

ANEXO C ESTÁNDAR DE ALTURA DE BARRICK - CERTIFICADO MÉDICO

INFORMACIÓN PARA LOS PROFESIONALES MÉDICOS

Barrick Gold realiza operaciones mineras en ubicaciones remotas en varios países y tiene minas a gran altura (hasta a 5,000 metros (16,400 pies) sobre el nivel del mar) y en condiciones climáticas adversas. Las condiciones de trabajo pueden ser extremadamente adversas y la evacuación médica podría ser prolongada o diferida.

Barrick asume con seriedad los riesgos de enviar individuos a estas operaciones remotas y solicita una exhaustiva diligencia que evalúe la idoneidad de cada individuo para que viaje y trabaje bajo condiciones extremas en altura. Las contraindicaciones absolutas y relativas para viajar a altura se encuentran detalladas a continuación y constituyen requerimientos derivados de investigaciones y experiencia basadas en evidencias. Recomendamos firmemente que nos contacten para discutir los casos en los cuales la aptitud médica para que el individuo viaje a gran altitud pueda estar en duda, en particular en los casos en los que se pueda requerir de más evaluaciones para tomar una decisión. Alentamos una baja tolerancia al riesgo durante la evaluación del paciente. No se aceptará que ningún individuo viaje hasta que el certificado médico haya sido revisado y aprobado por parte de un médico de Barrick.

Los individuos que viajen a emplazamientos en altura por encima de los 3000* metros sobre el nivel del mar podrían experimentar mal de altura o empeorar condiciones de salud preexistentes. Barrick Gold requiere que cada individuo pase un examen físico para que el médico complete el presente Certificado Médico.

NOTA: El presente Certificado Médico:

1. Deberá ser enviado a highaltitude@barrick.com cinco (5) días previos a la llegada al emplazamiento.
2. Deberá ser llevado por el visitante al Centro Médico del emplazamiento (para cada visita al emplazamiento) para obtener un chequeo médico obligatorio (al llegar)
3. Es válido durante un año a partir de la fecha de la aprobación del examen médico.

En caso de cualquier cambio en la salud posterior a la emisión del certificado médico, el visitante es el responsable de contactar a un profesional de la salud y que se vuelva a evaluar su elegibilidad a fin de que su certificación médica sea reevaluada.

| Datos personales | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Apellidos: | Nombres: | Emplazamiento a visitar |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aa) / / | Sexo _ Masculino _ Femenino | DNI: |

Medicamentos _____ que _____ utiliza
 Alergias: _____
 Otras alergias (incluir por vía respiratoria o por contacto): _____
 Tipo de sangre (en caso lo sepa): _____

| CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS PARA LA VISITA AL EMPLAZAMIENTO | | SI | NO |
|--|---|----|----|
| 1. | Antecedente de Neumotórax en los últimos 6 meses | | |
| 2. | Diabetes no controlada | | |
| 3. | Angina inestable | | |
| 4. | Infarto al miocardio en los últimos 6 meses | | |
| 5. | Embarazo | | |
| 6. | EPOC – Enfermedad pulmonar obstructiva crónica confirmada | | |
| 7. | Hipertensión arterial no controlada | | |
| 8. | Arritmia cardíaca no controlada | | |
| 9. | Insuficiencia cardíaca congestiva | | |
| 10. | Cardiomiopatía hipertrófica idiopática | | |
| 11. | Cualquier insuficiencia en la válvula aórtica | | |
| 12. | IMC mayor a 35 (requerimiento legal en Chile) | | |
| 13. | IMC mayor a 40 (requerimiento legal en Perú y Argentina) | | |
| 14. | Antecedente de edema pulmonar de altura | | |
| 15. | Antecedente de edema cerebral de altura | | |

* Para Perú (debido a requerimientos legales) 2,500 msnm

| | | | |
|---------|---------------------------------|-------------------------|------------|
| BARRICK | Estándar de altura para BARRICK | Documento de referencia | BGC-SH-003 |
| | | Página | 2 de 2 |

Se necesitará una evaluación adicional en caso de que existiera alguna de las siguientes condiciones médicas.

| CONTRAINDICACIONES RELATIVAS PARA LA VISITA AL EMPLAZAMIENTO | SI | NO |
|--|----|----|
| Antecedente previo de infarto al miocardio (requiere documentación de prueba de esfuerzo cardíaco de los últimos 12 meses) | | |
| Accidente cerebrovascular (El antecedente de trombosis venosa cerebral es una contraindicación absoluta, cualquier otro accidente cerebrovascular requerirá una evaluación adicional y un informe médico completo) | | |
| Patología Valvular Cardíaca en tratamiento (se requiere ecocardiograma actual comentado) | | |
| Insuficiencia cardíaca congestiva (sea clase I o II) (requiere una carta de su médico de cabecera que especifique si es o no seguro su ascenso a gran altitud) | | |
| Presencia de Marcapasos (requiere un informe de evaluación realizada en los últimos 6 meses) | | |
| Hipertensión pulmonar – Se requiere autorización escrita de su médico | | |
| Antecedente de bypass arterial coronario/Angioplastia/Stent (requiere autorización documentada por parte de un cardiólogo) | | |
| Diabetes mellitus controlada (requiere prueba de esfuerzo documentada en caso de que sea tenga más de 40 años de edad) | | |
| Hipertensión arterial bajo tratamiento | | |
| Dos o más factores de riesgo coronario necesitan mayor evaluación que incluye una prueba de esfuerzo cardíaco | | |
| Cualquier persona con 55 o más años de edad requiere una prueba de esfuerzo cardíaco | | |

Las siguientes condiciones necesitan una coordinación con su médico quien determinará si puede subir o no, e incluirá un informe completo junto con el presente Certificado Médico.

| | SI | NO |
|--|----|----|
| Derrame cerebral / accidente cerebrovascular | | |
| Epilepsia | | |
| Desvanecimientos/mareos – en caso sea Vértigo benigno posicional | | |
| Hemoglobina menor a 1100 o mayor a 2200 | | |
| Cirugía mayor en los últimos 90 días | | |
| Trastorno de coagulación | | |
| Apnea Obstruciva del Sueño | | |
| Patología de retina/glaucoma | | |

Comentarios del doctor: _____

| EXAMEN MÉDICO | | | | | | |
|---------------|--------------|--------------------------|------------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| Peso (Kgs.) | Altura (mts) | Ind. Masa corporal (IMC) | Pulso / Ritmo cardíaco | Frec. Respiratoria | Presión Arterial | Sat O ₂ |
| | | | | | | |

Por el presente certifico que él/ella se encuentra apto (), no apto ().

| INFORMACION DEL DOCTOR RESPONSABLE DEL EXAMEN | | |
|---|------------------|-----------------------------|
| Apellidos: | | Nombres: |
| Dirección: | | |
| Correo electrónico: | | Fax: Celular: (opcional) |
| No. Registro profesional: | Fecha (dd/mm/aa) | Sello |
| Firma | | |

(c) Barrick Gold Corporation - Confidencial. SÓLO PARA USO INTERNO. No se deberá transmitir, divulgar, copiar o reproducir el presente documento o parte alguna del mismo sin el consentimiento previo por escrito de Barrick Gold Corporation.