



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

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO
UNIDAD EJECUTORA 308
OFICINA TRAMITE DOCUMENTARIO

08 NOV 2024

03F
EXPEDIENTE N° 10993

HORA: 9:48 FIRMA: [Signature]

Yunguyo, 08 de Noviembre del 2024.

OFICIO. N ° 035- 2024 -UGEL-Y-AGP- P.C – PRONOEI-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 ayer jueves 07 de noviembre no pude asistir a mi centro de trabajo como Profesora Coordinadora por motivos de SALUD mi persona estaba EsSalud Puno siendo programada por mi Oncologa Doc. Elva Quelopana Villaroel para realizarme la la Tomografía Computarizada de Abdomen y Pelvis, con Materiales de Contraste ANTEC DE NM de Ovcario mas Hemangioma en el Hígado. Considerando el literal a) del articulo 199 del Reglamento de la Ley N°29444, Ley de Reforma Magisterial aprobado mediante Decreto Supremo N°004-2013-ED. Acompaño los medios Probatorios. No dudando de su gentil comprensión.

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

Atentamente.


Prof. Fany Luz Choque Ticona
PROFESORA COORDINADORA PRONOEI
CICLO I - UGEL YUNGUYO

FORMATO DE REFERENCIA

11:00 am
98230808

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

21 10 24
Dnz. 01822098

2299751

I. Identificación del paciente

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

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

paciente con dolor de Oído Derecho + ST
Otitis Reptiva Recidivante 4/.

Resultados de Pruebas Diagnósticas:

Arte de Ventrículos Reptivo

	Diagnóstico de referencia	Presuntivo	Definitivo	CIE10
1	Ca de Oído		X	C56.4
2				

Motivo de referencia

Recurrido - control + las
+ PC de Oído Reptivo 4/

Tipo de transporte según prescripción médica

Aéreo	Terrestre	Fluvial	Otro (detallar)

Requiere acompañante	Familiar	Si	No
	Médico	Si	No

Condiciones de envío:

III. Identificación del médico tratante o responsable

Nombre del Médico	Jhoni Andujara	CMP	394 11
Firma y Sello del Médico Tratante	 CARLOS FELIPE AGUILAR MENESES (C) CONTRAREFERENCIAL Y PASAJES TERRESTRES OFICINA DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS O LA QUE HAGA SUS VECES		

IV. Extensión de Referencia

Servicio solicitante	
Centro de extensión	
Motivo de extensión	
Nombre del Médico	

Firma y Sello del Médico Tratante	Firma y Sello del Jefe OFICINA DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS O LA QUE HAGA SUS VECES
-----------------------------------	--



FICHA DE INGRESO

ESSALUD

N° de Solicitud	287563	Fecha - Hora de atención:	7/11/2024 11:06
-----------------	--------	---------------------------	-----------------

DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRES:	FANY LUZ CHOQUE TICONA		DNI: 01822098
FECHA DE NACIMIENTO:	25/08/1966	EDAD: 58 AÑOS	
NOMBRE Y CELULAR DE FAMILIAR:	968230808		
SOLICITADO POR DL:	QUELOPANA VILLARROEL ELVA CATHERINE		
CONDICION:	PATOLÓGICO	PROCEDENCIA:	ONCOLOGIA :
ESTUDIO SOLICITADO:	TEM DE ABDOMEN COMPLETO		CON CONTRASTE
DESCARTAR:	HEMANGIONA HEPATICO PROBABLEMENTE DESDE EL NACIMIENTO		
CAUSA:	NM DE OVARIO FUE OPERADA EL AÑO PASADO		
SINTOMATOLOGIA:	DOLOR DE HUESOS		
INTERVENCIONES QUIRURGICAS:	OP. DEL OVARIO MAYO DEL 2021		
MEDICACIÓN:	PARA LOS HUESOS		
ENFERMEDADES:	QUIMIOTERAPIA 06 APROX.		
ALERGIAS (PESCADO) Y MEDICAMENTOS		¿ESTA EN AYUNAS?	SI SHARON J
PRUEBA DE CREA TININA Max 1.4:	0.72 MG/DL		
VIA PERIFERICA BRANULA N° 18 CON TRIPLE VIA :			SI
	USO INTERNO		
*CLORFENAMINA 10 mg/ 1ml	1	*JERINGAS 10 ML	1 P
*DEXAMETASONA 4 mg/ 2ml	1	*CLORURO DE SODIO	9%
INFORMADO POR DR: *			

SE ENTREGA:		
PLACAS:		
CD:	1	UNO
INFORME:	1	UNO
HORA DE ENTREGA:		


FIRMA DEL PACIENTE

BULTO



HUELLA DEL PACIENTE

RECIBÍ CONFORME