



PERÚ

Ministerio de Transportes y Comunicaciones

MOYOBAMBA - SUC-1

### CERTIFICADO MÉDICO

N° DE INFORME : 2024-00565-0000126

FECHA DEL INFORME : 8/04/2024 17:58:32

FECHA VENCIMIENTO : 9/10/2024



#### EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 8/04/2024 15:00:38

Fecha de Término : 8/04/2024 17:56:26

#### INFORMACIÓN DEL EVALUADO

Tipo de Documento : DNI.

Número de Documento : 74588131

Nombres : DANTE MATEO CONTRERAS MARTINEZ

Dirección : JR. SAN LUIS N. 429 SAN MARTIN/RIOJA/NUEVA CAJAMARCA

Grupo Sanguíneo : O - POSITIVO

Fecha de Nacimiento : 19/12/2003

#### CLASE Y CATEGORÍA DEL POSTULANTE

Clase : A

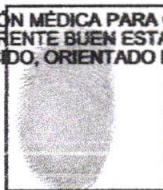
Categoría : A-I - NUEVO

#### CONDICIÓN DEL POSTULANTE : APTO

| RESULTADO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS Y PSICOLÓGICAS DEL POSTULANTE |           |  |               |
|---|-----------|--|---------------|
| EXAMEN  | RESULTADO | FIRMA Y SELLO  | OBSERVACIONES |
| 1. ANÁLISIS DE LABORATORIO<br>ANTHONY CALDERON SALAZAR              | APTO      | <br>POLICLINICO "ALTO MAYO"<br>MASVISA<br>Anthony Calderon Salazar<br>BIÓLOGO - MICROBIÓLOGO   |               |
| 2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA<br>JULIA AURORA SANDOVAL TULUMBA          | APTO      | <br>POLICLINICO "ALTO MAYO"<br>MASVISA<br>Julia A. Sandoval Tulumba<br>PSICÓLOGA               |               |
| 3. EVALUACIÓN VISUAL<br>RENZO WAGNER DIAZ LÓPEZ                     | APTO      | <br>POLICLINICO "ALTO MAYO"<br>MASVISA<br>Renzo Wagner Diaz Lopez                              |               |
| 4. EVALUACIÓN AUDITIVA<br>ORIEL DIAZ DIAZ                           | APTO      | <br>MÉDICO CIRUJANO<br>CMP. 89801<br>POLICLINICO "ALTO MAYO"<br>MASVISA<br>Oriel Diaz Diaz     |               |
| 5. EVALUACIÓN CLÍNICA<br>EDDY ACOSTA GUEVARA                        | APTO      | <br>MÉDICO CIRUJANO<br>CMP. 39520<br>POLICLINICO "ALTO MAYO"<br>MASVISA<br>Eddy Acosta Guevara |               |
| <b>RESULTADO FINAL</b>  | APTO      | <br>MÉDICO CIRUJANO<br>CMP. 89421  |               |

RESTRICCIONES : NINGUNA

OBSERVACION : 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.



Firma y Huella Digital del Postulante Evaluado

POLICLINICO ALTO MAYO  
MASVISA  
Director Médico  
ORIEL DIAZ DIAZ  
Dr. Oriel Diaz Diaz  
DIRECTOR  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP. 39520



PERÚ

Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones

MOYOBAMBA - SUC-1

INFORME MÉDICO

N° DE INFORME : 2024-00565-0000126

FECHA : 8/04/2024

EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 8/04/2024

Fecha de Término : 8/04/2024

Hora de Inicio : 15:00:38

Hora de Término : 17:56:26

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de Documento : DNI.

N° de Documento : 74588131

Apellido Paterno : CONTRERAS

Apellido Materno : MARTINEZ

Nombres : DANTE MATEO

Fecha de : 19/12/2003

Sexo

: MASCULINO

Teléfono

: 993987321

Dirección : JR. SAN LUIS N. 429 SAN MARTIN/RIOJA/NUEVA CAJAMARCA

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

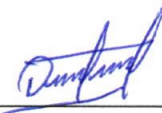
Hora Inicio : 15:04

Hora Término : 15:09

**POLICLINICO "ALTO MAYO"  
MASVISA**

.....  
**Anthony Calderón Salazar**  
BIÓLOGO - MICROBIÓLOGO  
CBE 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 : 15:10

Hora Término : 16:21

**POLICLINICO "ALTO MAYO"**  
MÁS VISA  
  
.....  
**Julia A. Sandoval Tulumba**  
**PSICÓLOGA**  
C.Ps.P 22741

Firma, sello  
Responsable de Evaluación Psicológica  
JULIA AURORA SANDOVAL TULUMBA



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 : 17:05

Hora Término : 17:21

POLICLINICO "ALTO MAYO"  
MASVISA

*Renzo Wagner Diaz Lopez*  
MEDICO CIRUJANO  
CMP. 80981

Firma, sello  
Responsable de Evaluación Visual  
RENZO WAGNER DIAZ LÓPEZ

*Demafant* 

Firma y huella digital  
Postulante

**4. EVALUACIÓN AUDITIVA**

**OTOSCOPIA**

RESULTADO (+) (-)

APTO

**EXAMEN AUDITIVO**

**A. OIDO DERECHO**

RESULTADO (+) (-) (dB)

10

**B. OIDO IZQUIERDO**

RESULTADO (+) (-) (dB)

11

**C. AMBOS OIDOS**

RESULTADO (+) (-) (dB)

10

Resultado Final de la Evaluación Auditiva

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

-

Hora Inicio : 17:22

Hora Término : 17:38

**POLICLINICO "ALTO MAYO"**  
**MASVISA**  
  
**Oriel Diaz Diaz**  
**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. Apparente 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  
 TRASTORNOS DE COAGULACIÓN  
 TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE  
 OTROS TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS  
 OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMATOLÓGICO

|    |
|----|
| NO |
| NO |
| NO |
| NO |
| NO |

**E. SISTEMA RENAL**

NEFROPATÍA  
 TRASPLANTE RENAL  
 INSUFICIENCIA RENAL  
 OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RENAL

|    |
|----|
| NO |
| NO |
| NO |
| NO |

**F. OTROS**

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

|    |                              |
|----|------------------------------|
| SI | Solo 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)  
 TALLA (CM)  
 ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

|       |
|-------|
| 60    |
| 172   |
| 20.28 |

**B. SISTEMA CARDIO-RESPIRATORIO**

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

|      |
|------|
| 90   |
| 60   |
| 18   |
| 70   |
| 97   |
| APTO |

**C. APARATO LOCOMOTOR**

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

|         |
|---------|
| SI      |
| AUSENTE |
| AUSENTE |
| AUSENTE |
| AUSENTE |

**D. SISTEMA NEUROLÓGICO**

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

|                       |
|-----------------------|
| SINERGIA              |
| EQUILIBRIO CONSERVADO |
| AUSENTE               |
| APTO                  |
| APTO                  |
| APTO                  |

Resultado Final de la Evaluación Clínica

|      |
|------|
| APTO |
|------|

Restricciones

|         |
|---------|
| NINGUNA |
|---------|

Observaciones

|  |
|--|
|  |
|--|

Hora Inicio : 17:40

Hora Término : 17:56

POLICLINICO "ALTO MAYO"  
MASVISA

*Eddy Acosta Guevara*  
Eddy Acosta Guevara  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP. 89421

Firma, sello  
Responsable de Evaluación Clínica  
EDDY ACOSTA GUEVARA

*[Signature]*



Firma y huella digital  
Postulante

RESULTADO FINAL

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

POLICLINICO ALTO MAYO  
MASVISA

*[Signature]*  
Dr. Oriel Díaz Díaz  
DIRECTOR  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP. 39520

Firma, sello y huella digital  
Director Médico  
ORIEL DIAZ DIAZ



*[Signature]*



Firma y huella digital  
Postulante

Hora término de la evaluación completa : 17:58

POLICLINICO ALTO MAYO  
MASVISA

*[Signature]*  
Dr. 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 - 0000 126

Fecha de Informe

08 04 2024

**EVALUACIÓN MÉDICA**

Fecha de Inicio

08 04 2024

Fecha de Término

08 04 2024

Hora de Inicio

03 00 PM

Hora de Término

5 56 PM

**DATOS DEL POSTULANTE**

Tipo de Documento

DNI

N° de Documento

74588131

Apellido Paterno

CONTRERAS

Apellido Materno

MARTINEZ

Nombres

DANTE MATEO

Fecha de Nacimiento

19 12 2003

Sexo

M

Teléfono

993987321

Edad

20

Dirección

SR. SAN LUIS N. 429

**CLASE, CATEGORÍA Y CONDICIÓN DEL POSTULANTE**

Licencia Nueva

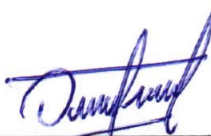

A.I.

Revalidación

Recategorización

No profesional

Profesional

   
Postulante a licencia de conducir

Hora de inicio: 3:04 pm  
Hora de término: 3:09 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           | (+) (-) | <input type="text" value="—"/> |
| 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:

PÓLICLINICO "ALTO MAYO"  
MASMISA  
.....  
Anthony Calderón Salazar  
BIÓLOGO-MICROBIÓLOGO  
COP N° 4474  
  
Firma, sello y huella digital  
Responsable del Análisis de Laboratorio

  
  
Firma y huella digital del  
Postulante



ORDEN N°: PAM – 008937

CATEGORIA: AI

PACIENTE : Dante Mateo Contreras Martínez  
SOLICITANTE : Dr. Oriel Díaz D.  
MUESTRA : Sangre  
EXAMENES : Grupo Sanguíneo y Factor Rh.  
HORA DE INICIO : 3:04 pm  
HORA DE TÉRMINO : 3:09 pm

**RESULTADOS**

| EXAMEN                      | RESULTADO |
|-----------------------------|-----------|
| GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH | O (+)     |

Moyobamba, 08 de Abril del 2024

POLICLINICO "ALTO MAYO"  
MÁS VIDA Y SALUD

Anthony Contreras Salazar  
BIÓLOGO MICROBIÓLOGO  
CRP N° 4474

Hora de inicio: 03:10 pm  
 Hora de término: 07:20 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             | <u>Apto</u> | (+) (-) |

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

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

**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     |             | (+) (-) |
| 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) |             | (+) (-) |

**RESULTADO FINAL DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

APTO  Apto NO APTO

Observaciones: Ninguna.

**PSICLINICO "ALTO MAYO" MASVISA**  
  
 Julio A. Sandoval Tulumba  
 PSICÓLOGA  
 C.Ps.P. 22741



Firma, sello y huella digital  
 Responsable de Evaluación Psicológica




Firma y huella digital del  
 Postulante

Hora de inicio: 5:05 pm  
Hora de término: 5:20 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

POLICLINICO "ALTO MAYO"  
MAYAYA  
*Renz Wagner Díaz López*  
Renz Wagner Díaz López  
MÉDICO CIRUJANO  
C.M.P. 80901  
Firma, sello y huella digital  
Responsable de Evaluación Visual

*[Firma]*  
Firma y huella digital del  
Postulante

Nombre: Dante Mateo Contreras Martinez  
 DNI: 74588131  
 Sexo: Masculino  
 Edad: 20 años. (19/12/2003)  
 Grupo sanguíneo: 0 +  
 Restricciones:  
 Estado civil: Sin Datos  
 Estudios: Sin datos  
 Domicilio: Sin Datos  
 Restricciones: No



Examen tomado el día 08/04/2024

Tipo de exámen: Particular

Número de informe: 15567

**RESULTADO: APROBADO**

**Test de visión y audición**

|                           |                     |                                |          |
|---------------------------|---------------------|--------------------------------|----------|
| Agudeza visual            | Ojo izquierdo       | Hasta línea #5 (20/30)         | Aprobado |
|                           | Ojo derecho         | Hasta línea #5 (20/30)         | Aprobado |
| Apreciación de distancia  |                     | 100% de aciertos               | Aprobado |
| Discriminación de colores |                     | 100% de aciertos.              | Aprobado |
| Foria visual              | Foria Horizontal    | Dentro de lo normal            | Aprobado |
|                           | Foria Vertical      | Dentro de lo normal            | Aprobado |
| Vision nocturna           |                     | Reconoce figuras a 35 candelas | Aprobado |
| Vision encandilada        |                     | Reconoce figura a 45 candelas  | Aprobado |
| Recup. de encandilamiento |                     | 03:85 segundos.                | Aprobado |
| Test de perimetria        | Ojo izquierdo       | Hasta 85 grados                | Aprobado |
|                           | Ojo derecho         | Hasta 85 grados                | Aprobado |
|                           | Perimetria Vertical | Hasta 70 grados                | Aprobado |
| Examen auditivo           | Ambos oídos         | Todas las frecuencias.         | Aprobado |

**Resultado: APROBADO**

Responsable de este exámen: Administrador



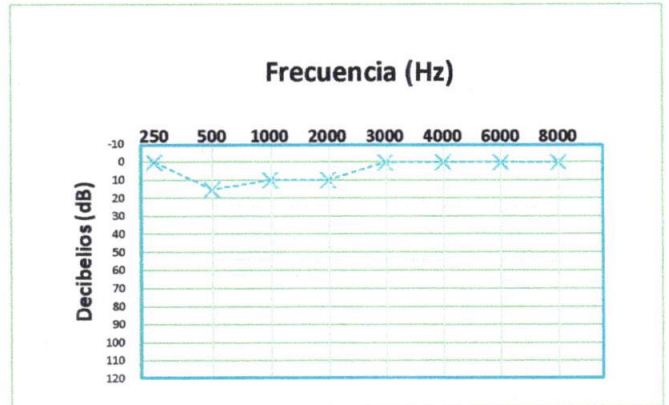
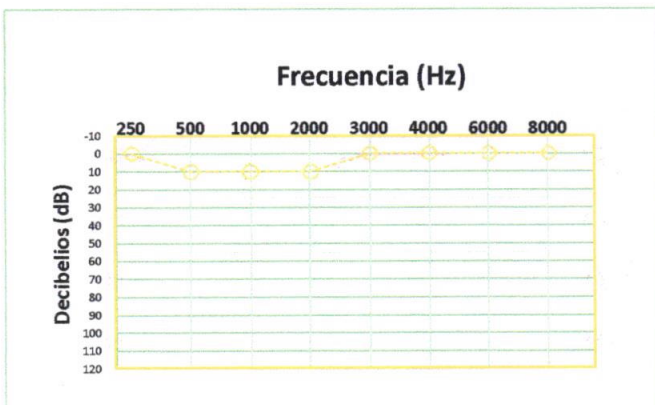
|                                |               |                                |                       |                            |   |                   |                |    |                |   |                       |   |
|--------------------------------|---------------|--------------------------------|-----------------------|----------------------------|---|-------------------|----------------|----|----------------|---|-----------------------|---|
| Nº Control                     | 1882          | Historia Clínica               | 74588131              |                            |   | Ficha Audiológica | X              |    | Marca: Ampliox |   |                       |   |
| Fecha del Examen               | 8/04/2024     | EXAMEN                         | Licencias de Conducir | X                          | Periódica                                 | 0                 | Retiro         | 0  | Otro           | 0 | Mod: 240 Serie: 32661 |   |
| Apellidos y Nombres            |               | CONTRERAS MARTINEZ DANTE MATEO |                       |                            |   |                   |                |    |                |   |                       |   |
| Edad                           | 20            | 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                    |                            | 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   | 15  | 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

*[Handwritten signature]*

**POLICLINICO 'ALTO MAYO'**  
**MASVISA**  
*[Handwritten signature]*  
**Oriel Díaz Díaz**  
**MÉDICO CIRUJANO**  
**CMP 39520**

Datos del especialista

Hora de inicio: 5:22pm

Hora de término: 5:37pm

IV. EVALUACIÓN AUDITIVA

1. Otoscopia

*Inspección Oído = nl* (+) (-)  
*OT = nl, Oído = nl, O. Ext = nl*

2. Examen Auditivo

Vía Aérea  
OD = O  
OI = X

Vía Ósea  
OD = V  
OI = V

PDT=500+1000+2000/3

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

Frecuencia (Hz)

Valores:

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

|                |    |
|----------------|----|
| Oído derecho   | 10 |
| Oído izquierdo | 11 |
| Ambos Oídos    | 10 |

Pérdida Auditiva (dB)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACIÓN AUDITIVA

APTO

*Apto*

NO APTO

*—*

Observaciones:


*Ninguna.*

POLICLINICO "ALTO MAYO" MABVISA  
*[Firma]*  
**Oriel Díaz Díaz**  
 MÉDICO CIRUJANO  
 CMP 39520



Firma, sello y huella digital  
Responsable de Evaluación Auditiva

*[Firma]*



Firma y huella digital del  
Postulante

Hora de inicio: 5:40 pm

Hora de término: 5:55 pm

V. EVALUACIÓN CLÍNICA



1. ANAMNESIS

Paciente acude a evaluación médica para obtención de un cita de conducción refiere su salud bien, niega sintomatología. ABE, ABEM, ABEN, COTEP, EG-15PTS.

2. ANTECEDENTES PERSONALES

|   | SI | NO | OBSERVACIÓN |
|---|----|----|-------------|
| <b>A. SISTEMA CARDIO – RESPIRATORIO</b>                               |    |    |             |
| 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>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)  | Y  |    | En por adicción |
| Consumo de sustancias tóxicas (cocaína, marihuana, drogas sintéticas, si la respuesta es sí, ¿desde cuándo y con qué frecuencia?, anotar en observaciones) |    | 6  |                 |
| Consumo de medicamentos (especificar los nombres de los medicamentos, la frecuencia y desde cuándo los usa, anotar en observaciones)                       |    | 8  |                 |

|   |   |   |
|---|---|---|
| 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 60 Kg. Talla 1.72 cm. IMC 20.28

#### ➤ Sistema Cardio-Respiratorio

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

|        |
|--------|
| 90     |
| 60     |
| 18x'   |
| 70x'   |
| 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 |
| Normal |
| Normal |
| Normal |
| Normal |
| Normal |

#### ➤ Sistema Neurológico

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

|                |
|----------------|
| Sinergia       |
| Bq. 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:

|   |  |
|---|--|
| <p><b>POLICLINICO "ALTO MAYO" MASVISA</b></p>  <p><b>Eddy Acosta Guevara</b><br/>MEDICO CIRUJANO<br/>C.M.P. 69481</p> |  |
| <p>Firma, sello y huella digital<br/>Responsable de Evaluación Clínica</p>  |  |

|   |  |
|---|--|
|  |  |
| <p>Firma y huella digital del<br/>Postulante</p>                                    |  |

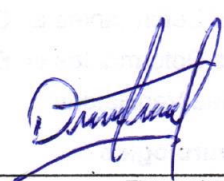

**RESULTADO FINAL**

APTO

NO APTO

Observaciones:

|   |   |
|---|---|
| <p><b>POLICLINICO ALTO MAYO MASVISA</b></p>  <p><b>Dr. Oriel Diaz Diaz</b><br/>DIRECTOR<br/>MEDICO CIRUJANO<br/>C.M.P. 38470</p> |  |
| <p>Firma, sello y huella digital<br/>Director Médico</p>  |   |

|  |   |
|--|---|
|  |  |
| <p>Firma y huella digital del<br/>Postulante</p>                                     |   |

Hora de término de la evaluación completa:  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 - 0000126**      FECHA DE INFORME: **08/04 / 2024**

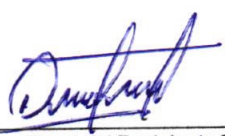
**EVALUACIÓN MÉDICA**      **REEVALUACIÓN MÉDICA**  
 Fecha de Inicio: **08 / 04 / 2024**      Fecha de Inicio: **—**  
 Fecha de Término: **08 / 04 / 2024**      Fecha de Término: **—**

**INFORMACIÓN DEL EVALUADO**  
 Apellido Paterno: **Contreras**      Tipo de Documento: **DNI**  
 Apellido Materno: **Martinez**      N° de Documento: **74588131**  
 Nombres: **Dante Mateo**      Fecha de Nacimiento: **19-12-2003.**  
 Grupo Sanguíneo y Factor RH: **0+**

**CLASE Y CATEGORÍA DEL POSTULANTE:** **AI-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  | Apto      | <br>POLICLINICO "ALTO MAYO" MASVISA<br>Anthony Calderón Salazar<br>BIÓLOGO-MICROBIÓLOGO<br>C.B.P. N° 4474 |               |
| EVALUACIÓN PSICOLÓGICA   | Apto      | <br>POLICLINICO "ALTO MAYO" MASVISA<br>Julia A. Sandaval Tumbao<br>PSICÓLOGA<br>C.Ps.P. 22741            |               |
| EVALUACIÓN VISUAL  | Apto      | <br>POLICLINICO "ALTO MAYO" MASVISA<br>Benito Wagner Díaz López<br>MÉDICO CIRUJANO<br>CMP. 80901          |               |
| EVALUACIÓN AUDITIVA  | Apto      | <br>POLICLINICO "ALTO MAYO" MASVISA<br>Oriel Díaz Díaz<br>MÉDICO CIRUJANO<br>CMP. 39520                  |               |
| EVALUACIÓN CLÍNICA   | Apto      | <br>POLICLINICO "ALTO MAYO" MASVISA<br>Eddy Acosta Guevara<br>MÉDICO CIRUJANO<br>CMP. 89421               |               |
| RESULTADO FINAL DEL POSTULANTE   | Apto      |  |               |



Firma del Postulante Evaluado

POLICLINICO ALTO MAYO  
MASVISA

  
Dr. 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: 3:10 pm

FORMA: C,D,E, ADMINISTRACION : A,B,C y D,(rodéense las empleadas) Fecha: **08/04/2024**  
 Apellidos y Nombres: Contreras Martinez Dante Marco DNI: 74588131 Edad: 20  
 Sexo: M. F. de Nacimiento: 19/12/2002 Nivel de Inteligencia (conocido o estimado): .....  
 Motivo de Examen: Licencia de conducir Grado de Instrucción: Superior  
 Examinador: PSICÓLOGA JULIA SANDOVAL TULUMBA..... Ocupación: Independient 10 minutos

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

TOTALES DE ERRORES: 0

REPRODUCCIONES CORRECTAS: "ESPERADAS" .....10.....OBTENIDAS.....10.....DIFERENCIA.....-

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

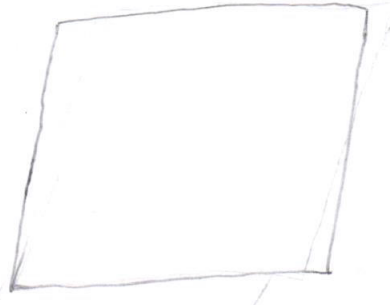
HORA DE TÉRMINO: 3:20 pm

  
 FIRMA Y HUELLA DEL POSTULANTE

POLICLINICO "ALTO MAYO"  
 MÁS VISA  
  
 Julia A. Sandoval Tulumba  
 PSICOLOGA  
 C.Ps.P 22741

Contreras Martinez Dante  
-Independiente- Superior - 20 años

08 ABR 2024



*Dante*

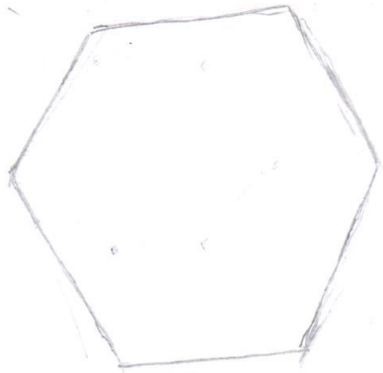


POLICLINICO "ALTO MAYO"  
MASVISA  
*[Signature]*  
Julio A. Sandoval Tulumbe  
PSICÓLOGA  
C.Ps.P 22741



Contreras Martinez Dante.  
- Independiente Superior - 20 años

08 ABR 2024



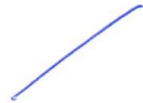
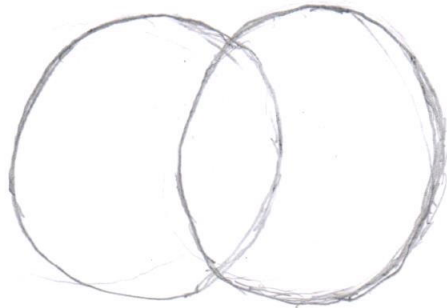
*Dante*



POLICLINICO "ALTO MAYO"  
MASVISA  
*Julia A. Sandoval Tulumbo*  
.....  
Julia A. Sandoval Tulumbo  
PSICOLOGA  
C.Ps.P 22741

Condreas Martinez Dante  
-Independiente - Superior - 20 años

08 ABR 2024



*Dante*

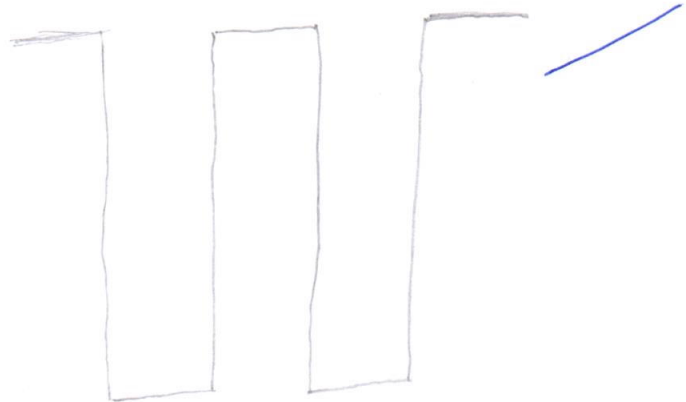
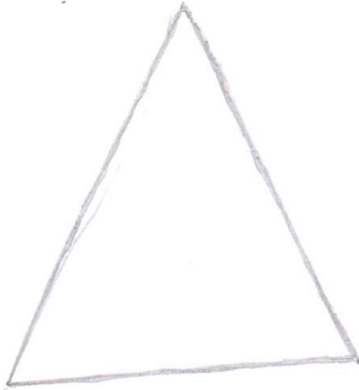


POLICLINICO "ALTO MAYO"  
MASVISA

*Julia A. Sandoval Tulumby*  
.....  
Julia A. Sandoval Tulumby  
PSICOLOGA  
C.Ps.P. 22741

Condrenas Martínez Dante  
-Independiente- Superior- 20 años

10 8 ABR 2024



*Dante Martínez*

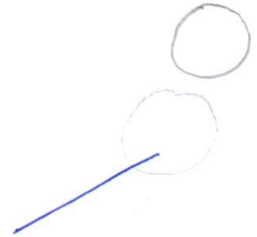
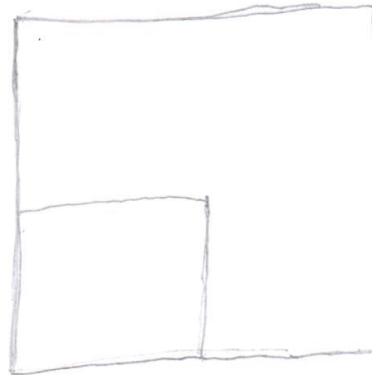
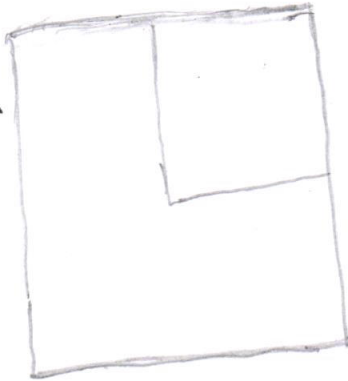


POLICLINICO "ALTO MAYO"  
MASVISA

*Julia A. Sandoval Tulumbo*  
.....  
Julia A. Sandoval Tulumbo  
PSICÓLOGA  
C.Ps.P 22741

Contreras Martinez Dante  
-superior- Independiente- 20 años

08 ABR 2024



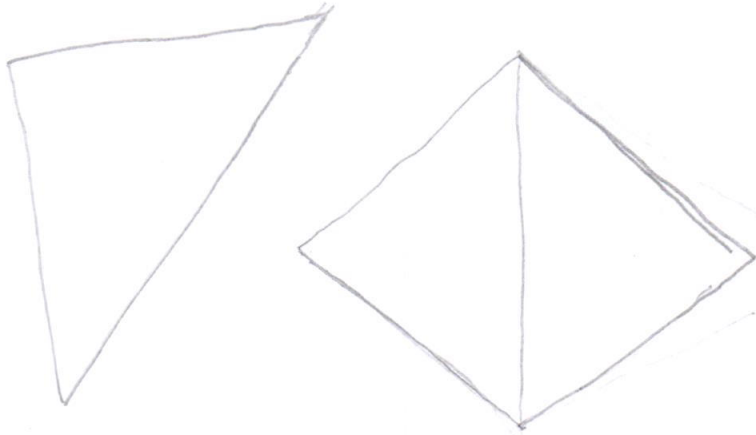
*Dante*  


POLICLINICO "ALTO MAYO"  
MASVISA

*Julia A. Sandoval Tulumby*  
.....  
Julia A. Sandoval Tulumby  
PSICOLOGA  
C.Ps.P 22741

Contreras Martinez Dante  
- Independiente superior - 20 años

08 ABR 2024



Handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Dante'.

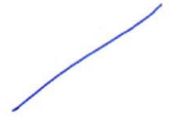
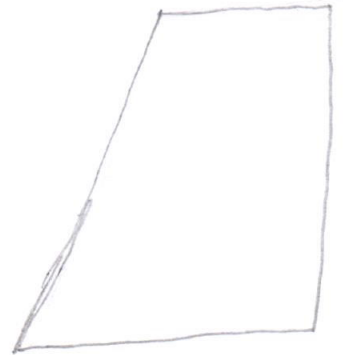
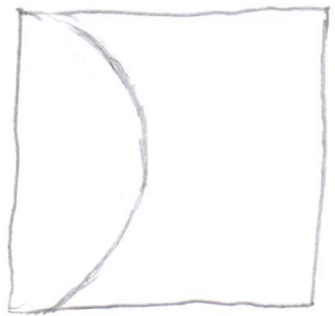
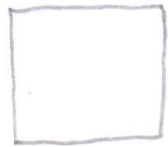


POLICLINICO "ALTO MAYO"  
MASVISA

.....  
Julia A. Sandoval Tulumby  
PSICOLOGA  
C.Ps.P 22741

Centreras Martinez Oante.  
- Independiente superior - 20 años

08 ABR 2024



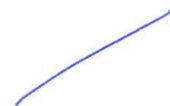
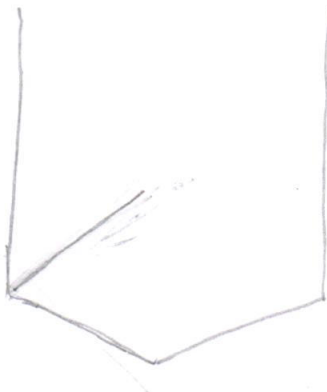
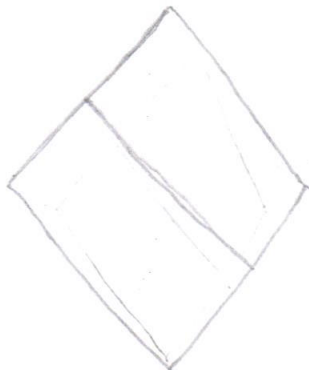
*Centreras*



POLICLINICO "ALTO MAYO"  
MAYYISA  
*[Signature]*  
Julia A. Sandoval Tulumbe  
PSICOLOGA  
C. Ps P 22741

Contreras Martinez Dante  
- superior - 20 años - Independiente

08 ABR 2024



*Dante*

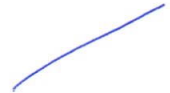
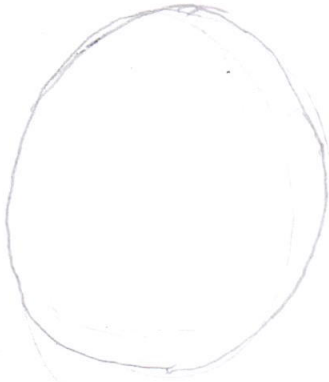


POLICLINICO "ALTO MAYO"  
MASVISA

*Julia A. Sandoval Tulumbe*  
PSICÓLOGA  
C.Ps.P 22741

Contreras Martinez. Dante  
-Independiente- supemar- 20 años

08 ABR 2024



*Dante*



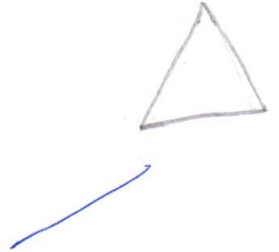
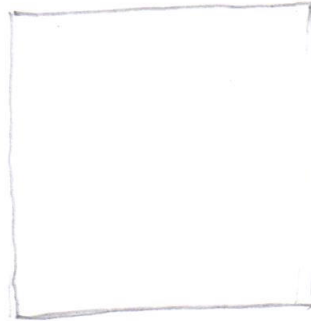
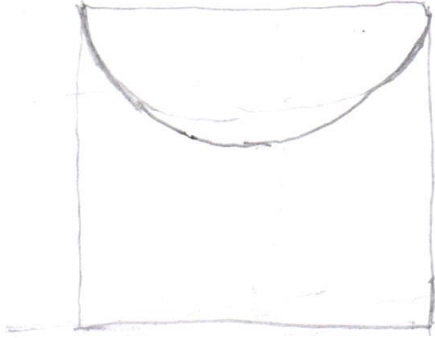
POLICLINICO "ALTO MAYO"  
MASVISA

*Julia A. Sandoval Tulum*  
PSICOLOGA  
C.P.S.P 22741



Confiterias Martinez Dante  
-Independiente- Superior - 20 años

08 ABR 2024



*Dante*



POLICLINICO "ALTO MAYO"  
MASVISA

*Julia A. Sandoval Tulum*  
PSICOLOGA  
C.Ps.P 22741

HORA INICIO: 3:20 pm

TEST DE DOMINOS (Anstey)

HORA TÉRMINO: 3:35 pm

|  |                 |                                 |                                   |                 |
|--|-----------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------|
| Nombres y Apellidos: <b>Dante Mateo Contreras Martino 2</b>        |                 | Escolaridad: <b>Superior</b>    |                                   | PD: <b>24</b>   |
| DNI: <b>74589131</b>   | Edad: <b>90</b> | Sexo: <b>M</b>                  | Profesión: <b>Independiente</b>   |                 |
| Grado de Instrucción: <b>Superior</b>                              |                 | Fecha de Nac: <b>19/12/2001</b> |                                   | Pc: <b>-</b>    |
| Examinador: <b>Examinador: PSICÓLOGA JULIA A. SANDOVAL TULUMBA</b> |                 |                                 | Diagnóstico: <b>C.I. Promedio</b> |                 |
|  |                 |                                 |                                   | Rango: <b>-</b> |
|  |                 |                                 | Fecha de hoy: <b>8 / 4 / 24</b>   |                 |

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 |

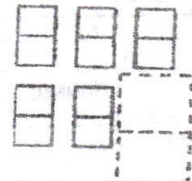
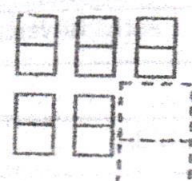
POLICLINICO "ALTO MAYO"  
 MASVISA  
 Julia A. Sandoval Tulumba  
 PSICÓLOGA  
 C.Ps.P. 22741

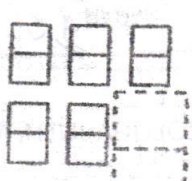
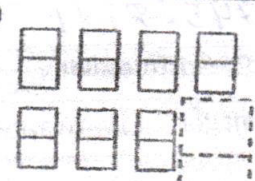
*Dante*



# Hoja de Respuestas

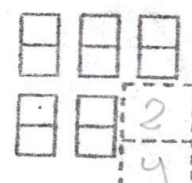
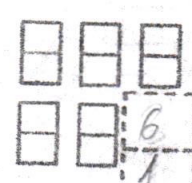
## EJEMPLOS

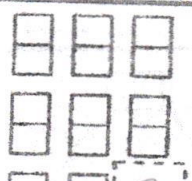
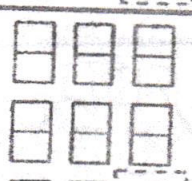
**A**  **B** 

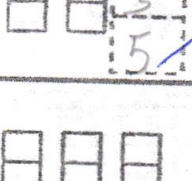
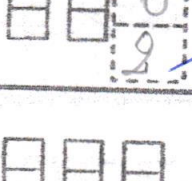
**C**  **D** 

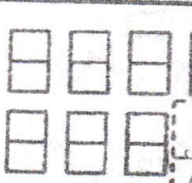
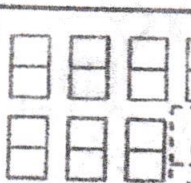
**PAGINA 1**

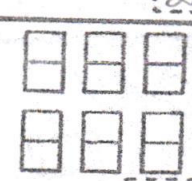
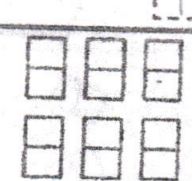
**PAGINA 2**

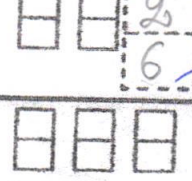
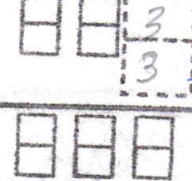
1  2 

3  4 

5  6 

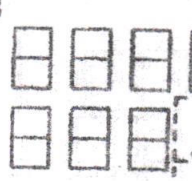
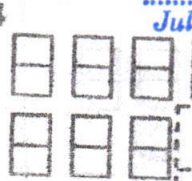
7  8 

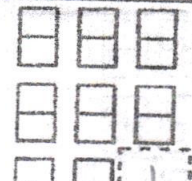
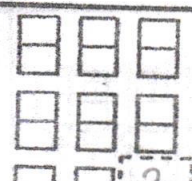
9  10 

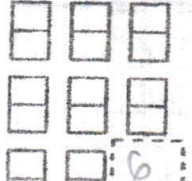
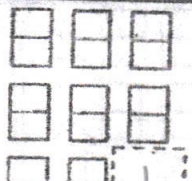
11  12 

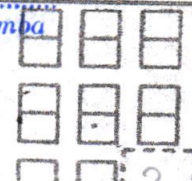
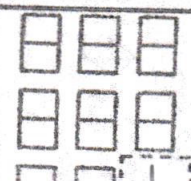
**PAGINA 3**

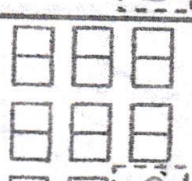
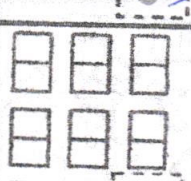
**PAGINA 4**

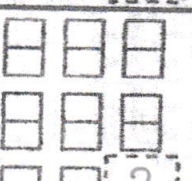
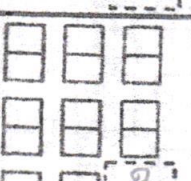
13  14 

15  16 

17  18 

19  20 

21  22 

23  24 

POLICLINICO "ALTO MAYO" MAZVISA

Julia A. Sandoval Tumbura  
PSICOLOGA  
C.Ps.P. 22741

*[Signature]*



**TEST DE EYSENCK**

HORA INICIO: 3:35 pm

HORA TÉRMINO: 3:50 pm

|  |                             |                                    |                                 |
|--|-----------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| Nombres y Apellidos: <b>Dante Mateo Contreras Martinez</b> |                             |                                    |                                 |
| DNI: <b>74588131</b>                                       | Edad: <b>20</b> años        | Sexo: <b>M</b>                     | Fecha de Nac: <b>19/12/2003</b> |
| Grado de Instrucción: <b>Superior</b>                      |                             | Ocupación: <b>Independiente</b>    |                                 |
| Clase y Categoría: <b>AI</b>                               | Motivo: <b>lencia nueva</b> | Fecha de examen: <b>08/04/2024</b> |                                 |
| Examinador: PSICÓLOGA JULIA SANDOVAL TULUMBA               |                             |                                    | Duración: 15 minutos            |

|     | SI                               | NO                               |     | SI                               | NO                               |     | SI                               | NO                               |
|-----|----------------------------------|----------------------------------|-----|----------------------------------|----------------------------------|-----|----------------------------------|----------------------------------|
| 1.  | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | 20. | <input checked="" type="radio"/> | <input 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 type="radio"/>            | <input checked="" 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 type="radio"/>            | <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | 25. | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 44. | <input type="radio"/>            | <input checked="" 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 type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> |
| 9.  | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 28. | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 47. | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> |
| 10. | <input type="radio"/>            | <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            |
| 12. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | 31. | <input type="radio"/>            | <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | 34. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | 53. | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> |
| 16. | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 35. | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 54. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            |
| 17. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | 36. | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 55. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            |
| 18. | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 37. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | 56. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            |
| 19. | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 38. | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 57. | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> |

N:  E:  L:

Estable  
Entrovertido  
Flemático

*Dante*



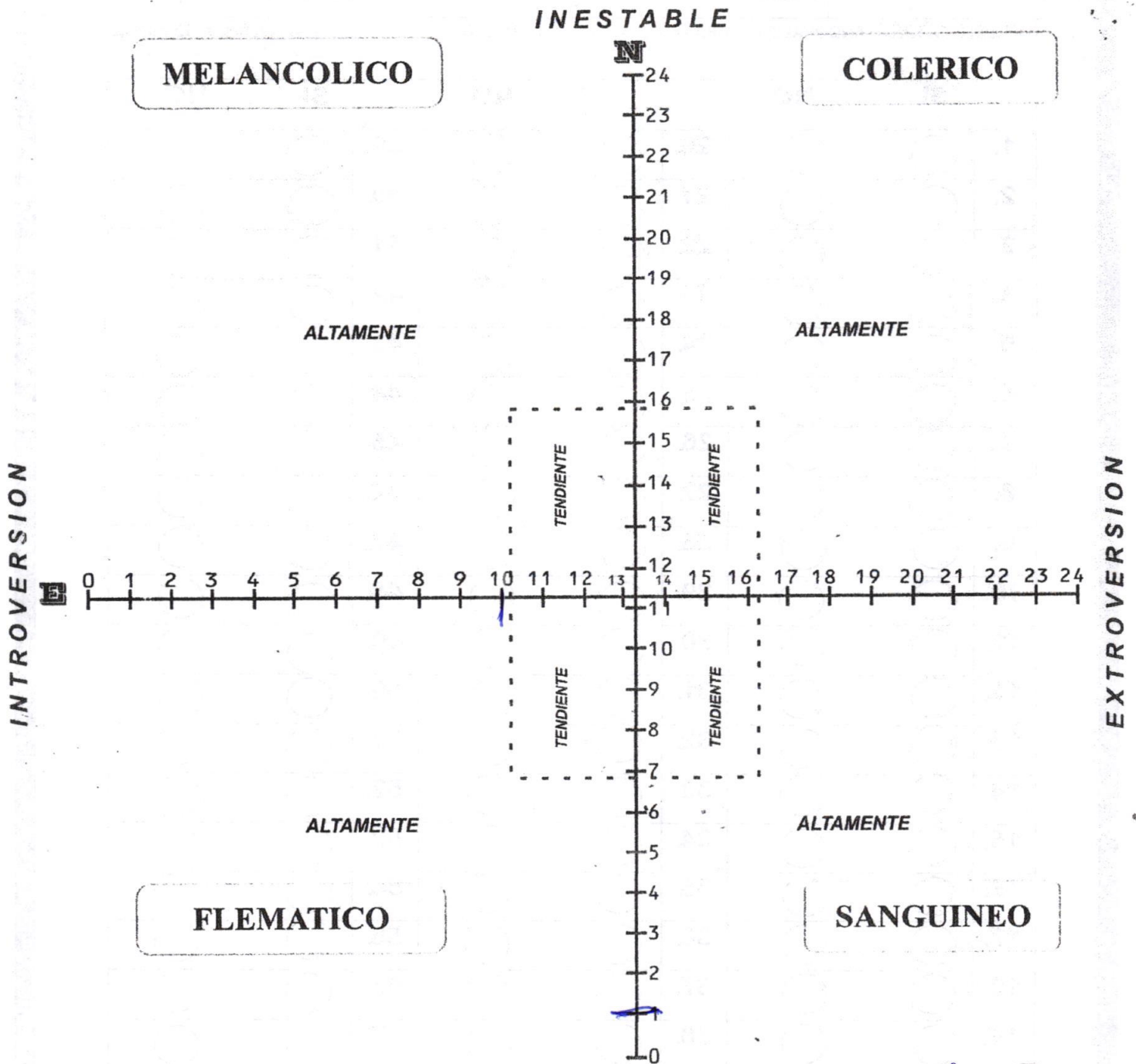
POLICLINICO "ALTO MAYO"  
MÁS VIDA Y SALUD  
Julia A. Sandoval Tulumba  
PSICÓLOGA  
C.P.S.P. 22741

# 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)



POLICLINICO "ALTO MAYO"  
 MASVISA

*Julio A. Sandoval Tulumba*  
 PSICOLOGA  
 C.Ps.P 22741

ESTABLE

*[Signature]*  


DIAGNOSTICO: Persona estable, introvertido, temperamento  
 flemático

TEST DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER

HORA INICIO: 3:50 pm

HORA TÉRMINO: 3:55 pm

|   |                      |                                       |                                     |
|---|----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Nombres y Apellidos: <i>Dante Mato Contreras Martinez</i> |                      |                                       |                                     |
| DNI: <i>79588131</i>                                      | Edad: <i>20</i> años | Sexo: <i>M</i>                        | Fecha de Nac: <i>19 / 12 / 2003</i> |
| Estado Civil: <i>Soltero</i>                              |                      | Grado de Instrucción: <i>Superior</i> |                                     |
| Ocupación: <i>Independiente</i>                           |                      | Clase y Categoría: <i>AI</i>          |                                     |
| Motivo: <i>obtener licencia</i>                           |                      | Fecha de examen: <i>8 / 4 / 2024</i>  |                                     |
| Examinador: PSICÓLOGA JULIA SANDOVAL TULUMBA              |                      |                                       | Duración: 5 minutos                 |

*Ordenado  
 Seguro*



POLICLINICO "ALTO MAYO"  
 MÁS VIDA Y SALUD  
*Julia A. Sandoval Tulumba*  
 PSICÓLOGA  
 C.Ps.P 22741

FIRMA PSICOLOGO RESPONSABLE

*[Handwritten Signature]*



FIRMA Y HUELLA DEL POSTULANTE

## TEST DE AUDIT

(Alcohol Use Disorders Identification Test)

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

HORA DE INICIO: 3:55 pm

HORA DE TÉRMINO: 4:05 pm

|  |                               |                |  |                              |
|--|-------------------------------|----------------|--|------------------------------|
| Nombres y Apellidos: <u>Dante Mateo Contreras Martínez</u> |                               |                |  |                              |
| DNI: <u>74588131</u>                                       | Edad: <u>20 años</u>          | Sexo: <u>M</u> | Fecha de Nac: <u>12 / 12 / 2002</u>    | Estado Civil: <u>Soltero</u> |
| Grado de Instrucción: <u>Superior</u>                      |                               |                | Ocupación: <u>Independiente</u>        |                              |
| Clase y Categoría: <u>AI</u>                               | Motivo: <u>licencia nueva</u> |                | Fecha de examen: <u>08 / 04 / 2024</u> |                              |
| Examinador: PSICÓLOGA JULIA SANDOVAL TULUMBA               |                               |                |  | 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<br><input checked="" type="radio"/>      | 1 o 2 veces al mes<br><input type="radio"/>      | 2 a 4 veces al mes<br><input type="radio"/>                     | De 2 a 3 veces a la semana<br><input type="radio"/> | De 4 a más veces a la semana<br><input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Cuántos TRAGOS de alcohol suele tomar en un día de consumo normal?   | 1 o 2<br><input checked="" type="radio"/>      | 3 o 4<br><input type="radio"/>                   | 5 o 6<br><input type="radio"/>                                  | De 7 a 9<br><input type="radio"/>                   | 10 o más<br><input type="radio"/>                     | <input type="radio"/> |
| 3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?  | Nunca<br><input checked="" type="radio"/>      | Menos de una vez al mes<br><input type="radio"/> | Mensualmente<br><input type="radio"/>                           | Semanalmente<br><input type="radio"/>               | A diario o casi a diario<br><input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| 4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?  | Nunca<br><input checked="" type="radio"/>      | Menos de una vez al mes<br><input type="radio"/> | Mensualmente<br><input type="radio"/>                           | Semanalmente<br><input type="radio"/>               | A diario o casi a diario<br><input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| 5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?   | Nunca<br><input checked="" type="radio"/>      | Menos de una vez al mes<br><input type="radio"/> | Mensualmente<br><input type="radio"/>                           | Semanalmente<br><input type="radio"/>               | A diario o casi a diario<br><input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| 6. ¿Con qué frecuencia ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?   | Nunca<br><input checked="" type="radio"/>      | Menos de una vez al mes<br><input type="radio"/> | Mensualmente<br><input type="radio"/>                           | Semanalmente<br><input type="radio"/>               | A diario o casi a diario<br><input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| 7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?                                  | Nunca<br><input checked="" type="radio"/>      | Menos de una vez al mes<br><input type="radio"/> | Mensualmente<br><input type="radio"/>                           | Semanalmente<br><input type="radio"/>               | A diario o casi a diario<br><input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| 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<br><input checked="" type="radio"/>      | Menos de una vez al mes<br><input type="radio"/> | Mensualmente<br><input type="radio"/>                           | Semanalmente<br><input type="radio"/>               | A diario o casi a diario<br><input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| 9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?   | Nunca<br><input checked="" type="radio"/>      |  | Sí, pero no en el curso del último año<br><input type="radio"/> |   | Sí, en el último año<br><input type="radio"/>         | <input type="radio"/> |
| 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<br><input checked="" type="radio"/>      |  | Sí, pero no en el curso del último año<br><input type="radio"/> |   | Sí, en el último año<br><input type="radio"/>         | <input type="radio"/> |
| <b>0 a 7 puntos</b><br><b>8 a 15 puntos</b><br><b>16 puntos a más</b>  | <b>Consumo de bajo riesgo</b>                  |  | <b>Intervención mínima</b>                                      |   | <b>Puntaje AUDIT</b>                                  | <input type="radio"/> |
|  | <b>Consumo de riesgo</b>                       |  | <b>Intervención breve</b>                                       |   |   |                       |
|  | <b>Posible consumo, problema o dependencia</b> |  | <b>Derivación asistida para una evaluación completa</b>         |   |   |                       |

POLICLINICO "ALTO MAYO"  
MAS VIDA Y SALUD  
*Julia A. Sandoval Tulumba*  
PSICOLOGA  
C.Ps.P 22741

EVALUADOR

*Dante*  
FIRMA Y HUELLA DEL POSTULANTE

RESULTADOS:

Consumo bajo riesgo.

Hora de Inicio: 4:05 pm

Hora de Término: 4:20 pm

|   |   |                                 |                                 |
|---|---|---------------------------------|---------------------------------|
| Nombres y Apellidos: <u>Dante Mato Contreras Martinez</u> |   |                                 |                                 |
| DNI: <u>748589131</u>                                     | Edad: <u>20</u>                                 | Fecha de Nac: <u>19/12/2003</u> | Fecha de hoy: <u>08/04/2024</u> |
| Psicólogo Responsable:                                    | Examinador: PSICÓLOGA JULIA A. SANDOVAL TULUMBA |                                 |                                 |

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: Independiente

Lugar de nacimiento: Santa Rosa del Mayo

Lugar de residencia actual: Santa Rosa del Mayo

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.                                      | X    |          |      |          |       |
| 2. Nerviosismo.  | X    |          |      |          |       |
| 3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza. | X    |          |      |          |       |
| 4. Sensación de mareo o desmayo.                           | X    |          |      |          |       |
| 5. Falta de interés en relaciones sexuales.                | X    |          |      |          |       |
| 6. Criticar a los demás.                                   | X    |          |      |          |       |

*[Handwritten signature]*



POLICLINICO "ALTO MAYO"  
MASVISA  
*[Signature]*  
Julia A. Sandoval Tulumba  
PSICÓLOGA  
C.Ps.P. 22741



- ◇ 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 encerrado/a.
- + 23. Asustarme de repente sin razón alguna.
- 24. Explotar y no poder controlarme.
- / 25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.
- \* 26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.
- 27. Dolores en la espalda.
- △ 28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.
- \* 29. Sentirme solo/a.
- \* 30. Sentirme triste.
- \* 31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.
- \* 32. No tener interés por nada.
- + 33. Tener miedos.
- 34. Sentirme herido en mis sentimientos.
- ◇ 35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.
- 36. Sentir que no me comprenden.
- 37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.
- △ 38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.
- + 39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.

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

*[Handwritten signature]*





- + 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 |
|---|------|----------|------|----------|-------|
| + | X    |          |      |          |       |
| □ | X    |          |      |          |       |
| - | X    |          |      |          |       |
| / | X    |          |      |          |       |
| ✓ | X    |          |      |          |       |
| ◇ | X    |          |      |          |       |
| + | X    |          |      |          |       |
| * | X    |          |      |          |       |
| + | X    |          |      |          |       |
| - | X    |          |      |          |       |
| / | X    |          |      |          |       |
| ✓ | X    |          |      |          |       |
| ◇ | X    |          |      |          |       |
| ◇ | X    |          |      |          |       |
| + | X    |          |      |          |       |
| ◇ | X    |          |      |          |       |
| ◇ | X    |          |      |          |       |
| ⊙ | X    |          |      |          |       |
| ◇ | X    |          |      |          |       |

POLICLINICO "ALTO MAYO"  
 MASVISA

*Julia A. Sandoval Tulumba*  
 PSICÓLOGA  
 C.Ps.P. 22741

FIRMA DEL EVALUADOR

*Diana...*



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:.....

⊙ 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 |
|                     |     |      |     |     |     |     |     |      |     |      |    |

*[Handwritten signature]*  


0/90 = 0  
 T = 35  
 Sin psicopatologías

**POLICLINICO "ALTO MAYO"**  
 MASVISA  
*[Signature]*  
 Julia A. Sandoval Tulumba  
 PSICÓLOGA  
 C.Ps.P 22741

