



“AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO ”

Yunguyo, 22 de Octubre del 2024.

**OFICIO. N ° 032- 2024 -UGEL-Y-AGP- P.C – PRONOEL-I.**

SEÑOR

: Lic. Efraín CONDORI RIVERA.  
DIRECTOR DE LA UGEL YUNGUYO

-ESPECIALISTA EN PERSONAL

ASUNTO

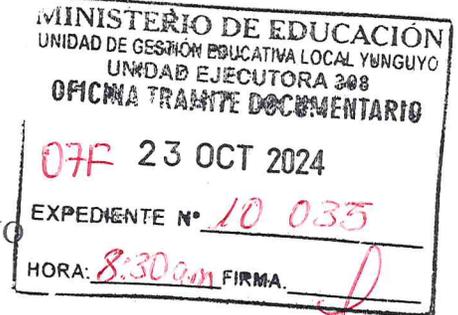
**:SOLICITO PERMISO POR MOTIVOS DE SALUD**

Es muy grato dirigirme a su digna autoridad con la finalidad de comunicarle que el día de hoy martes 22 de octubre no pude asistir a mi centro de trabajo como Profesora Coordinadora por motivos de tener cita medica en EsSalud Puno. Considerando el literal a) del artículo 199 del Reglamento de la Ley N° 29444, Ley de Reforma Magisterial aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2013-ED. Acompaño los medios probatorios para la justificación. No dudando de su alto espíritu de comprensión.

Aprovecho la oportunidad para expresarle las consideraciones más distinguidas de mi estima personal.

Atentamente.

  
Prof. Eany Luz Choque Ticona  
PROFESORA COORDINADORA PRONOEL  
CICLO- UGEL YUNGUYO



# CONSTANCIA DE ATENCIÓN

HACE CONSTAR:

QUE EL PACIENTE SR (a): FANY LUZ CHOREZ TICONA  
CON EL N° DE AUTOGENERADO 01822098 DNI 01822098  
HA SIDO ATENDIDO EN EL HOSPITAL III DE SALCEDO, EN EL SERVICIO DE  
CABECERAS CUINO TONA DE BUSSARA  
EL DÍA 22/10/24 A HORAS 8:30 AM

**NO ES VÁLIDO PARA TRÁMITES LEGALES**

PUNO, 22 DE 10 2024



Dra. Marcela C. Muñoz Domínguez  
PATÓLOGO CLÍNICO - ANÁLISIS DE SANGRE  
CAMP. 6516 / FAV. 3878

Profesional de la salud

## CONSTANCIA DE ATENCIÓN

El asegurado (a): Chocue Tiers Pamy

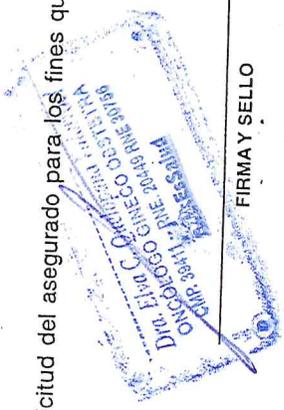
Seguro N°: 6608250-002

Atendido en el Consultorio de: Onco

por el Dr. (a): Dr. Quileña

el día: 29/10/24

se expide la presente CONSTANCIA DE ATENCIÓN a solicitud del asegurado para los fines que estime por conveniente.



FIRMA Y SELLO

# FORMATO DE REFERENCIA

Id. 98230808

Número de Referencia			EsSalud	Extraintstitucional	Organización	Área Destino	
Día	Mes	Año	Centro de Origen			C. Externa	
21	10	24	Centro de Destino			Hospital	
Dnz 01822098			Servicio de Origen			Emergencia	
			Servicio de Destino			Ayuda Dx	X
			Número de Acto Médico			Prioridad	
			2299787			Provincia	

## I. Identificación del paciente

Autogenerado	Edad	
Apellido Paterno	Sexo	M
Apellido materno	T. Seguro	
Nombres	Nro. Contacto	
	Plan de Seguro	

## II. Resumen de la historia clínica (signos y síntomas)

paciente con dolor de Ovario Derecho y ST  
 Cefalea Repetida Recurrente y.

### Resultados de Pruebas Diagnósticas:

Arte de Hombros Repetido

	Diagnóstico de referencia	Presuntivo	Definitivo	CIE10
1	Ca de Ovario		X	C50.9
2				

Motivo de referencia: Recurrencia - control y las

Tipo de transporte según prescripción médica: TPL Abdomen Pelvis y C

Requiere acompañante	Familiar	Si	No
	Médico	Si	No

Condiciones de envío:

## III. Identificación del médico tratante o responsable

Nombre del Médico	Jhona Andujara Villanar	CMP	39411
Firma y Sello del Médico Tratante	Firma y Sello del Jefe OFICINA DE ADMISIÓN Y REGISTROS MÉDICOS O LA QUE HAGA SUS VECES		

## IV. Extensión de Referencia

Servicio solicitante	
Centro de extensión	
Motivo de extensión	
Nombre del Médico	CMP
Firma y Sello del Médico Tratante	Firma y Sello del Jefe OFICINA DE ADMISIÓN Y REGISTROS MÉDICOS O LA QUE HAGA SUS VECES

Adjunta toda documentación que permita una adecuada continuación del tratamiento del paciente en el destino



SOLICITUD DE EXAMEN AUXILIAR

Nro. de Solicitud 287563 Tipo Examen IMG Fecha 21/10/2024 Hora 16:57

Nombre y Apellidos Paciente	CHOQUE TICONA FANY LUZ	Nro de Historia Clínica	70216
Documento de Identidad	D.N.I. 01822098	Autogenerado	6608250CQTOF002
Tipo de Seguro	OBLIGATORIO	Sexo	FEMENINO
Plan de Salud		Edad	58
Acto Médico	2294751	Fecha de Atención	21/10/2024
Area Hospitalaria	CONSULTA EXTERNA	Servicio Hospitalario	ONCOLOGIA MEDICA
Profesional Médico	QUELOPANA VILLARROEL ELVA CATHERINE Colegiatura: 39411	Actividad Especifica	CONSULTA MEDICA

DOMICILIO Y DATOS DE CONTACTO DEL PACIENTE

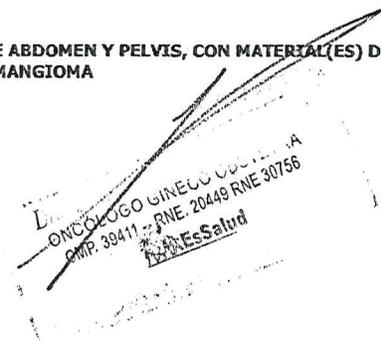
Departamento	Provincia	Distrito
Dirección		
Referencia		
Celular	968230808CLARO	Teléfono Fijo
		E-Mail

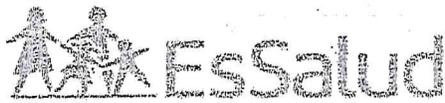
Area Examen Auxiliar

**RADIOLOGIA DIAGNOSTICA**  
**74177 TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN Y PELVIS, CON MATERIAL(ES) DE CONTRASTE**  
 Indicaciones **ANTEC DE NM DE OVARIO MAS HEMANGIOMA**

Obs. :

04438176 21/10/2024 16:57:56





# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

RECOMENDACIONES PARA LLENAR EL FORMATO CORRECTAMENTE: El registro del consentimiento Informado, posterior a la información que debe dar el Médico Tratante, será efectuado por el paciente o su representante legal, sin borrones o enmendaduras y con la misma letra. (Este formato debe proveerse al paciente y/o representante legal para su información)

CENTRO ASISTENCIAL: HOSPITAL BASE III – ESSALUD PUNO

SERVICIO: 01872098

Yo, Chocac tras Pamy con DNI N° \_\_\_\_\_ en mi condición de paciente  / o representante legal , autorizo a los profesionales: Médico tratante, Médico Radiólogo, Tecnólogo Médico, Enfermera y Anestesiólogo, a efectuar los procedimientos necesarios para la realización del estudio de Tomografía.

Manifiesto haber recibido la información siguiente

1. La Tomografía Computarizada es una técnica para el diagnóstico que utiliza rayos-x, conlleva un riesgo potencial para mi condición clínica, propio de las radiaciones ionizantes.
2. En caso de Embarazo, el uso de radiación ionizante puede ocasionar daños al feto; por lo que su indicación en estado de gravidez, debe ser cuidadosamente justificada por el médico tratante.
3. Los procedimientos adicionales son uso de contraste y/o sedación que pueden ocasionar riesgos de reacción adversa no previsible o daño renal.
4. Manifiesto que se han obsueito todas mis dudas sobre este procedimiento.

En pleno uso de mis facultades mentales y físicas (paciente/representante legal), habiendo ventajas y beneficios que sobrepasan los posibles riesgos respecto a mi enfermedad; luego de haber leído detenidamente y comprendido el contenido de las cuatro (04) declaraciones arriba descritas; doy fe que la información consignada fue efectuada por mi persona (paciente/representante legal), por lo que firmo el presente.

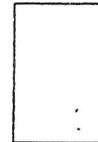
Fecha: 21/10/2024


  
 Firma y Sello del Médico Tratante

Firma Paciente/Representante Legal

DNI N° .....

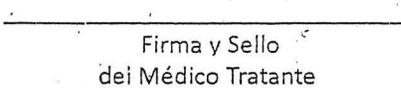
Huella digital



### REVOCATORIA:

Yo, ..... con DNI N° ..... en mi condición de paciente  /representante legal , REVOCO el consentimiento informado otorgado, asumiendo los riesgos y consecuencias de mi decisión, respecto a mi salud.

Fecha : / / 20


  
 Firma y Sello del Médico Tratante

Firma Paciente/Representante Legal

DNI N° .....

Huella digital



OBSERVACIONES DEL SERVICIO DE TOMOGRAFÍA: \_\_\_\_\_

Referencia: RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 036 GCPS – ESSALUD – 2019: "Protocolo Institucional Del Proceso De Atención De Exámenes De Tomografía Computarizada"

NO. DE ORDEN:  
H.III PUNO

1378469 FECHA EMISION: 21/10/2024

CEXT  
ONCOLOG.MEDICA  
ASEGU.: CHOQUE TICONA FANY LUZ  
AUTOG.: 6608250CQTOF002

FARMACIA CONSULTA EXTERNA 1  
EDAD: 58 años 1mes 26dias  
H/C: 70216  
VIGENCIA: 20/11/24

ACT.MED. 2294751 DOC.ID: D.N.I. 01822098

No.	CODIGO	DENOMINACION	DIAS	UM	CANT.
1		CLORFENAMINA 10 MG/ML	1	AM	1,00
<b>Via Admin.</b>					
Ind: PARA TOMOGRAFIA					
2		DEXAMETASONA (BASE O EQUIVALENTE) 4 MG	1	AM	1,00
<b>Via Admin.</b>					
Ind: PARA TOMOGRAFIA					
3		IOPAMIDOL 370 MG IODO/ML X 100 ML	1	FR	1,00
<b>Via Admin.</b>					
Ind: PARA TOMOGRAFIA					

MEDICO: 39411 QUELOPANA VILLARROEL ELVA CATHERINE

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO  
TODA ENMENDADURA O DETERIORO INVALIDA LA RECETA

USUARIO: 04438176 FEC.IMP: 21/10/24 HORA: 17:03:32



14 BASOFILOS  
 15 LINFOCITOS  
 16 MONOCITOS

M: 25 - 35% F: 25 - 35%  
 M: 0 - 8% F: 0 - 8%

29.0 %  
 7.0 %

55 DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE

1 CREATININA SERICA

0.72 mg / dl F: 0.50-0.90

ESTR. LIQUIDO PERITONEAL 24 HRS

ESTR. ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) (SGOT)

1 TRANSAMINASA GLUTAMICO  
 OXALAC.

32 U/L F: 0-32

ESTR. ANTIGENO CARCINOEMBRIONICO (CEA)

1 CEA CARCINOEMBRIONICO  
 EN SANGRE

2.86 ng/ml F: 4.70-5.20

ESTR. ANTIGENO PARA ANTIGENO TIPOCAL CUANTITATIVO, CA 125

FECHA RESULTADO: 22/10/2024 Hrs.10:46  
 FECHA RESULTADO: 22/10/2024 Hrs.10:46  
 FECHA RESULTADO: 22/10/2024 Hrs.11:39