



PERÚ

Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones

MOYOBAMBA - SUC-1

## CERTIFICADO MÉDICO

N° DE INFORME : 2024-00565-0000442

FECHA DEL INFORME : 30/11/2024 11:40:39

FECHA VENCIMIENTO : 30/05/2025



## EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 30/11/2024 08:28:53

Fecha de Término : 30/11/2024 11:40:04

## INFORMACIÓN DEL EVALUADO

Tipo de Documento : DNI

Número de Documento : 76215995

Nombres : NEIBER VERA ESTELA

Dirección : CAS. AHUYACA CAJAMARCA/JAEN/COLASAY

Grupo Sanguíneo : O - POSITIVO

Fecha de Nacimiento : 18/06/2005

## CLASE Y CATEGORÍA DEL POSTULANTE

Clase : A

Categoría : A Uno - NUEVO

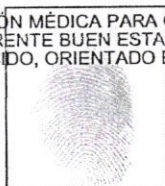
## CONDICIÓN DEL POSTULANTE : APTO

RESULTADO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS Y PSICOLÓGICAS DEL POSTULANTE			
EXAMEN	RESULTADO	FIRMA Y SELLO	OBSERVACIONES
1. ANÁLISIS DE LABORATORIO ANTHONY CALDERON SALAZAR	APTO	 Anthony Calderon Salazar BIÓLOGO MICROBIÓLOGO C.B.P. N° 1474	
2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA MOISES TORRES MUNDACA	APTO	 Moises Torres Mundaca PSICOLOGO C.Ps.P. N° 31733	
3. EVALUACIÓN VISUAL NANCY RAQUEL VARGAS CHANZAPA	APTO	 Nancy R. Vargas Chanzapa MÉDICO CIRUJANO CMP. 91882	
4. EVALUACIÓN AUDITIVA ORIEL DIAZ DIAZ	APTO	 Oriel Diaz Diaz MÉDICO CIRUJANO CMP. 39520	
5. EVALUACIÓN CLÍNICA GABRIEL ANTONIO JOSÉ VÁSQUEZ GONÍ	APTO	 Gabriel A. J. Vásquez Goni MÉDICO CIRUJANO CMP. 97477	
RESULTADO FINAL	APTO	 Oriel Diaz Diaz DIRECTOR MÉDICO CIRUJANO CMP. 39520	

RESTRICCIONES : NINGUNA

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

Firma y Huella Digital del Postulante Evaluado

Director Médico  
ORIEL DIAZ DIAZ  
Oriel Diaz Diaz  
DIRECTOR  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP. 39520Jr. Zorritos 1203 - Lima - Perú  
Telf.: (511) 615 7800  
www.mtc.gob.pe

30/11/2024 11:42 a. m.



PERÚ

Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones

MOYOBAMBA - SUC-1

INFORME MÉDICO

N° DE INFORME : 2024-00565-0000442

FECHA : 30/11/2024

EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio : 30/11/2024

Fecha de Término : 30/11/2024

Hora de Inicio : 08:28:53

Hora de Término : 11:40:04

DATOS DEL POSTULANTE

Tipo de Documento : DNI

N° de Documento : 76215995

Apellido Paterno : VERA

Apellido Materno : ESTELA

Nombres : NEIBER

Fecha de : 18/06/2005

Sexo

: MASCULINO

Teléfono

: 917067235

Dirección : CAS. AHUYACA CAJAMARCA/JAEN/COLASAY

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

O

FACTOR RH

POSITIVO


Resultado Final de Análisis de Laboratorio

APTO

Observaciones

Hora Inicio : 08:32

Hora Término : 08:41

  
Anthony Calderón Salazar  
BIOLOGO/MICROBIÓLOGO  
CBP. N° 4474

Firma, sello  
Responsable de Análisis de Laboratorio  
ANTHONY CALDERON SALAZAR



Firma y huella digital  
Postulante

## 2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

### ORGANICIDAD (COMPLETAR DE ACUERDO A EVALUACIÓN REALIZADO)

#### B. PRUEBAS

WECHSLER - DISEÑO DE CUBOS (+) (-)

BENTON FORMA C (+) (-)

APTO

### INTELIGENCIA (COMPLETAR DE ACUERDO A EVALUACIÓN REALIZADO)

#### A. TEST DE MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN

RESULTADO (+) (-)

#### B. TEST DE DOMINOS ANSTHEY

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

08:43

Hora Término

: 09:53

  
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

: 10:39


Hora Término

: 10:56

  
**Nancy R. Vargas Chanzapa**  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP. 91682

Firma, sello  
Responsable de Evaluación Visual  
NANCY RAQUEL VARGAS CHANZAPA



  
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 : 10:56

Hora Término : 11:12

  
**Oriel Díaz Díaz**  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP 39520

Firma, sello  
Responsable de Evaluación Auditiva  
ORIEL DIAZ DIAZ



Firma y huella digital  
Postulante

## 5. EVALUACIÓN CLÍNICA

### ANAMNESIS - EXAMEN FÍSICO

RESULTADO (+) (-)

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

### ANTECEDENTES PERSONALES

#### A. SISTEMA CARDIO - RESPIRATORIO

INSUFICIENCIA CARDIACA  
TRASTORNOS DEL RITMO  
MARCAPASOS Y DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE  
PRÓTESIS VALVULARES CARDIACAS  
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
ANEURISMA DE GRANDES VASOS  
ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA  
ENFERMEDAD VENOSA  
DISNEA  
TRASTORNOS DEL SUEÑO  
CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN  
  
OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIACO RESPIRATORIO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

#### 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  
HIPERGLUCEMIA 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

alcohol esporadicamente.

CONSUMO SUSTANCIAS TÓXICAS (COCAÍNA, MARIHUANA, DROGAS SINTÉTICAS., SI LA RESPUESTA ES SI, DESDE CUANDO Y CON QUE FRECUENCIA, ANOTARLO EN OBSERVACIÓN)

NO

CONSUMO MEDICAMENTOS (ESPECIFICAR LOS NOMBRES DE LOS MEDICAMENTOS, LA FRECUENCIA Y DESDE CUANDO LOS USA, ANOTARLO EN OBSERVACIONES))

NO

#### EXAMEN FÍSICO

##### A. ANTROPOMETRÍA

PESO (KG)

71

TALLA (CM)

173

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

23.72

##### B. SISTEMA CARDIO-RESPIRATORIO

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (MMHG)

110

PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (MMHG)

70

FRECUENCIA RESPIRATORIA EN REPOSO

19

FRECUENCIA DE PULSO EN REPOSO

78

PULSIOXIMETRÍA

98

CAPACIDAD VENTILATORIA

APTO

##### C. APARATO LOCOMOTOR

FUERZA MUSCULAR

SI

AUSENCIA O DESVIACIONES

AUSENTE

RANGO DE MOVIMIENTOS ARTICULAR LIMITADO

AUSENTE

LESIONES DEFORMANTES EN COLUMNA VERTEBRAL

AUSENTE

LESIONES DEFORMANTES EN EXTREMIDADES

AUSENTE

##### D. SISTEMA NEUROLÓGICO

PRUEBA ÍNDICE - ÍNDICE

SINERGIA

ROMBERT PRUEBA ÍNDICE - NARIZ

EQUILIBRIO CONSERVADO

MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS

AUSENTE

TONO MUSCULAR

APTO

NOCIONES TEMPOROESPACIALES

APTO

REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS

APTO

Resultado Final de la Evaluación Clínica

APTO

Restricciones

NINGUNA

Observaciones

Hora Inicio

: 11:24

Hora Término

: 11:40

  
**Gabriel A. J. Vásquez Goñi**  
**MÉDICO CIRUJANO**  
**CMP. 97417**

Firma, sello  
Responsable de Evaluación Clínica  
GABRIEL ANTONIO JOSÉ VÁSQUEZ GOÑI

  
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 : 11:40

  
**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- 00565-0000442

Fecha de Informe

30 11 2024

**EVALUACIÓN MÉDICA**

Fecha de Inicio

30 11 2024

Fecha de Término

30 11 2024

Hora de Inicio

08 28 am

Hora de Término

11 40 PM

**DATOS DEL POSTULANTE**

Tipo de Documento

DNI

N° de Documento

76215995

Apellido Paterno

Vera

Apellido Materno

Estela

Nombres

Neiber

Fecha de Nacimiento

18 06 2005

Sexo

M

Teléfono

917 067 235

Edad

19

Dirección

CAS. Ahuyaca

**CLASE, CATEGORÍA Y CONDICIÓN DEL POSTULANTE**

Licencia Nueva

AI

Revalidación

—

Recategorización


—

No profesional

X

Profesional

—

  
Postulante a licencia de conducir

Hora de inicio: 8:32 am  
Hora de término: 8:37 am

I. ANÁLISIS DE LABORATORIO:

1. Examen Toxicológico (muestra de orina):

A. Prueba Rápida de Alcoholumetría

Resultado (+) (-) Valor

B. Prueba Rápida para Cocaína, Marihuana y Drogas Sintéticas

Resultado Cocaína	(+) (-)	<input type="text" value="—"/>
Resultado Marihuana	(+) (-)	<input type="text" value="—"/>
Resultado Drogas Sintéticas	(+) (-)	<input type="text" value="—"/>


2. Grupo Sanguíneo o Factor RH



Grupo sanguíneo  Factor RH

RESULTADO FINAL DE ANÁLISIS DE LABORATORIO

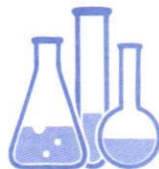
APTO  NO APTO

Observaciones: NINGUNA

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

	
Firma y huella digital del Postulante	





ORDEN N°: PAM – 009873

CATEGORIA: AI

PACIENTE : Neiber Vera Estela  
SOLICITANTE : Dr. Oriel Díaz D.  
MUESTRA : Sangre  
EXAMENES : Grupo Sanguíneo y Factor Rh.  
HORA DE INICIO : 8:32 am  
HORA DE TÉRMINO : 8:37 am

**RESULTADOS**

EXAMEN	RESULTADO
GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH	O (+)

Moyobamba, 30 de Noviembre del 2024

POLICLINICO "ALTO MAYO"  
MÁS VIDA Y SALUD  
Anthony Calderón Salazar  
BIÓLOGO-MICROBIÓLOGO  
CRP N° 4474

Hora de inicio: 8:43am  
 Hora de término: 9:53am

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

(+) (-)

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)

(+) (-)

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

(+) (-)

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)

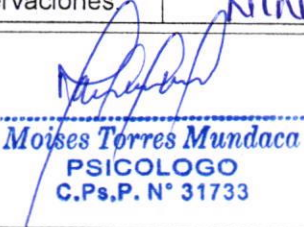


(+) (-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

APTO

APTO

NO APTO

Observaciones: <u>NINGUNA</u>	
 <b>Moises Torres Mundaca</b> <b>PSICOLOGO</b> <b>C.Ps.P. N° 31733</b>	
Firma, sello y huella digital Responsable de Evaluación Psicológica	
	
Firma y huella digital del Postulante	

Hora de inicio: 10:39 am  
Hora de término: 10:54 am

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 200/200 (+) (-)

3. Visión de Colores

Resultado APTO 200/200 (+) (-)

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

 <b>Nancy R. Vargas Chanzapa</b> MÉDICO CIRUJANO CMP. 91682	
Firma, sello y huella digital Responsable de Evaluación Visual	

	
Firma y huella digital del Postulante	

Nombre: Vera Estela Neiber  
DNI: 76215995  
Sexo: Masculino  
Edad: 19 años. (18/06/2005)  
Grupo sanguíneo: 0 +  
Restricciones:  
Estado civil: Soltero  
Estudios: Secundarios  
Domicilio: Caserio Ahuyaca  
Restricciones: No



Examen tomado el día 30/11/2024

Tipo de examen: Particular

Número de informe: 16021

**RESULTADO: APROBADO**

**Test de visión y audición**

Agudeza visual

Vision binocular

Hasta linea #5 (20/30)

Aprobado

Ojo izquierdo

Hasta linea #5 (20/30)

Aprobado

Ojo derecho

Hasta linea #5 (20/30)

Aprobado

100% de aciertos

Aprobado

100% de aciertos.

Aprobado

Foria Horizontal

Dentro de lo normal

Aprobado

Foria Vertical

Dentro de lo normal

Aprobado

Reconoce figuras a 35 candelas

Aprobado

Reconoce figura a 45 candelas

Aprobado

03:18 segundos.

Aprobado

Ojo izquierdo

Hasta 85 grados

Aprobado

Ojo derecho

Hasta 85 grados

Aprobado

Perimetria Vertical

Hasta 70 grados

Aprobado

Ambos oidos

Todas las frecuencias.

Aprobado

Vision nocturna

Vision encandilada

Recup. de encandilamiento

Test de perimetria

Examen auditivo

**Resultado: APROBADO**

Responsable de este examen: Administrador





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

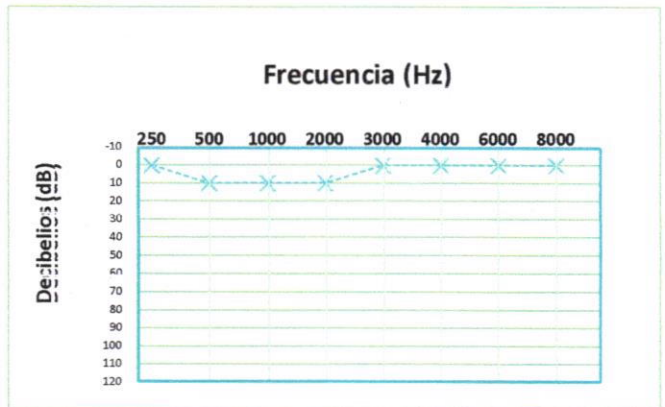
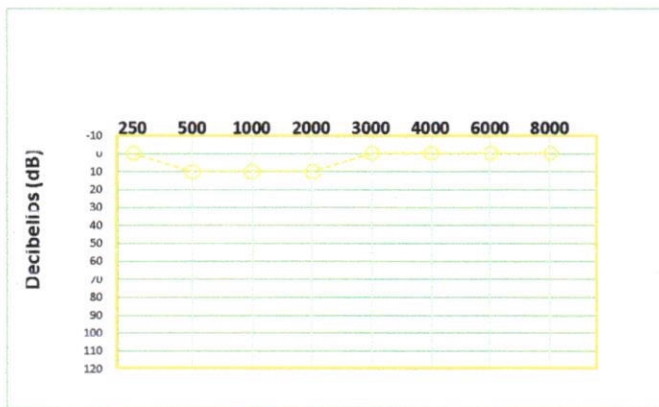
Nº Control	2805	Historia Clínica	76215995	Ficha Audiológica	x	Marca: Ampliox				
Fecha del Examen	30/11/2024	EXAMEN	Licencias de Coducir x	Periódica	0	Retiro	0	Otro	0	Mod: 240 Serie: 32661
Apellidos y Nombres	VERA ESTELA NEIBER									
Edad	19	Sexo	M	DNI	0					
Ocupación	AGRICULTOR	CASE Y CATEGORIA	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

*[Signature]*



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

*[Signature]*  
**Oriel Díaz Díaz**  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP 39520

Datos del especialista

#### IV. EVALUACIÓN AUDITIVA

Hora de inicio: 10:56 am  
 Hora de término: 11:11 am

1. Otoscopia

*[Handwritten notes and signatures in the Otoscopia section]*

2. Examen Auditivo

Vía Aérea  
 OD = o  
 OI = x

Vía Ósea  
 OD = <  
 OI = >

PDT=500+1000+2000/3

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

Frecuencia (Hz)

Valores:

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

Oído derecho	10
Oído izquierdo	10
Ambos Oídos	10

Pérdida  
 Auditiva  
 (dB)

#### RESULTADO FINAL DE LA EVALUACIÓN AUDITIVA

APTO

APTO

NO APTO

—

Observaciones:

Ninguno

*[Signature]*  
**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: 11:24 am  
 Hora de término: 11:39 am

## V. EVALUACIÓN CLÍNICA

### 1. ANAMNESIS

Paciente acude a examen médico para emisión de licencia de conducir. AL. Niega molestias, niega obs. ECG: 15/15 ms. QTEP. ABEG, ABEGH, ABEN.

### 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 HEMATOLOGICO</b>			
➤ <b>ENFERMEDADES METABÓLICAS Y ENDOCRINAS</b>			
Hipoglucemia		/	
Hiperglicemia o Diabetes Mellitus		/	
Enfermedad tiroidea		/	
Enfermedad paratiroidea		/	
Enfermedad adrenal		/	
Trastornos hepáticos		/	
Sistema hematológico		/	
➤ <b>TRASTORNOS HEMATOLOGICOS</b>			
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)	/		Alcohol: Episódico Tabaco: Ninguno
Consumo de sustancias tóxicas (cocaína, marihuana, drogas sintéticas, si la respuesta es sí, ¿desde cuándo y con qué frecuencia?, anotar en observaciones)		/	
Consumo de medicamentos (especificar los nombres de los medicamentos, la frecuencia y desde cuándo los usa, anotar en observaciones)		/	

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

*[Firma]*



Firma y huella del postulante

### 3. EXAMEN FÍSICO

#### ➤ Antropometría

Peso **71** Kg.

Talla **1.73** cm.

IMC **23.7**

**NORMAL.**

#### ➤ Sistema Cardio-Respiratorio

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

<b>110</b>
<b>70</b>
<b>19x1</b>
<b>78x1</b>
<b>98%</b>
<b>Adecuada</b>

### 5. APARATO LOCOMOTOR

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

<b>Conservada</b>
<b>Ausencia</b>
<b>Ausente</b>
<b>Ausente</b>
<b>Ausente</b>
<b>Adecuada</b>

#### ➤ Sistema Neurológico

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

<b>Sinergia</b>
<b>Equilibrio conservado</b>
<b>Ausente</b>
<b>Conservado</b>
<b>Adecuado</b>
<b>2+ (normal)</b>



➤ Índice de Monitoreo de Somnolencia (Postulantes profesionales)

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


Resultado

Valor (+) (-)

RESULTADO FINAL DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA

APTO

NO APTO

Observaciones:

Ninguna

 <b>Gabriel A. J. Vázquez Goni</b> <b>MÉDICO CIRUJANO</b> <b>CMP. 97417</b>	
Firma, sello y huella digital Responsable de Evaluación Clínica	

	
Firma y huella digital del Postulante	

RESULTADO FINAL

APTO

NO APTO

Observaciones:

Ninguna

 <b>Oriel Díaz Díaz</b> <b>DIRECTOR</b> <b>MÉDICO CIRUJANO</b> <b>CMP. 39520</b>	
Firma, sello y huella digital Director Médico	

	
Firma y huella digital del Postulante	

Hora de término de la evaluación completa:

11:40

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- 00365 -0000 442

FECHA DE INFORME 30/11 / 2024

EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio: 30/11 / 2024

Fecha de Término: 30/11 / 2024

REEVALUACIÓN MÉDICA

Fecha de Inicio: / /

Fecha de Término: / /

INFORMACIÓN DEL EVALUADO

Apellido Paterno: VERA

Tipo de Documento: DNI - CE

Apellido Materno: ESTELA

N° de Documento: 76215995

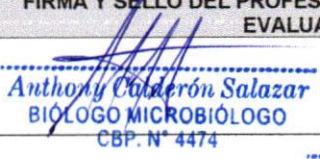
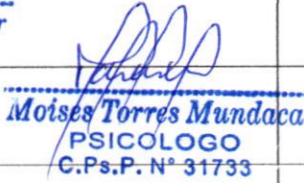




Nombres: NEIBER

Fecha de Nacimiento: 18-06-2005

Grupo Sanguíneo y Factor RH: O+

CLASE Y CATEGORÍA DEL POSTULANTE: PE-MUEVO

CONDICIÓN DEL POSTULANTE:

RESULTADO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS Y PSICOLÓGICAS A POSTULANTES PARA LA OBTENCIÓN Y/O REVALIDACIÓN DE LICENCIAS DE CONDUCIR			
EXAMEN	RESULTADO	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL DE SALUD QUE EVALUA	OBSERVACIONES
ANÁLISIS DE LABORATORIO	APTO	 Anthony Calderón Salazar BIÓLOGO MICROBIÓLOGO CBP. N° 4474	
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	APTO	 Moises Torres Mundaca PSICOLOGO C.Ps.P. N° 31733	
EVALUACIÓN VISUAL	APTO	 Nancy R. Vargas Chanzapa MÉDICO CIRUJANO CMP. 91682	
EVALUACIÓN AUDITIVA	APTO	 Oriel Díaz Díaz MÉDICO CIRUJANO CMP. 39520	
EVALUACIÓN CLÍNICA	APTO	 Gabriel A. J. Vásquez Goñi MÉDICO CIRUJANO CMP. 97417	
RESULTADO FINAL DEL POSTULANTE	APTO	 Oriel Díaz Díaz DIRECTOR MÉDICO CIRUJANO CMP. 39520	

  
Firma del Postulante Evaluado

  
Oriel Díaz Díaz  
DIRECTOR  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP. 39520

Director Médico

Huella Digital del  
Postulante Evaluado





# TRVB- Test de Retención Visual de Benton

## Hoja de Anotación

Hora de Inicio: 8:43am

FORMA: C,D,E, ADMINISTRACION : A,B,C y D,(rodéense las empleadas) Fecha: 30/11/2024  
Apellidos y Nombres: Vera Estela Neibes DNI: 76218995 Edad: 19  
Sexo: M F. de Nacimiento: 10/06/2005 Nivel de Inteligencia (conocido o estimado): .....  
Motivo de Examen: obtención de licencia Grado de Instrucción: Secundaria  
Examinador: PSICÓLOGO TORRES MUNDACA MOISES..... Ocupación: independiente 10 minutos

Lámina	Reproducción correcta	VALORACIÓN DE ERRORES							Total Errores	
		Omisión	Distorsión	Perseveración	Rotación	Desplazamiento	Tamaño	Derecha	Izquierda	
I	✓	Sin afectación 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 .....

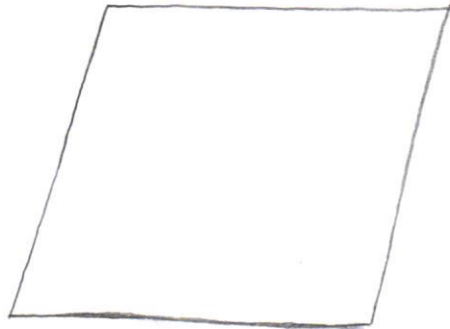
HORA DE TÉRMINO: 8:53am

  
FIRMA Y HUELLA DEL POSTULANTE

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


Vela Estela Neiber  
Secundana - independiente - 19 a

30 NOV 2024



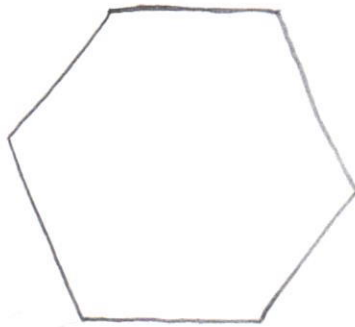
Eng



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


Vela Estela Neiber  
Secundaria - independiente - 19 a

30 NOV 2024



Euf

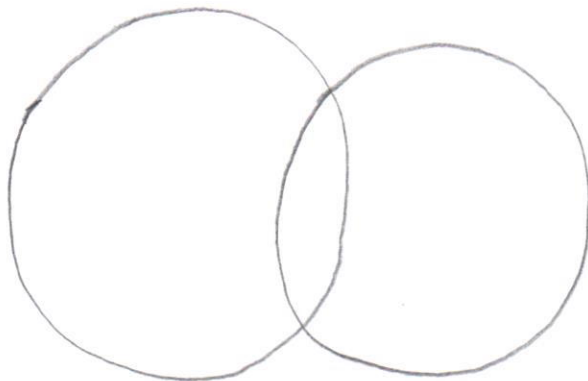


  
Moises Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
C.P.S.P. N° 31733



Vela Estela Neiber  
Secundaria - independiente - 19 a

30 NOV 2024



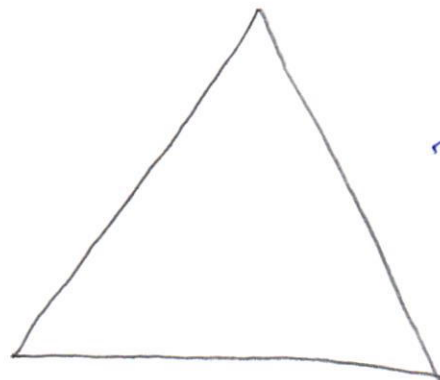
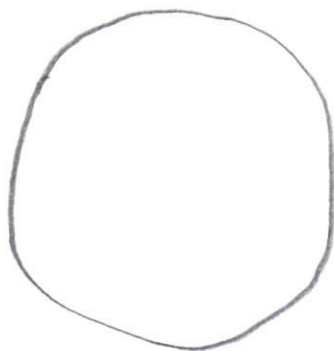
Euf



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

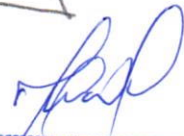
30 NOV 2024

Vela Estela Neiber  
Sewndana - independiente - 19 a



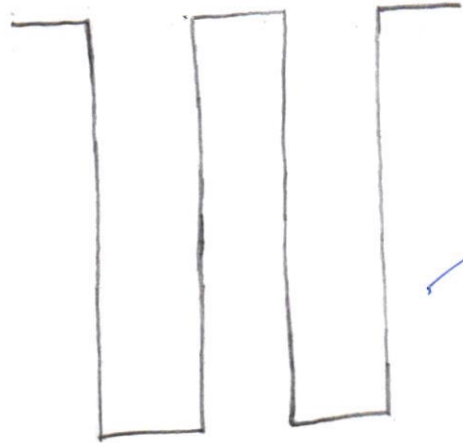
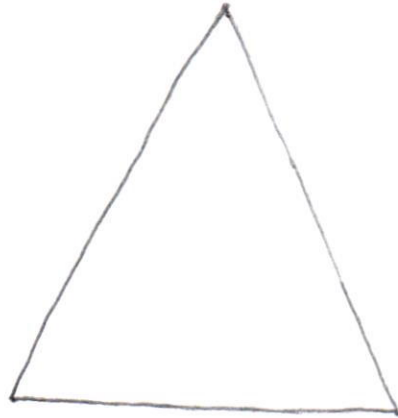
Eunf



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

Vela Estela Neiber  
Sewndana - independiente - 19 a

30 NOV 2024



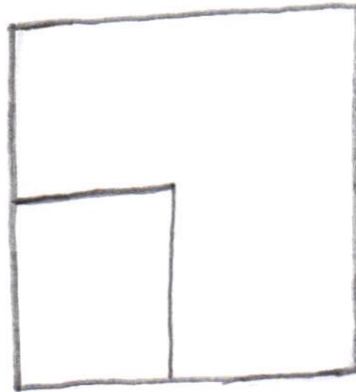
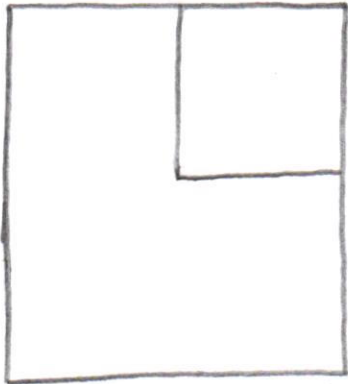
Euf



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

Vela Estela Neiber  
Sewndana - independiente - 19 a

30 NOV 2024



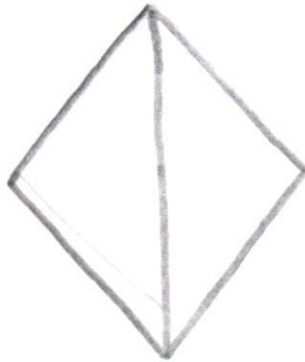
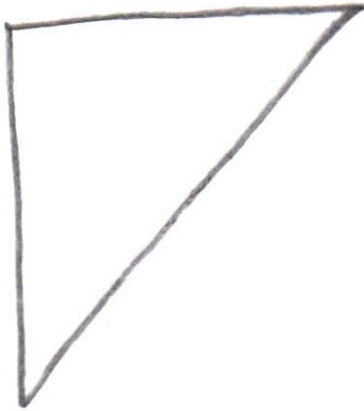
*Emp*



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

Vela Estela Neiber  
Sewndana - independente - 19 a

30 NOV 2024



*Estela*

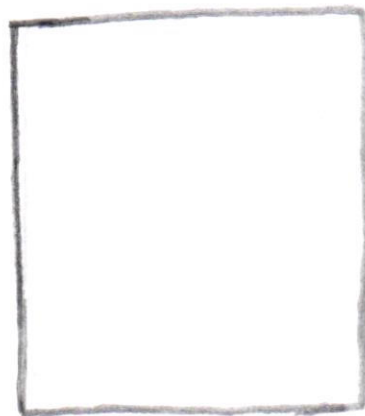
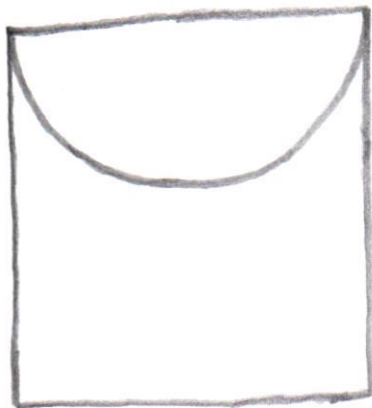


*M. Torres*  
Moses Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
C.Ps.P. N° 31733



Vela estela Neiber  
Secundaria - independiente 19 a

30 NOV 2024



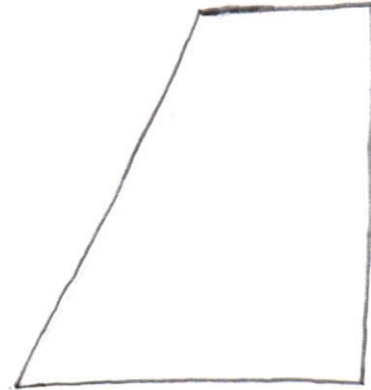
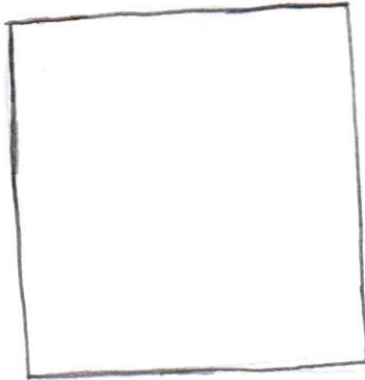
Surf



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

Vela estela Neiber  
Secundana - independiente - 19 a

30 NOV 2024



*Estela*

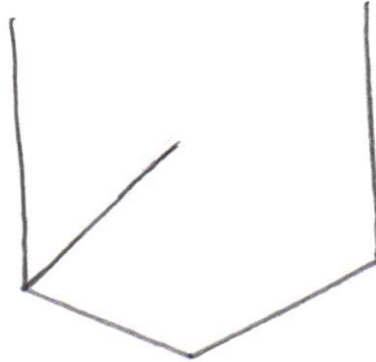
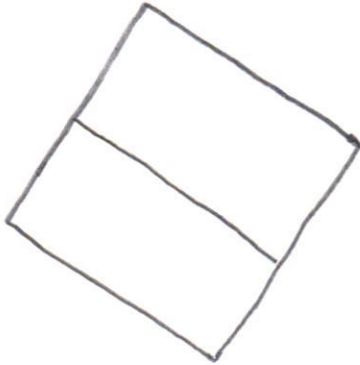


*Moisés Torres Mundaca*

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

Vela Estela Neiber  
Secundaria - Independiente - 19 a

30 NOV 2024



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

# TEST DE EYSENCK

HORA DE INICIO: 8:53am

HORA DE TERMINO: 9:08am

Nombres y Apellidos: Neiber Vera Estela					
DNI 76235995	Fecha de Nac.: 10/06/2005	Edad: 19	M x	F	Estado Civil: Soltero
Grado de Instrucción: Secundaria				Ocupación: independiente	
EXAMINADOR: TORRES MUNDACA MOISES					
Duración :15 minutos		PSICÓLOGO TORRES MUNDACA MOISES			Fecha de test: 30/11/24

	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 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	44.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	26.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	45.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	27.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
9.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	28.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	47.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
10.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	29.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	48.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
11.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	30.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	49.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
12.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	31.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	50.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
13.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	32.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	51.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
14.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	33.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	52.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
15.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	34.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	53.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	35.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	54.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	36.	<input 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 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:

15

L:

estable  
- exhortativa  
- sumativa

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

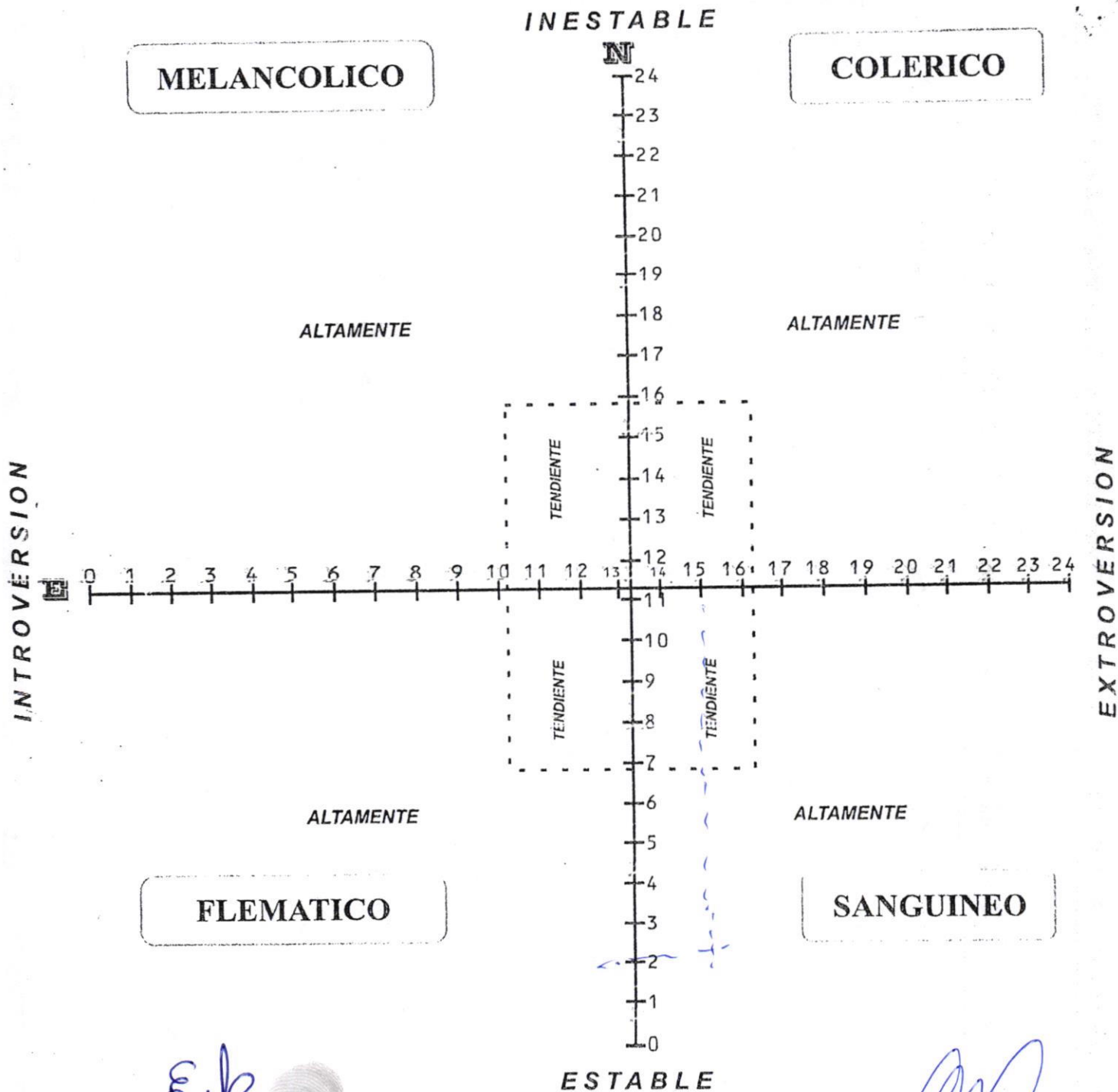


# TABLA DE CALIFICACION EYSENCK & EYSENCK

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

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

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



*Euf*



*[Signature]*

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

DIAGNOSTICO: *persona altamente estable, extrovertida*  
*con personalidad sanguinea.*

HORA INICIO: 9:08am

TEST DE DOMINOS (Anstey)

HORA TÉRMINO: 9:23am

Nombres y Apellidos: <u>Neiber Vela Estela</u>		Escolaridad: <u>Secundaria</u>		PD: <u>24</u>
DNI: <u>76215995</u>	Edad: <u>19</u>	Sexo: <u>M</u>	Fecha de Nac: <u>18/06/2005</u>	Pc: <u>—</u>
Grado de Instrucción: <u>Secundaria</u>		Diagnóstico: <u>At. Inmedida</u>		Rango: <u>—</u>
Examinador: <u>PSICÓLOGO TORRES MUNDACA MOISES</u> ✓			Fecha de hoy: <u>30/11/24</u>	

PAGINA 5

25 	26 
27 	28 
29 	30 

PAGINA 6

31 	32 
33 	34 
35 	36 

PAGINA 7

37 	38 
39 	40 
41 	42 

PAGINA 8

43 	44 
45 	46 
47 	48 

Moises Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
O.P.S.P. N° 34733

*Estela*



# Hoja de Respuestas EJEMPLOS

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

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

PAGINA 1

PAGINA 2

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

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

PAGINA 3

PAGINA 4

Moises Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
C.Ps.P. N° 31739

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

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

*Sub*

## TEST DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER


HORA INICIO: 9:23am

HORA TÉRMINO: 9:28am

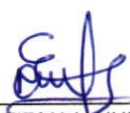
Nombres y Apellidos: <u>Neiber Vela Estela</u>				
DNI: <u>76215995</u>	Edad: <u>19</u> años	Sexo: <u>M</u>	Fecha de Nac: <u>18 / 06 / 2005</u>	Estado Civil: <u>Soltero</u>
Grado de Instrucción: <u>Secundaria</u>			Ocupación: <u>Independiente</u>	
Clase y Categoría: <u>A1</u>	Motivo: <u>Nuevo</u>		Fecha de examen: <u>30 / 11 / 2024</u>	
Examinador: <b>PSICÓLOGO TORRES MUNDACA MOISES</b> ✓				Duración: 5 minutos



- ① identificación con su sexo
- ② problemas con autoestima.
- ③ características de ansiedad y agresividad.
- ④ Tendencia a una persona obsesiva.

  
**Moises 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 Trastornos debidos al Consumo de Alcohol)

HORA DE INICIO: 9:28 am

HORA DE TÉRMINO: 9:38 am

Nombres y Apellidos: Neiber Vela Estela	
DNI: 76255995	Edad: 59 años
Sexo: M	Fecha de Nac: 18 / 06 / 2005
Estado Civil: Soltero	
Grado de Instrucción: Secundaria	Ocupación: independiente
Clase y Categoría: A3	Motivo: Nuevo
Fecha de examen: 30 / 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 <input checked="" type="radio"/>	1 o 2 veces al mes <input type="radio"/>	2 a 4 veces al mes <input type="radio"/>	De 2 a 3 veces a la semana <input type="radio"/>	De 4 a más veces a la semana <input type="radio"/>	0
2. ¿Cuántos TRAGOS de alcohol suele tomar en un día de consumo normal?	1 o 2 <input checked="" type="radio"/>	3 o 4 <input type="radio"/>	5 o 6 <input type="radio"/>	De 7 a 9 <input type="radio"/>	10 o más <input type="radio"/>	0
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca <input checked="" type="radio"/>	Menos de una vez al mes <input type="radio"/>	Mensualmente <input type="radio"/>	Semanalmente <input type="radio"/>	A diario o casi a diario <input type="radio"/>	0
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?	Nunca <input checked="" type="radio"/>	Menos de una vez al mes <input type="radio"/>	Mensualmente <input type="radio"/>	Semanalmente <input type="radio"/>	A diario o casi a diario <input type="radio"/>	0
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca <input checked="" type="radio"/>	Menos de una vez al mes <input type="radio"/>	Mensualmente <input type="radio"/>	Semanalmente <input type="radio"/>	A diario o casi a diario <input type="radio"/>	0
6. ¿Con qué frecuencia ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca <input checked="" type="radio"/>	Menos de una vez al mes <input type="radio"/>	Mensualmente <input type="radio"/>	Semanalmente <input type="radio"/>	A diario o casi a diario <input type="radio"/>	0
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca <input checked="" type="radio"/>	Menos de una vez al mes <input type="radio"/>	Mensualmente <input type="radio"/>	Semanalmente <input type="radio"/>	A diario o casi a diario <input type="radio"/>	0
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca <input checked="" type="radio"/>	Menos de una vez al mes <input type="radio"/>	Mensualmente <input type="radio"/>	Semanalmente <input type="radio"/>	A diario o casi a diario <input type="radio"/>	0
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	Nunca <input checked="" type="radio"/>		Sí, pero no en el curso del último año <input type="radio"/>		Sí, en el último año <input type="radio"/>	0
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	Nunca <input checked="" type="radio"/>		Sí, pero no en el curso del último año <input type="radio"/>		Sí, en el último año <input type="radio"/>	0
0 a 7 puntos 8 a 15 puntos 16 puntos a más	Consumo de bajo riesgo Consumo de riesgo Posible consumo, problema o dependencia		Intervención mínima Intervención breve Derivación asistida para una evaluación completa			Puntaje AUDIT <input type="text"/>

Moises Torres Mundaca  
PSICÓLOGO  
C.Pa.P. N° 31733

EVALUADOR

*[Firma]*

FIRMA Y HUELLA DEL POSTULANTE

RESULTADOS: Consumo de bajo riesgo

Hora de Inicio: 9:38amHora de Término: 9:53am

Nombres y Apellidos: <u>Neibel Vera Estela</u>			
DNI: <u>76235995</u>	Edad: <u>19</u>	Fecha de Nac: <u>18 / 06 / 2005</u>	Fecha de hoy: <u>30 / 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: independiente

Lugar de nacimiento: Ahuyaca-Colasay

Lugar de residencia actual: Habana

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				

*[Firma]*





- [illegible]

5

*E. J. [Signature]*

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
40. Náuseas o dolor de estómago.	X				
41. Sentirme inferior a los demás.	X				
42. Calambres en manos, brazos o piernas.	X				
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.	X				
44. Tener problemas para dormir.	X				
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.	X				
46. Tener dificultades para tomar decisiones.	X				
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.	X				
48. Tener dificultades para respirar bien.	X				
49. Ataques de frío o de calor.	X				
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.	X				
51. Sentir que mi mente queda en blanco.	X				
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.	X				
53. Tener un nudo en la garganta.	X				
54. Perder las esperanzas en el futuro.	X				
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.	X				
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.	X				
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a	X				
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados	X				
59. Pensar que me estoy por morir.	X				
60. Comer demasiado.	X				
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.	X				
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.	X				
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.	X				
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.	X				
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.	X				
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.	X				
67. Necesitar romper o destrozar cosas.	X				
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.	X				
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.	X				
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.	X				
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.	X				

*Euf*



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



Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
X				
X				
X				
X				
X				
X				
X				
	X			
X				
X				
X				
	X			
X				
	X			
X				
X				
X				

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

  
Moises Torres Mundaca  
PSICOLOGO  
C.Ps.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):..... 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):..... 1

— 6) HOSTILIDAD:

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

/ 7) ANSIEDAD FÓBICA:

13..... 25..... 47..... 50..... 75..... 82..... 100..... 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):..... 2

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

3/90:  
T =

Sin psicopatología

