



PERÚ

Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones

MOYOBAMBA - SUC-1

## CERTIFICADO MÉDICO

N° DE INFORME : 2024-00565-0000425

FECHA DEL INFORME : 20/11/2024 16:19:55

FECHA VENCIMIENTO : 20/05/2025



## EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 20/11/2024 14:05:50

Fecha de Término : 20/11/2024 16:17:32

## INFORMACIÓN DEL EVALUADO

Tipo de Documento : DNI

Número de Documento : 70104786

Nombres : JULIO MIGUEL ANTONIO INJANTE PÉREZ

Dirección : JR.CANAAN MZ.E LT.10 SAN MARTIN/MOYOBAMBA/MOYOBAMBA

Grupo Sanguíneo : B - POSITIVO

Fecha de Nacimiento : 19/10/1994

## CLASE Y CATEGORÍA DEL POSTULANTE

Clase : A

Categoría : A Uno - NUEVO

## CONDICIÓN DEL POSTULANTE : APTO

| RESULTADO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS Y PSICOLÓGICAS DEL POSTULANTE |           |  |               |
|---|-----------|--|---------------|
| EXAMEN  | RESULTADO | FIRMA Y SELLO  | OBSERVACIONES |
| 1. ANÁLISIS DE LABORATORIO<br>ANTHONY CALDERON SALAZAR              | APTO      | <br>Anthony Calderón Salazar<br>BIÓLOGO MICROBIÓLOGO<br>CBP. N° 4474 |               |
| 2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA<br>MOISES TORRES MUNDACA                  | APTO      | <br>Moises Torres Mundaca<br>PSICOLOGO<br>C.Ps.P. N° 31733           |               |
| 3. EVALUACIÓN VISUAL<br>RENZO WAGNER DIAZ LÓPEZ                     | APTO      | <br>Renzo Wagner Díaz López<br>MÉDICO CIRUJANO<br>CMP. 80901         |               |
| 4. EVALUACIÓN AUDITIVA<br>ORIEL DIAZ DIAZ                           | APTO      | <br>Oriel Díaz Díaz<br>MÉDICO CIRUJANO<br>CMP 39520                  |               |
| 5. EVALUACIÓN CLÍNICA<br>EDDY ACOSTA GUEVARA                        | APTO      | <br>Eddy Acosta Guevara<br>MÉDICO CIRUJANO<br>CMP. 69421             |               |
| RESULTADO FINAL   | APTO      | <br>Oriel Díaz Díaz<br>DIRECTOR<br>MÉDICO CIRUJANO<br>CMP. 39520     |               |

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 REGULAR ESTADO DE NUTRICIÓN, APARENTE BUEN ESTADO DE HIDRATACIÓN, LÚCIDO, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA. EG: 15 PTS / 15 PTS.

Firma y Huella Digital del Postulante Evaluado

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



PERÚ

Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones

MOYOBAMBA - SUC-1

INFORME MÉDICO

N° DE INFORME : 2024-00565-0000425

FECHA : 20/11/2024

EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 20/11/2024

Fecha de Término : 20/11/2024

Hora de Inicio : 14:05:50

Hora de Término : 16:17:32

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de Documento : DNI

N° de Documento : 70104786

Apellido Paterno : INJANTE

Apellido Materno : PÉREZ

Nombres : JULIO MIGUEL ANTONIO

Fecha de : 19/10/1994

Sexo

: MASCULINO

Teléfono

: 901397168

Dirección : JR.CANAAN MZ.E LT.10 SAN MARTIN/MOYOBAMBA/MOYOBAMBA

CLASE, CATEGORÍA Y CONDICIÓN DEL POSTULANTE

Clase : A

Categoría

: A Uno - NO PROFESIONAL

Trámite : NUEVO

Condición

: APTO

  
Postulante a licencia de conducir

Huella dactilar

## 1. ANÁLISIS DE LABORATORIO

### GRUPO SANGUÍNEO O FACTOR RH

GRUPO SANGUÍNEO

B

FACTOR RH

POSITIVO

Resultado Final de Análisis de Laboratorio

APTO


Observaciones

Hora Inicio

: 14:07

Hora Término

: 14:13

  
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

: 14:14

Hora Término

: 15:24

  
Moises Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
C.Ps.P. N° 31733

Firma, sello  
Responsable de Evaluación Psicológica  
MOISES TORRES MUNDACA

  
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 : 15:25

Hora Término : 15:40

  
Renzo Wagner Diaz Lopez  
MEDICO CIRUJANO  
CMP. 80903

Firma, sello  
Responsable de Evaluación Visual  
RENZO WAGNER DIAZ LÓPEZ

  
  
Firma y huella digital  
Postulante

#### 4. EVALUACIÓN AUDITIVA

##### OTOSCOPIA

RESULTADO (+) (-)

APTO

##### EXAMEN AUDITIVO

###### A. OIDO DERECHO

RESULTADO (+) (-) (dB)

10

###### B. OIDO IZQUIERDO

RESULTADO (+) (-) (dB)

10

###### C. AMBOS OIDOS

RESULTADO (+) (-) (dB)

10

Resultado Final de la Evaluación Auditiva

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

Hora Inicio : 15:41

Hora Término : 16:01

  
**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 regular estado de nutrición, aparente buen estado de hidratación. Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. EG: 15 pts / 15 pts.

### ANTECEDENTES PERSONALES

#### A. SISTEMA CARDIO - RESPIRATORIO

INSUFICIENCIA CARDIACA  
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

#### B. APARATO LOCOMOTOR

PROCESO DEGENERATIVO OSTEONEUROMUSCULAR  
PRÓTESIS  
OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO LOCOMOTOR

NO

NO

NO

#### C. SISTEMA NEUROLÓGICO

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)

SI

alcohol esporádicamente.

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)

88

TALLA (CM)

180

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

27.16

##### B. SISTEMA CARDIO-RESPIRATORIO

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (MMHG)

120

PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (MMHG)

80

FRECUENCIA RESPIRATORIA EN REPOSO

18

FRECUENCIA DE PULSO EN REPOSO

85

PULSIOXIMETRÍA

97

CAPACIDAD VENTILATORIA

APTO

##### C. APARATO LOCOMOTOR

FUERZA MUSCULAR

SI

AUSENCIA O DESVIACIONES

AUSENTE

RANGO DE MOVIMIENTOS ARTICULAR LIMITADO

AUSENTE

LESIONES DEFORMANTES EN COLUMNA VERTEBRAL

AUSENTE

LESIONES DEFORMANTES EN EXTREMIDADES

AUSENTE

##### D. SISTEMA NEUROLÓGICO

PRUEBA ÍNDICE - ÍNDICE

SINERGIA

ROMBERT PRUEBA ÍNDICE - NARIZ

EQUILIBRIO CONSERVADO

MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS

AUSENTE

TONO MUSCULAR

APTO

NOCIONES TEMPOROESPACIALES

APTO

REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS

APTO

Resultado Final de la Evaluación Clínica

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

Hora Inicio

: 16:01

Hora Término

: 16:17

  
Eddy Acosta Guevara  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP. 69421

Firma, sello  
Responsable de Evaluación Clínica  
EDDY ACOSTA GUEVARA



Firma y huella digital  
Postulante

RESULTADO FINAL

APTO

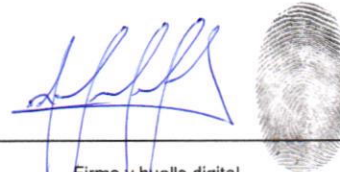
Restricciones

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 : 16:19

  
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

2024-00565-0000425

Fecha de Informe

20 11 2024

**EVALUACIÓN MÉDICA**

Fecha de Inicio

20 11 2024

Fecha de Término

20 11 2024

Hora de Inicio

02 05 pm

Hora de Término

04 17 pm

**DATOS DEL POSTULANTE**

Tipo de Documento

DNI - CE

N° de Documento

70104786

Apellido Paterno

Injante

Apellido Materno

Perez

Nombres

Julio Miguel Antonio

Fecha de Nacimiento

19 10 1994

Sexo

M

Teléfono

901397168

Edad

30

Dirección

Jr. Condon M2.E.LT.10 Moyobamba

**CLASE, CATEGORÍA Y CONDICIÓN DEL POSTULANTE**

Licencia Nueva

AI

Revalidación

/

Recategorización


/

No profesional

X

Profesional

/

  
Postulante a licencia de conducir

I. ANÁLISIS DE LABORATORIO:

Hora de inicio: 2:07pm  
Hora de término: 2:12pm

1. Examen Toxicológico (muestra de orina):

A. Prueba Rápida de Alcoholesimetría

Resultado (+) (-) Valor —

B. Prueba Rápida para Cocaína, Marihuana y Drogas Sintéticas

|                             |         |          |
|-----------------------------|---------|----------|
| Resultado Cocaína           | (+) (-) | <u>—</u> |
| Resultado Marihuana         | (+) (-) | <u>—</u> |
| Resultado Drogas Sintéticas | (+) (-) | <u>—</u> |


2. Grupo Sanguíneo o Factor RH



Grupo sanguíneo B Factor RH (+)

RESULTADO FINAL DE ANÁLISIS DE LABORATORIO

APTO Apto NO APTO —

Observaciones: Ninguna

|  |   |
|--|---|
| <br><b>Anthony Gálvez Salazar</b><br>BIÓLOGO MICROBIÓLOGO<br>CBP. N° 4474 |  |
| Firma, sello y huella digital<br>Responsable del Análisis de Laboratorio   |   |

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





ORDEN N°: PAM – 009835  
CATEGORIA: AI

PACIENTE : Julio Miguel Antonio Injante Pérez.  
SOLICITANTE : Dr. Oriel Díaz D.  
MUESTRA : Sangre  
EXAMENES : Grupo Sanguíneo y Factor Rh.  
HORA DE INICIO : 2:07 pm  
HORA DE TÉRMINO : 2:12 pm

**RESULTADOS**

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

Moyobamba, 20 de Noviembre del 2024

POLICLINICO "ALTO MAYO"  
MAYO  
Anthony Calderón Salazar  
BIÓLOGO-MICROBIÓLOGO  
CRP N° 4474

Hora de inicio: 2:14 pm

Hora de término: 3:24 pm

## II. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA :

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

#### A. Equipo Psicosensoométrico

Test de Palanca

Reactímetro

Test de Punteo

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

(+) (-)

(+) (-)

(+) (-)

#### B. Pruebas

Wechsler – Diseño de Cubos

Benton Forma C

|             |
|-------------|
| <u>—</u>    |
| <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

#### C. Test de Otis (abreviado)

|             |
|-------------|
|             |
| <u>Apto</u> |
| <u>—</u>    |

(+) (-)

(+) (-)

(+) (-)

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

#### A. Test proyectivo Karen Machover

#### B. NPF o Test de los 4 Temperamentos

#### C. Inventario de personalidad de Eysenck

|             |
|-------------|
| <u>Apto</u> |
| <u>—</u>    |
| <u>Apto</u> |

(+) (-)

(+) (-)

(+) (-)

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

#### A. Test Obligatorio: Test de AUDIT

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

#### C. Cuestionario de inventario de cambios de personalidad neurológicos (Nechapi)

|             |
|-------------|
| <u>Apto</u> |
| <u>Apto</u> |
| <u>—</u>    |

(+) (-)

(+) (-)

(+) (-)

## RESULTADO FINAL DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

APTO

|             |
|-------------|
| <u>Apto</u> |
|-------------|

NÓ APTO

|          |
|----------|
| <u>—</u> |
|----------|

Observaciones:

NINGUNA

|  |   |
|--|---|
| <br><b>Moises Torres Mundaca</b><br><b>PSICOLOGO</b><br><b>C.Ps.P. N° 31733</b> |  |
| Firma, sello y huella digital<br>Responsable de Evaluación Psicológica   |   |

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

Hora de inicio: 3:25 pm  
Hora de término: 3:40 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

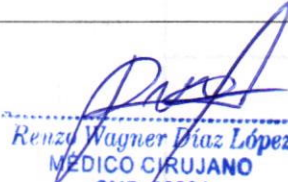
Apto

NO APTO

-

Observaciones:

Ninguna

  
Renzo Wagner Díaz López  
MEDICO CIRUJANO  
CMP, 80901  
Firma, sello y huella digital  
Responsable de Evaluación Visual



  
Firma y huella digital del  
Postulante



Nombre: Injante Perez Julio Miguel a

DNI: 70104786

Sexo: Masculino

Edad: 30 años. (19/10/1994)

Grupo sanguíneo: B +

Restricciones:

Estado civil: Sin Datos

Estudios: Sin datos

Domicilio: Caserio Perla De Indaño

Restricciones: No



Examen tomado el día 20/11/2024

Tipo de examen: Particular

Número de informe: 15966

**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 |
| 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 |                     | 04:37 segundos.                | Aprobado |
| Test de perimetria        | Ojo izquierdo       | Hasta 85 grados                | Aprobado |
|                           | Ojo derecho         | Hasta 85 grados                | Aprobado |
|                           | Perimetria Vertical | Hasta 70 grados                | Aprobado |
|                           | Ambos oidos         | Todas las frecuencias.         | Aprobado |

Examen auditivo

**Resultado: APROBADO**

Responsable de este examen: Administrador



**FICHA DE AUDIOMETRIA**  
**EVALUACIÓN AUDITIVA**

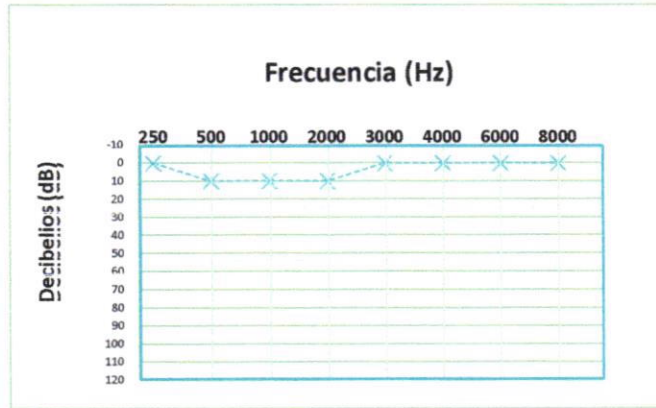
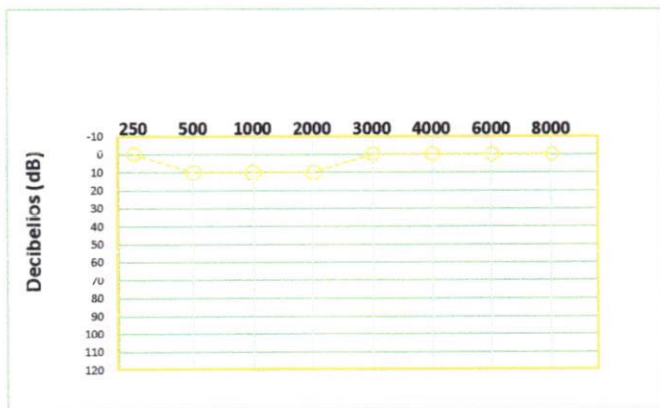
|                                |                                    |                  |                      |   |                            |                |                |   |      |   |                       |  |                  |  |   |  |
|--------------------------------|------------------------------------|------------------|----------------------|---|----------------------------|----------------|----------------|---|------|---|-----------------------|--|------------------|--|---|--|
| Nº Control                     | 2768                               | Historia Clínica | 70104786             | Ficha Audiológica                         | X                          | Marca: Ampliox |                |   |      |   |                       |  |                  |  |   |  |
| Fecha del Examen               | 20/11/2024                         | EXAMEN           | Licencias de Coducir | X   | Periódica                  | 0              | Retiro         | 0 | Otro | 0 | Mod: 240 Serie: 32661 |  |                  |  |   |  |
| Apellidos y Nombres            | INJANTE PEREZ JULIO MIGUEL ANTONIO |                  |                      |   |                            |                |                |   |      |   |                       |  |                  |  |   |  |
| Edad                           | 30                                 | Sexo             | M                    | DNI                                       | 0                          |                |                |   |      |   |                       |  |                  |  |   |  |
| Ocupación                      | INSPECTOR                          | 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 Intgra - OI: CAE Permeable, membrana timpánica Intgra

**AUDIOGRAMA**

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

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



**CONCLUSIONES:**

Audiometría dentro de los parámetros normales

**RECOMENDACIONES**

NINGUNA

*[Handwritten signature]*



- △ : Vía aérea del OD con OI enmascarado
- : Vía aérea del OI con OD enmascarado
- △ : Umbral de confort.
- ↓ : Ausencia de umbral.

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

Datos del especialista

Hora de inicio: 3:41 pm  
 Hora de término: 3:56 pm

IV. EVALUACIÓN AUDITIVA:

1. Otoscopia

*Baselli* *Oreño* (+) (-)  
*OT = Nul* *O. Medio = ul*, *O. Ext =*

2. Examen Auditivo

|     | 125 | 250 | 500  | 1000   | 2000   | 4000 | 5000 | 6000 |
|-----|-----|-----|--|--|--|------|------|------|
| 0   |     |     |  |  |  |      |      |      |
| 10  |     |     | <span style="color:red">•</span> <span style="color:blue">•</span> | <span style="color:red">•</span> <span style="color:blue">•</span> | <span style="color:red">•</span> <span style="color:blue">•</span> |      |      |      |
| 20  |     |     |  |  |  |      |      |      |
| 30  |     |     |  |  |  |      |      |      |
| 40  |     |     |  |  |  |      |      |      |
| 50  |     |     |  |  |  |      |      |      |
| 60  |     |     |  |  |  |      |      |      |
| 70  |     |     |  |  |  |      |      |      |
| 80  |     |     |  |  |  |      |      |      |
| 90  |     |     |  |  |  |      |      |      |
| 100 |     |     |  |  |  |      |      |      |
| 110 |     |     |  |  |  |      |      |      |
| 120 |     |     |  |  |  |      |      |      |

Frecuencia (Hz)

Valores:

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

|                |           |
|----------------|-----------|
| Oído derecho   | <u>10</u> |
| Oído izquierdo | <u>10</u> |
| Ambos Oídos    | <u>10</u> |

Pérdida  
 Auditiva  
 (dB)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACIÓN AUDITIVA

APTO

APTO

NO APTO

—

Observaciones: Ninguno

*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: 4:01 pm

Hora de término: 4:16 pm

V. EVALUACIÓN CLÍNICA :

1. ANAMNESIS

Paciente acude a evaluación médica para obtención de licencia de conducir categoría A-I. Refiere sentirse bien, niega síntomas ABFB, ABFT, AREN. LOTFP EG: 15 PTS.

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 <u>alcohol, tabaco</u> (si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia?, anotar en observaciones)   | x  |    | Es esporadicamente. |
| Consumo de sustancias tóxicas (cocaína, marihuana, drogas sintéticas, si la respuesta es sí, ¿desde cuándo y con qué frecuencia?, anotar en observaciones) |    | x  |                     |
| Consumo de medicamentos (especificar los nombres de los medicamentos, la frecuencia y desde cuándo los usa, anotar en observaciones)                       |    | x  |                     |

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

*[Firma]*



Firma y huella del postulante

### 3. EXAMEN FÍSICO

#### ➤ Antropometría

Peso **88** Kg.

Talla **1.80** cm.

IMC **27.16**

*Sobrepeso*

#### ➤ Sistema Cardio-Respiratorio

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

|        |
|--------|
| 120    |
| 80     |
| 18x'   |
| 85x'   |
| 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 |
| Autón. |
| Autón. |
| Autón. |
| Autón. |
| Normal |

#### ➤ Sistema Neurológico

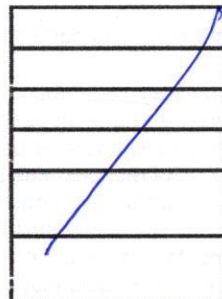
- Prueba Índice – Índice
- Romberg: Prueba Índice - Nariz
- Movimientos involuntarios
- Tono muscular
- Nociones Temporoespaciales
- Reflejos Osteotendinosos

|                |
|----------------|
| Sinergia       |
| Eg. Confundido |
| Autón.         |
| 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

APTO

NO APTO

—

Observaciones:

Ninguna

|   |  |
|---|--|
| <br><b>Eddy Acosta Guevara</b><br><b>MÉDICO CIRUJANO</b><br><b>CMP. 69421</b> |  |
| Firma, sello y huella digital<br>Responsable de Evaluación Clínica  |  |

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

**RESULTADO FINAL**

APTO

APto

NO APTO

—

Observaciones:

Ninguno

|   |   |
|---|---|
| <br><b>Oriel Diaz Diaz</b><br><b>DIRECTOR</b><br><b>MÉDICO CIRUJANO</b><br><b>CMP. 39520</b> |  |
| Firma, sello y huella digital<br>Director Médico  |   |

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

Hora de término de la evaluación completa:

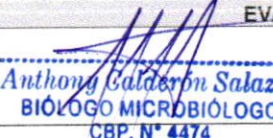

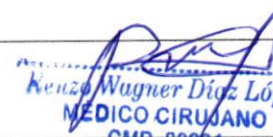

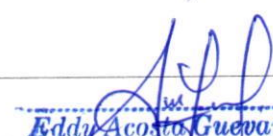

4:19

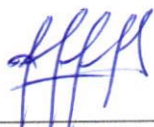
A.M.

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- 00565-0000425  | FECHA DE INFORME           | 20 / 11 / 2024 |
| <b>EVALUACIÓN MÉDICA</b>                 |                      | <b>REEVALUACIÓN MÉDICA</b> |                |
| Fecha de Inicio:                         | 20 / 11 / 2024       | Fecha de Inicio:           |                |
| Fecha de Término:                        | 20 / 11 / 2024       | Fecha de Término:          |                |
| <b>INFORMACIÓN DEL EVALUADO</b>          |                      |                            |                |
| Apellido Paterno:                        | Injante              | Tipo de Documento:         | DNI - CE       |
| Apellido Materno:                        | Perez                | N° de Documento:           | 70104786       |
| Nombres:                                 | Julio Miguel Antonio | Fecha de Nacimiento:       | 19-10-1994     |
| Grupo Sanguíneo y Factor RH:             | B(+)                 |                            |                |
| <b>CLASE Y CATEGORÍA DEL POSTULANTE:</b> | AI Nuevo             |                            |                |
| <b>CONDICIÓN DEL POSTULANTE:</b>         |                      |                            |                |

| 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 EVALÚA   | OBSERVACIONES |
| ANÁLISIS DE LABORATORIO  | Apto      | <br>Anthony Calderón Salazar<br>BIÓLOGO MICROBIÓLOGO<br>CBP. N° 4474 |               |
| EVALUACIÓN PSICOLÓGICA   | Apto      | <br>Moises Torres Mundaca<br>PSICOLOGO<br>C.Ps.P. N° 31733          |               |
| EVALUACIÓN VISUAL  | Apto      | <br>Kenzo Wagner Díaz López<br>MÉDICO CIRUJANO<br>CMP. 80901         |               |
| EVALUACIÓN AUDITIVA  | Apto      | <br>Oriel Díaz Díaz<br>MÉDICO CIRUJANO<br>CMP. 39520                |               |
| EVALUACIÓN CLÍNICA   | Apto      | <br>Eddy Acosta Guevara<br>MÉDICO CIRUJANO<br>CMP. 69421             |               |
| RESULTADO FINAL DEL POSTULANTE   | Apto      | <br>Oriel Díaz Díaz<br>DIRECTOR<br>MÉDICO CIRUJANO<br>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: 2:14 pm

FORMA: C,D,E, ADMINISTRACION : A,B,C y D,(rodéense las empleadas) Fecha: 20 / 11 / 2024  
Apellidos y Nombres: Ingante Pérez Julio Miguel DNI: 70104120 Edad: 30 2  
Sexo: M F. de Nacimiento: 19 / 10 / 1994 Nivel de Inteligencia (conocido o estimado):  
Motivo de Examen: licencia nueva AI Grado de Instrucción: Titulado (Superior)  
Examinador: PSICÓLOGO TORRES MUNDACA MOISES Ocupación: inspectores 10 minutos

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

TOTALES DE ERRORES:

REPRODUCCIONES CORRECTAS: "ESPERADAS" 10 OBTENIDAS 10 DIFERENCIA 0

VALORACION DE ERRORES: "ESPERADAS" OBTENIDA DIFERENCIA

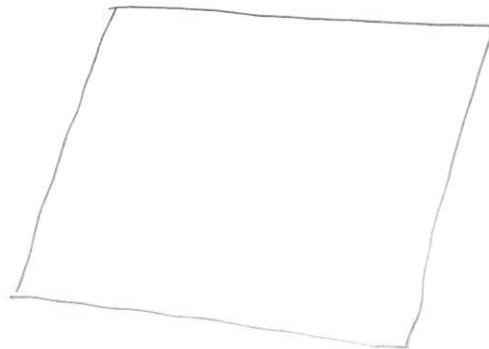
HORA DE TÉRMINO: 2:24 pm

FIRMA Y HUELLA DEL POSTULANTE

Moises Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
C.Ps.P. N° 31733

20 NOV 2024

INJANTE PEREZ JUAN  
SUPERIOR - INSPECTOR - 30 a

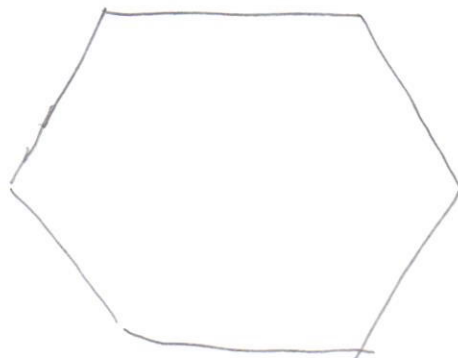



A handwritten signature in blue ink, followed by a blue ink fingerprint, located in the bottom left corner.

A handwritten signature in blue ink, located above the printed name.  
Moises Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
C.Ps.P. N° 31733

INJANTE PEREZ JULIO  
SUPERIOR-INSPECTOR-30 ª

20 NOV 2024

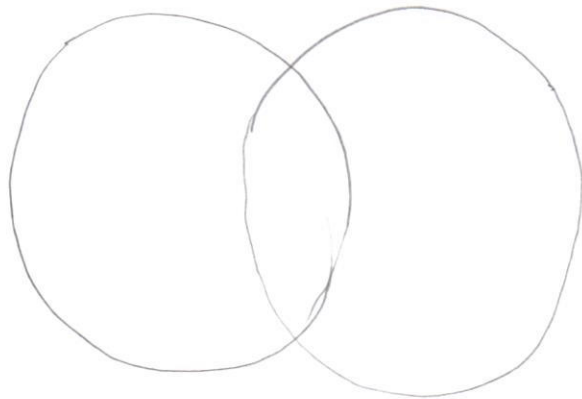


  
Moises Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
C.Ps.P. N° 31733



INJANTE PEREZ JUAN  
SUPERIOR - INSPECTOR - 30 a

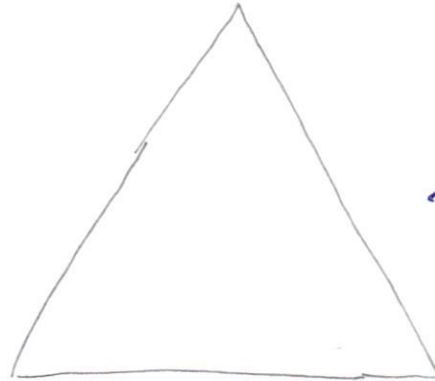
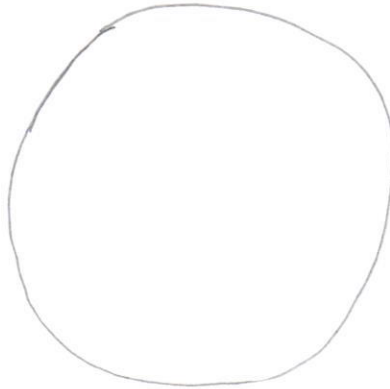
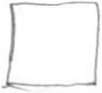
20 NOV 2024



Moises Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
C.Ps.P. N° 31733

INJANTE PEREZ JUBO  
SUPERIOR - INSPECTOR - 30 de

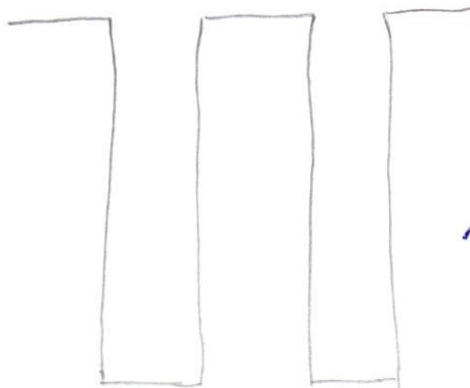
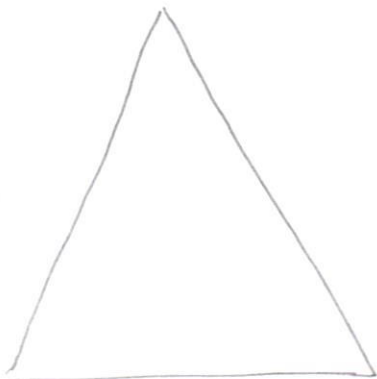
12 0 NOV 2024



  
Moises Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
C.Ps.P. N° 31733

INFANTE PEREZ JULIO  
SUPERIOR - INSPECTOR - 30 A

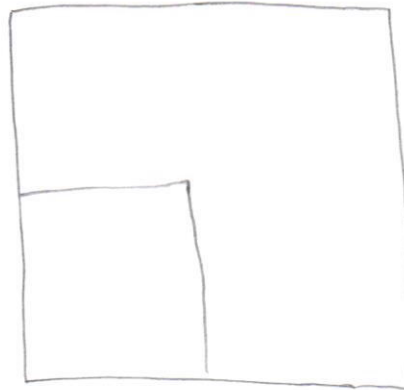
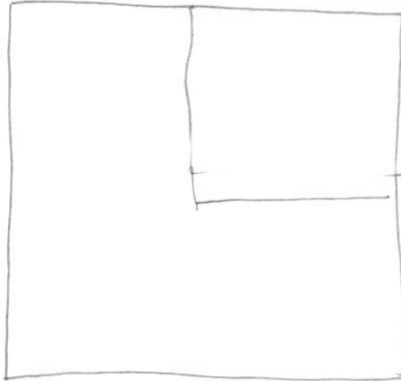
20 NOV 2024



  
Moises Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
C.Ps.P. N° 31733

INJANTE PEREZ JOJO  
SUPERIOR - INSPECTOR - 30 a

12 0 NOV 2024



A handwritten signature in blue ink, consisting of several stylized, overlapping loops.

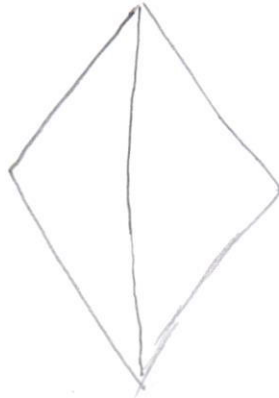
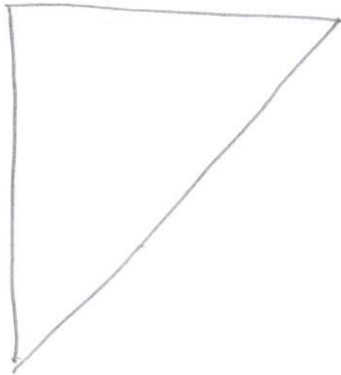
A handwritten signature in blue ink, consisting of several stylized, overlapping loops.

Moises Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
C.Ps.P. N° 31733



INJANTE PEREZ JULIO  
SUPERIOR - INSPECTOR - 30 A

12 0 NOV 2024



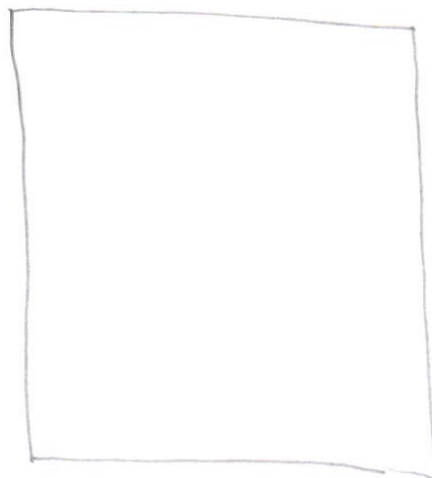
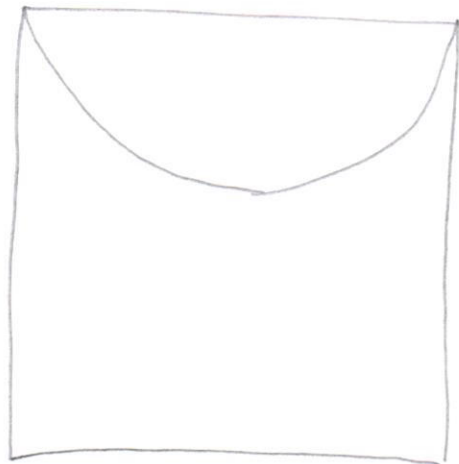
A handwritten signature in blue ink, consisting of several stylized, overlapping vertical strokes.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Moises Torres Mundaca'.

Moises Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
C.Ps.P. N° 31733

12 0 NOV 2024

INJANTE PEREZ JULIO  
SUPERIOR - INSPECTOR - 30 A



Handwritten signature in blue ink.

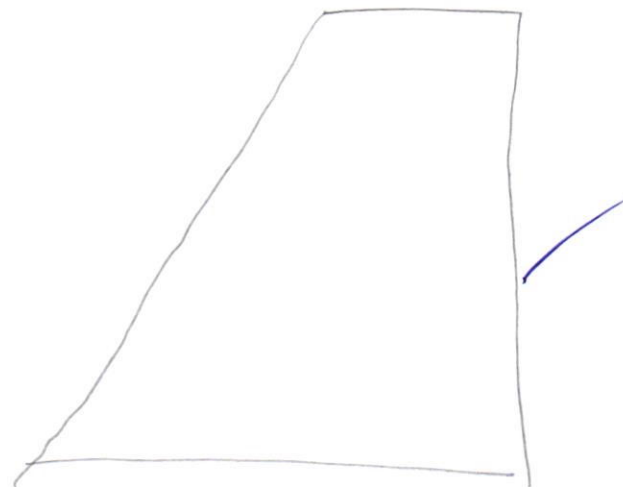
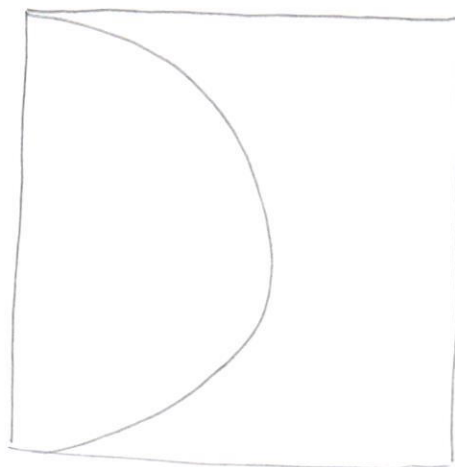
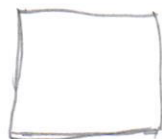


Handwritten signature in blue ink.

Moises Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
C.Ps.P. N° 31733

12 0 NOV 2024

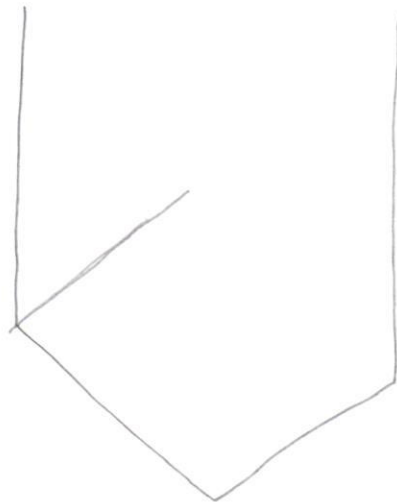
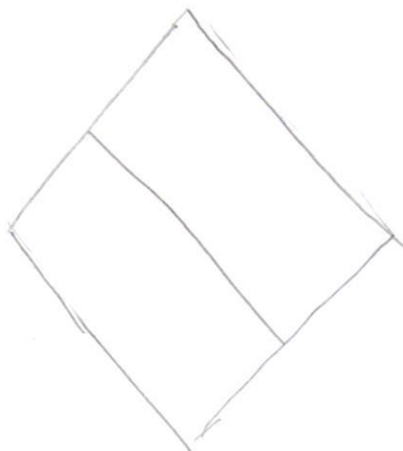
INMUNTE PEEZ JUV  
SUPERIOR - INSPECTOR - 30 A



  
Moises Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
C.Ps.P. N° 31733

INJANTE PEREZ JULIO  
SUPERIOR - INSPECTOR - 30 a

12 0 NOV 2024



Handwritten signature or initials, possibly 'HIA'.



Handwritten signature above the stamp.  
Mundaca  
PSICOLOGO  
C.Ps.P. N° 31733



HORA INICIO: 2:24pm

## TEST DE DOMINOS (Anstey)

HORA TÉRMINO: 2:39pm

|  |          |                           |                              |          |
|--|----------|---------------------------|------------------------------|----------|
| Nombres y Apellidos: Julio Miguel Antonio Infante Paez |          | Escolaridad: Superior     |                              | PD: 24   |
| Dni: 70104286  | Edad: 30 | Sexo: M                   | Fecha de Nac: 19 / 10 / 1994 | Pc: -    |
| Grado de Instrucción: Superior                         |          | Diagnóstico: C-2 promedio |                              | Rango: - |
| Examinador: PSICÓLOGO TORRES MUNDACA MOISES            |          |                           | Fecha de hoy: 20 / 11 / 2024 |          |

## 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 |

Moises Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
C.P.S. N° 3177



# Hoja de Respuestas EJEMPLOS

**A**

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

**B**

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

**C**

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

**D**

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

PAGINA 1

**1**

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  |   |
|  |  | 2 |
|  |  | 4 |

**2**

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  |   |
|  |  | 6 |
|  |  | 1 |

**3**

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  | 3 |
|  |  | 5 |

**4**

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  | 0 |
|  |  | 2 |

**5**

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  | 4 |
|  |  | 1 |

**6**

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  | 3 |
|  |  | 6 |

PAGINA 2

**7**

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  |   |
|  |  |  | 5 |
|  |  |  | 2 |

**8**

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  |   |
|  |  |  | 0 |
|  |  |  | 4 |

**9**

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  | 2 |
|  |  | 6 |

**10**

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  | 3 |
|  |  | 3 |

**11**

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  | 4 |
|  |  | 0 |

**12**

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  | 5 |
|  |  | 1 |

PAGINA 3

Moises Torres Mundaca

PSICOLOGO  
C.P.S.P. N° 31733

**13**

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  |   |
|  |  |  | 2 |
|  |  |  | 3 |

**14**

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  |   |
|  |  |  | 5 |
|  |  |  | 6 |

**15**

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  | 1 |
|  |  | 4 |

**16**

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  | 2 |
|  |  | 5 |

**17**

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  | 6 |
|  |  | 0 |

**18**

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  | 1 |
|  |  | 4 |

PAGINA 4

**19**

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  | 2 |
|  |  | 2 |

**20**

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  | 1 |
|  |  | 5 |

**21**

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  | 0 |
|  |  | 4 |

**22**

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  | 6 |
|  |  | 3 |

**23**

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  | 2 |
|  |  | 1 |

**24**

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  | 3 |
|  |  | 5 |



# TEST DE EYSENCK

HORA DE INICIO: 2:39 pm

HORA DE TERMINO: 2:54 pm

Nombres y Apellidos: Julio Miguel Antonio Infante Perez

DNI: 70104290 Fecha de Nac.: 19/10/1994 Edad: 30 M ☒ F ☐ Estado Civil: Soltero

Grado de Instrucción: Superior Ocupación: Inspector

EXAMINADOR:

Duración :15 minutos PSICÓLOGO TORRES MUNDACA MOISES ✓ Fecha de test: 20/11/2024

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

N:

2

E:

10

Moises Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
C.Ps.P. N° 31733

- Altamente estable  
- Extravertido  
- Flemático

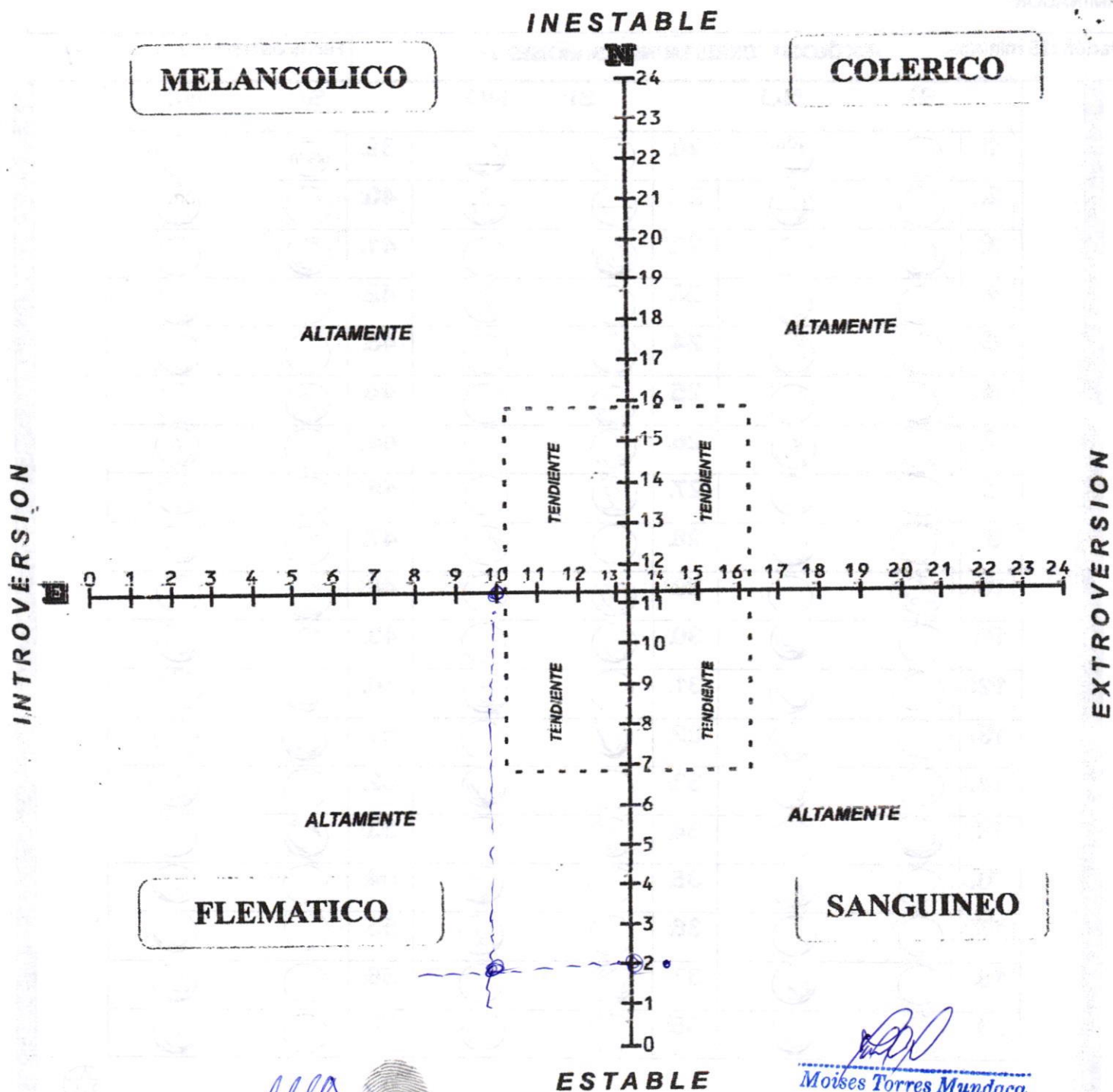


# TABLA DE CALIFICACION EYSENCK & EYSENCK

**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)



*[Signature]*



*[Signature]*  
Moises Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
C.Ps.P. N° 31733

**DIAGNOSTICO:** persona altamente estable, con características extrovertido, de tipo de personalidad flemático

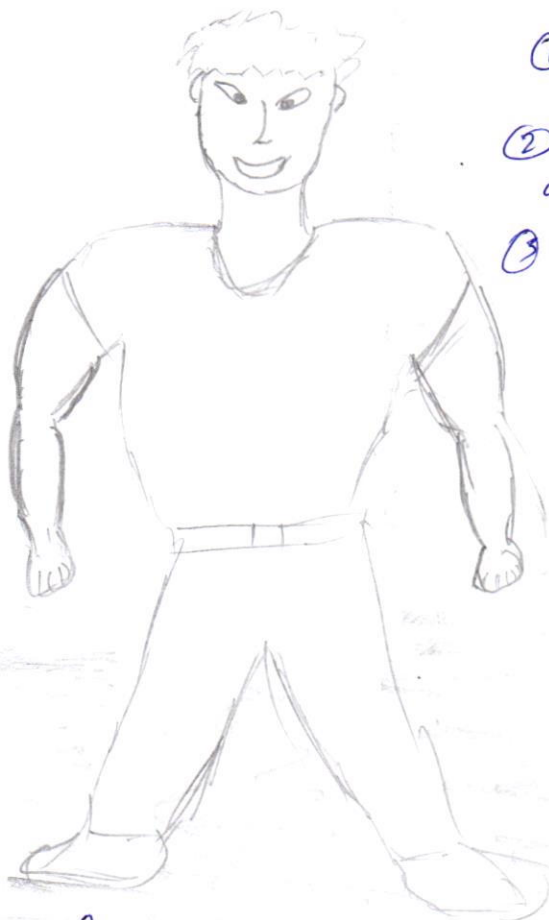


**TEST DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER**

HORA INICIO: 2:54 pm

HORA TÉRMINO: 2:59 pm

|  |               |               |                                 |                       |  |
|--|---------------|---------------|---------------------------------|-----------------------|--|
| Nombres y Apellidos: Julio Aguilar Miranda Perez |               |               |                                 |                       |  |
| DNI: 70104780                                    | Edad: 30 años | Sexo: M       | Fecha de Nac: 11 / 10 / 1994    | Estado Civil: Soltero |  |
| Grado de Instrucción: Superior                   |               |               | Ocupación: Inspector            |                       |  |
| Clase y Categoría: AI                            |               | Motivo: NUEVO | Fecha de examen: 20 / 11 / 2024 |                       |  |
| Examinador: PSICÓLOGO TORRES MUNDACA MOISES      |               |               |                                 | Duración: 5 minutos   |  |



- ① persona tiene identificación con su sexo.
- ② Presenta indicadores de inseguridad, ansiedad y agresividad.
- ③ persona en tiempo y espacio

  
Moisés Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
C.Ps.P. N° 31733

FIRMA PSICOLOGO RESPONSABLE

  
FIRMA Y HUELLA DEL POSTULANTE



## TEST DE AUDIT

(Alcohol Use Disorders Identification Test)

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

HORA DE INICIO: 2:59 p.m.

HORA DE TÉRMINO: 3:09 p.m.

|   |               |               |                              |                                 |  |
|---|---------------|---------------|------------------------------|---------------------------------|--|
| Nombres y Apellidos: Julio Miguel Injante Peron |               |               |                              |                                 |  |
| DNI: 70104280                                   | Edad: 30 años | Sexo: M       | Fecha de Nac: 19 / 10 / 1994 | Estado Civil: soltero           |  |
| Grado de Instrucción: Superior                  |               |               | Ocupación: inspelec.         |                                 |  |
| Clase y Categoría: AJ                           |               | Motivo: Nuevo |                              | Fecha de examen: 20 / 11 / 2024 |  |
| Examinador: PSICÓLOGO TORRES MUNDACA MOISES     |               |               |                              | Duración: 10 minutos            |  |

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

|  | 0  | 1   | 2   | 3   | 4   |                    |
|--|--|---|---|---|---|--------------------|
| 1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?   | Nunca<br><input type="radio"/>   | 1 o 2 veces al mes<br><input checked="" 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"/> | 1                  |
| 2. ¿Cuántos TRAGOS de alcohol suele tomar en un día de consumo normal?   | 1 o 2<br><input type="radio"/>   | 3 o 4<br><input type="radio"/>                              | 5 o 6<br><input checked="" type="radio"/>   | De 7 a 9<br><input type="radio"/>                   | 10 o más<br><input type="radio"/>                     | 2                  |
| 3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?  | Nunca<br><input type="radio"/>   | Menos de una vez al mes<br><input checked="" type="radio"/> | Mensualmente<br><input type="radio"/>   | Semanalmente<br><input type="radio"/>               | A diario o casi a diario<br><input type="radio"/>     | 1                  |
| 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"/>     | 0                  |
| 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"/>     | 0                  |
| 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"/>     | 0                  |
| 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"/>     | 0                  |
| 8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?                       | Nunca<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"/>     | 0                  |
| 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"/>         | 0                  |
| 10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber? | Nunca<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"/>         | 0                  |
| 0 a 7 puntos<br>8 a 15 puntos<br>16 puntos a más   | Consumo de bajo riesgo<br>Consumo de riesgo<br>Posible consumo, problema o dependencia |   | Intervención mínima<br>Intervención breve<br>Derivación asistida para una evaluación completa |   |   | Puntaje AUDIT<br>4 |

Moises Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
C.Ps.P. N° 31733

EVALUADOR

FIRMA Y HUELLA DEL POSTULANTE

RESULTADOS: Consumo de bajo riesgo.



Hora de Inicio: 3:09 pm

Hora de Término: 3:24 pm

|   |                 |                                     |                                     |
|---|-----------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Nombres y Apellidos: <u>Julio Rigoberto Mendoza Perez</u>         |                 |                                     |                                     |
| DNI: <u>70104280</u>  | Edad: <u>36</u> | Fecha de Nac: <u>19 / 10 / 1992</u> | Fecha de hoy: <u>20 / 11 / 2024</u> |
| Psicólogo Responsable: <u>PS. PSICÓLOGO TORRES MUNDACA MOISES</u> |                 |                                     |                                     |

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:** Inspector

**Lugar de nacimiento:** Roxobamba - San Martin

**Lugar de residencia actual:** Pasay Galilea - Indava Roxobamba

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    |          |      |          |       |



  
Moises Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
C.P.S.P. N° 31733



- ◇ 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 |
|------|----------|------|----------|-------|
| X    |          |      |          |       |
| X    |          |      |          |       |
|      | X        |      |          |       |
|      | X        |      |          |       |
| X    |          |      |          |       |
| X    |          |      |          |       |
| X    |          |      |          |       |
| X    |          |      |          |       |
| X    |          |      |          |       |
|      | X        |      |          |       |
| X    |          |      |          |       |
| X    |          |      |          |       |
|      | X        |      |          |       |
| X    |          |      |          |       |
| X    |          |      |          |       |
| X    |          |      |          |       |
|      | X        |      |          |       |
| X    |          |      |          |       |
| X    |          |      |          |       |
| X    |          |      |          |       |
|      | X        |      |          |       |
| X    |          |      |          |       |
| X    |          |      |          |       |
|      | X        |      |          |       |
|      | X        |      |          |       |
|      |          |      | X        |       |
| X    |          |      |          |       |

*[Firma]*



*[Firma]*  
Moises Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
C.P.S.P. N° 31733



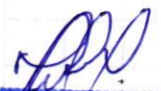
- [illegible]



A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'J. J. J.', is shown next to a fingerprint. The fingerprint is a latent print, showing the ridges and valleys of the finger.

- ✦ 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    |          |      |          |       |
|      | X        |      |          |       |
| X    |          |      |          |       |

  
Moises Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
C.P.A.P. N° 31733

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) OBSESIONES Y COMPULSIONES:

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

☐ 3) SENSITIVIDAD INTERPERSONAL:

6..... ~~21~~..... 34..... ~~36~~..... ~~37~~..... 41..... 61..... 69..... 73..... Total (dividir):..... **3**

\* 4) DEPRESIÓN:

~~5~~..... 14..... 15..... 20..... 22..... ~~26~~..... 29..... 30..... 31..... 32..... 54..... 71..... 79..... Total (dividir):..... **2**

+ 5) ANSIEDAD :

2..... 17..... 23..... ~~33~~..... 39..... 57..... 72..... 78..... 80..... 86..... Total (dividir):..... **1**

— 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 |
|                     |     |      |     |     |     |     |     |      |     |      |    |

9/90 = 0,1

T: 50

3

Moises Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
C.Ps.P. N° 31733

paciente no evidencia patología



**REPÚBLICA DEL PERÚ**  
REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN Y ESTADO CIVIL  
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

CUI  
**70104786-4**

19 10 1994





Primer Apellido  
**INJANTE**

Segundo Apellido  
**PÉREZ**

Primeros nombres  
**JULIO MIGUEL ANTONIO**

**492666**

|                   |                    |                     |
|-------------------|--------------------|---------------------|
| Sexo              | Nacionalidad       | Fecha de Nacimiento |
| <b>M</b>          | <b>PER</b>         | <b>19 10 1994</b>   |
| Estado Civil      | Fecha de Emisión   |                     |
| <b>SOLTERO</b>    | <b>31 10 2023</b>  |                     |
| N° de Targeta     | Fecha de Caducidad |                     |
| <b>0203150870</b> | <b>31 10 2031</b>  |                     |

*Handwritten signature*

|                           |                           |                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Constancia<br>de Sufragio | Constancia<br>de Sufragio | Constancia<br>de Sufragio | Constancia<br>de Sufragio |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|

Grupo de Votación:  
**263903**

Identificación del Ciudadano:  
Nº **218101** Titular **JR.CAHANA M.Z.E.LT.10**

Departamento/Provincia/Distrito:  
**SAN MARTIN/MOYOBAMBA/MOYOBAMBA**

Colección: Unidad Electoral  
para Nacional

**I<PER70104786<3<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<**  
**9410198M3110315PER<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<**  
**INJANTE<<JULIO<MIGUEL<ANTONIO<**