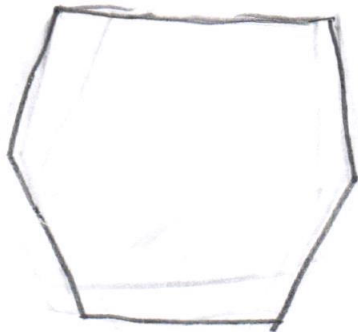
*Am*  
-----  
Angela E. Mendoza Cabrejos  
PSICOLOGA  
C.Ps.P. N° 26281



Cristian Lumba Perea

12 8 MAY 2024

- 19 años
- Secundaria
- Maquinaria pesada



A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Cristian Lumba Perea'.

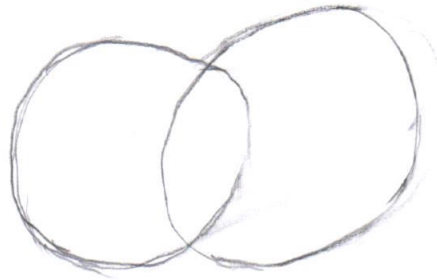


A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Angela E. Mendoza Cabrejos'.

Cristian Lumba Pecea

12 8 MAY 2024

- 19 años
- Secundaria
- Maquinaria pesada



*Cristian Lumba Pecea*

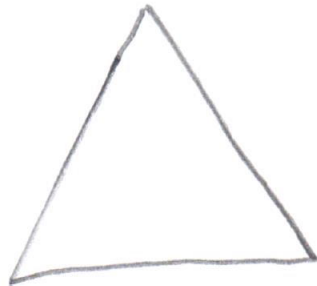


*Angela E. Mendoza Cabrejos*  
-----  
Angela E. Mendoza Cabrejos  
PSICÓLOGA  
C.Ps.P. N° 26281

Crístian Lumba Perea  
19 años

- secundaria
- Maquinaria pesada

12 8 MAY 2024



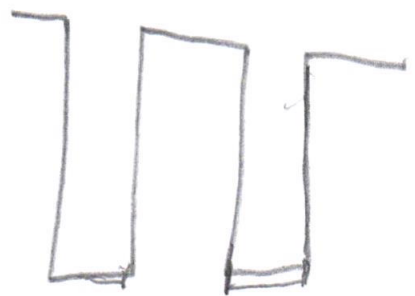
*Crístian Lumba Perea*



*Angela E. Mendoza Cabrejos*  
ANGELA E. MENDOZA CABREJOS  
PSICOLOGA  
C.Ps.P. N° 26281

28 MAY 2024

Crístian Lumba Perea  
19 años  
secundaria  
Maquinaria pesada



*Cristian*

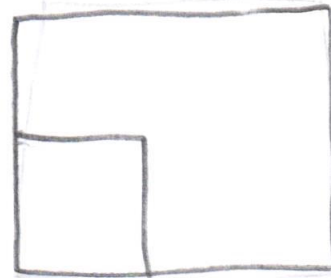
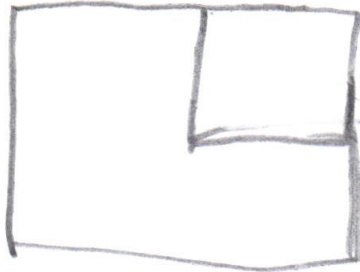


*Angela E. Mendoza*

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

Cristian Lumba Perea  
19 años  
Secundaria  
Maquinaria pesada

12 8 MAY 2024



*Cristian Lumba Perea*



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

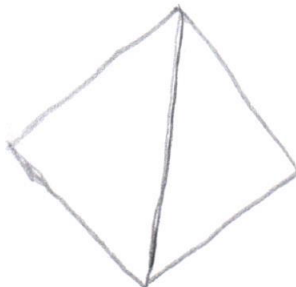
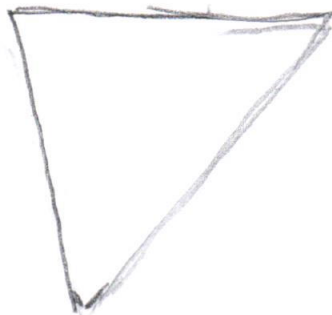
Cristian Lumba Perea

19 años

Secundaria

Maquinaria pesada

28 MAY 2024



*Cristian Lumba Perea*

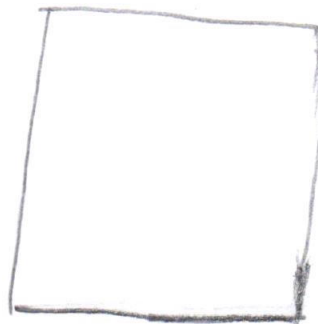
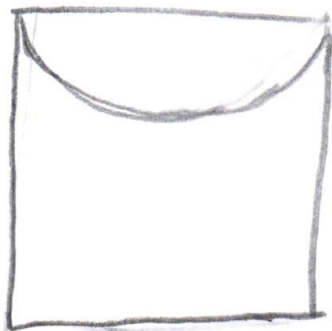


*Angela E. Mendoza Cabrejos*  
PSICÓLOGA  
C.Ps.P. N° 26281

Cristian Lumba Perea

12 8 MAY 2024

19 años  
Secundaria  
Maquinaria pesada



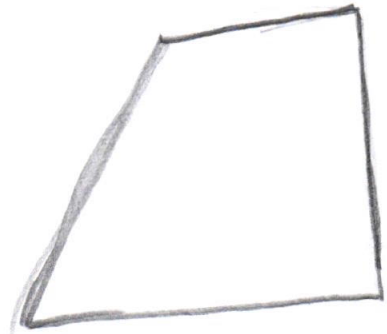
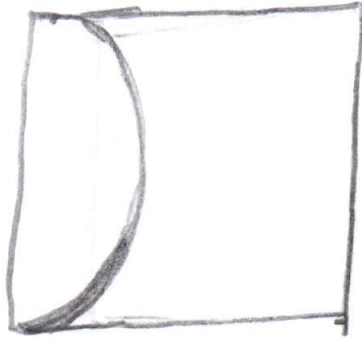
*Cristian Lumba Perea*



*Angel E. Mendoza Cabrejos*  
Angel E. Mendoza Cabrejos  
PSICÓLOGA  
C.P.S. 174 4-201

Cristian Jumba Perea  
19 años  
Secundaria  
Maquinaria Pesada

12 0 MAY 2024



*Cristian Jumba Perea*



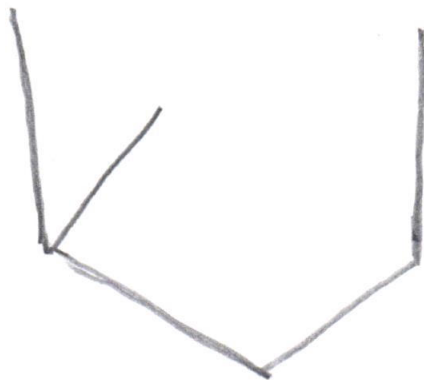
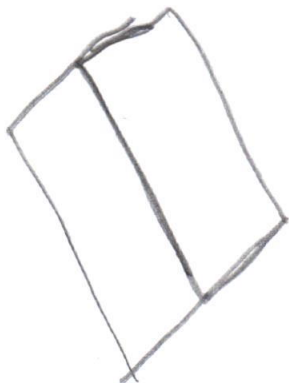
*Angela B. Mendoza Cabrejos*  
PSICOLOGA  
C.Ps.P. N° 26281



Cristian Lumbo Perea

12 8 MAY 2024

- 19 años
- secundaria
- Maquinaria Pesada



Cristian Lumbo Perea



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

TEST DE DOMINOS (Anstey)

HORA INICIO: 3:44pm

HORA TÉRMINO: 3:59pm

Nombres y Apellidos: <u>Lumba Peera Cristian</u>		Escolaridad: <u>operador de</u>		PD: <u>23</u>
DNI: <u>62194074</u>		Edad: <u>19</u>	Sexo: <u>M</u>	Profesión: <u>Maquinista</u>
Grado de Instrucción: <u>primaria secundaria</u>		Diagnóstico: <u>O.I. Medico</u>		Fecha de Nac: <u>29/10/2004</u>
Examinador: Psicóloga LIC. ANGELA MENDOZA CABREJOS			Rango: _____	
				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  
PSICÓLOGA  
C.P.P. N° 26281

Cabrejos



# Hoja de Respuestas

## EJEMPLOS

<b>A</b> 	<b>B</b> 
--------------	--------------

<b>C</b> 	<b>D</b> 
--------------	--------------

**PAGINA 1**

<b>1</b> 	<b>2</b> 
<b>3</b> 	<b>4</b> 
<b>5</b> 	<b>6</b> 

**PAGINA 2**

<b>7</b> 	<b>8</b> 
<b>9</b> 	<b>10</b> 
<b>11</b> 	<b>12</b> 

**PAGINA 3**

<b>13</b> 	<b>14</b> 
<b>15</b> 	<b>16</b> 
<b>17</b> 	<b>18</b> 

**PAGINA 4**

<b>19</b> 	<b>20</b> 
<b>21</b> 	<b>22</b> 
<b>23</b> 	<b>24</b> 

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

*C. P. P.*

**TEST DE EYSENCK**

HORA INICIO: 3:59 pm

HORA TÉRMINO: 4:14 pm

Nombres y Apellidos: Cristian Lumba Paez			
DNI: 62194674	Edad: 19 años	Sexo: M	Fecha de Nac: 24/10/2004 Estado Civil: Soltero
Grado de Instrucción: Secundario Incompleto		Ocupación: Maquinaria pesada	
Clase y Categoría: A-I	Motivo: NUEVO	Fecha de examen: 28/05/2024	
Examinador: PSICÓLOGA ANGELA MENDOZA CABREJOS			Duración: 15 minutos

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

N:  E:  L:

Personas estables, tendientes a la  
 afectación de sus nervios  
 Angélica E. Mendoza Cabrejos  
 PSICÓLOGA  
 C.Ps.P. N° 26281

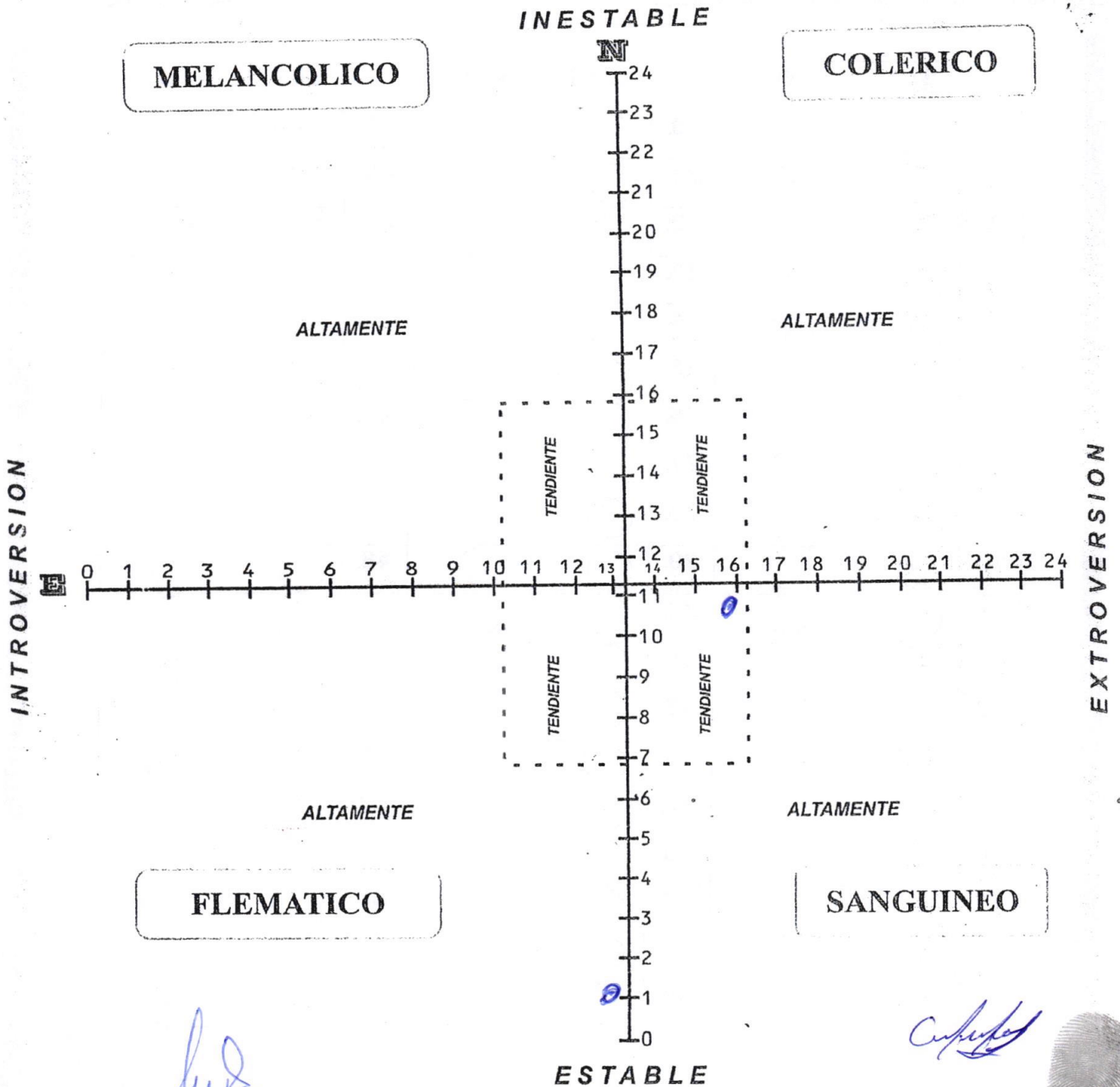
Cupulpa

# TABLA DE CALIFICACION EYSENCK & EYSENCK

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

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

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



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

*[Signature]*



DIAGNOSTICO:

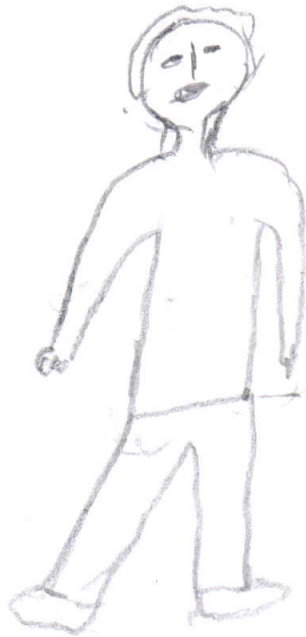
*Persona estable, indica la presencia de un trastorno de temperamento depresivo*

TEST DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER

HORA INICIO: 4:14 pm

HORA TÉRMINO: 4:19 pm

Nombres y Apellidos: <u>Cristian Jumba Perea</u>			
DNI: <u>62194674</u>	Edad: <u>19</u> años	Sexo: <u>M</u>	Fecha de Nac: <u>24/10/2004</u> Estado Civil: <u>Soltero</u>
Grado de Instrucción: <u>primaria, secundaria incompleta</u>		Ocupación: <u>Maquinaria</u>	
Clase y Categoría: <u>A1</u>	Motivo: <u>NUEVO</u>	Fecha de examen: <u>28/05/2024</u>	
Examinador: Psicóloga LIC. ANGELA MENDOZA CABREJOS			Duración: 5 minutos



- Falta de definición en los contornos localy
- Deslavado del cuello.
- Depresión de hombros.

  
 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: 4:19 pm

HORA DE TÉRMINO: 4:29 pm

Nombres y Apellidos: <u>Cristina Lumbra Peñaca</u>				
DNI: <u>62194674</u>	Edad: <u>19</u> años	Sexo: <u>M</u>	Fecha de Nac: <u>24 / 10 / 2004</u>	Estado Civil: <u>Soltero</u>
Grado de Instrucción: <u>Primaria, Secundaria Incompleta</u>			Ocupación: <u>Maquinaria pesada</u>	
Clase y Categoría: <u>AI</u>	Motivo: <u>NUEVO</u>	Fecha de examen: <u>28 / 05 / 2024</u>		
Examinador: PSICÓLOGA. LIC ANGELA MENDOZA CABREJOS				Duración: <b>10 minutos</b>

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 checked="" type="checkbox"/>	1 o 2 veces al mes <input type="checkbox"/>	2 a 4 veces al mes <input type="checkbox"/>	De 2 a 3 veces a la semana <input type="checkbox"/>	De 4 a más veces a la semana <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cuántos TRAGOS de alcohol suele tomar en un día de consumo normal?	1 o 2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 o 4 <input type="checkbox"/>	5 o 6 <input type="checkbox"/>	De 7 a 9 <input type="checkbox"/>	10 o más <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca <input checked="" type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/>	Mensualmente <input type="checkbox"/>	Semanalmente <input type="checkbox"/>	A diario o casi a diario <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/>	Mensualmente <input type="checkbox"/>	Semanalmente <input type="checkbox"/>	A diario o casi a diario <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/>	Mensualmente <input type="checkbox"/>	Semanalmente <input type="checkbox"/>	A diario o casi a diario <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Con qué frecuencia ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca <input checked="" type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/>	Mensualmente <input type="checkbox"/>	Semanalmente <input type="checkbox"/>	A diario o casi a diario <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/>	Mensualmente <input type="checkbox"/>	Semanalmente <input type="checkbox"/>	A diario o casi a diario <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/>	Mensualmente <input type="checkbox"/>	Semanalmente <input type="checkbox"/>	A diario o casi a diario <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	Nunca <input checked="" type="checkbox"/>		Sí, pero no en el curso del último año <input type="checkbox"/>		Sí, en el último año <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>		Sí, pero no en el curso del último año <input type="checkbox"/>		Sí, en el último año <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Cristina Lumbra Peñaca



FIRMA Y HUELLA DEL POSTULANTE

RESULTADOS:

Consumo de bajo riesgo.

Hora de Inicio: 4:29 pm

Hora de Término: 4:44 pm

Nombres y Apellidos: <u>Cristina Jumba Pecca</u>			
DNI: <u>62144674</u>	Edad: <u>19</u>	Fecha de Nac: <u>24/10/2004</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: maquinaria pesada

Lugar de nacimiento: Solitor

Lugar de residencia actual: Solitor

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. 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"/>				

*Cabrejos*



*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				

- † 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.

  
 -----  
 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): **2**

2) **OBSESIONES Y COMPULSIONES:**

3..... 9..... 10..... 28..... 38..... 45..... 46..... 51..... 55..... 65..... Total (dividir): **11**

3) **SENSITIVIDAD INTERPERSONAL:**

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

\* 4) **DEPRESIÓN:**

5..... 14..... 15..... 20..... 22..... 26..... 29..... 30..... 31..... 32..... 54..... 71..... 79..... Total (dividir): **12**

+ 5) **ANSIEDAD :**

2..... 17..... 23..... 33..... 39..... 57..... 72..... 78..... 80..... 86..... Total (dividir): **6**

— 6) **HOSTILIDAD:**

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

/ 7) **ANSIEDAD FÓBICA:**

13..... 25..... 47..... 50..... 75..... 82..... **70** Total (dividir): **2**

✓ 8) **IDEACIÓN PARANOIDE:**

8..... 18..... 43..... 68..... 76..... 83..... Total (dividir): **6**

◇ 9) **PSICOTICISMO:**

7..... 16..... 35..... 62..... 77..... 84..... 85..... 87..... 88..... 90..... Total (dividir): **3**

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

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

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

⊙ ÍTEMES 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

48/90 = 0.53

T = 10

Do: psicopedagoga Ana

*Casullo*



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

