

UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL
YUNGUYO

Nº 006042

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

11 NOV 2024

I.- RESUMEN DE SU PEDIDO:

Justificación de Inasistencia - Día Viernes 08/11/24

II.- DEPENDENCIA O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE:

III.- DATOS DEL SOLICITANTE:

Persona Natural:

Apellido Paterno:

NINA

Apellido Materno:

CHAMBILLA

Nombres:

Carlos Alberto

Persona Jurídica:

Razón Social:

Auxilio Educativo "S" ANTONIO BARRA

Tipo de Documento:

DNI:

01851923

RUC:

JACOPISI

C.E.:

IV.- DIRECCIÓN:

TIPO DE VÍA:

Avenida:

Jirón:

Calle:

Pasaje:

Carretera:

Prolongación:

Nombre de la vía:

Nº de Inmueble:

Block:

Interior:

Piso:

Mz:

Lote:

Km:

Sector:

Tipo de Zona:

Urbanización:

Pueblo Joven:

Unidad Vecinal:

Conjunto Habitacional:

Asentamiento Humano:

Cooperativa:

Residencial:

Zona Industrial:

Centro Poblado:

Caserío:

Asociación:

Grupo:

Fundo:

Otros (especificar):

Nombre de zona:

SEDM AYTOMAYO - COPANI

Referencia:

Departamento:

PUNO

Provincia:

YUNGUYO

Distrito:

COPANI

Teléfonos:

Cel. 931773484

Autorizo se me notifique

al siguiente correo electrónico:

DECLARO que los datos presentados en el presente formulario los realizo con caracter de DECLARACION JURADA

V.- FUNDAMENTACIÓN DEL PEDIDO:

Que, por motivos de mi esposa se encuentra mal de salud y con cita en ESSALUD - PUNO. Tuve su acompañante ante el área de: HEMATOLOGIA CLINICA

VI.- DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

Copia de cita médica.
Copia de solicitud. Examen Auxiliar

Yunguyo 11-11-24

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL USUARIO

SOLICITUD DE EXAMEN AUXILIAR

Nro. de Solicitud 291247 Tipo de examen Imagen Fecha 11/08/2024 Hora 09:33

Nombre y Apellidos del Paciente	MAMANI DE NINA MARIA JUANA	Nro. de Historia Clínica	135946
Documento de identidad	DNI 01360523	Autogenerado	6111070MANAM009
Tipo de seguro	OBLIGATORIO	Sexo	FEMENINO
Plan de Salud		Edad	62
Acto Médico	2327815	Fecha de atención	11/08/2024
Área Hospitalaria	CONSULTA EXTERNA	Servicio Hospitalario	CLÍNICA HEMATOLOGÍA
Médico profesional	PILCO ALVAREZ MILDRED VIANKA Colegiatura: 70462	Actividad específica	CONSULTA MEDICA

DOMICILIO Y DATOS DE CONTACTO DEL PACIENTE

Departamento	Provincia	Distrito
Dirección		
Referencia		
Celular	927517384 CLARO	Teléfono fijo REF. PECADO
		Correo electrónico

Área de examen auxiliar

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS VASCULARES NO INVASIVOS

93965

Indicaciones

DOPPLER VENOSO: ESTUDIOS FISIOLÓGICOS NO INVASIVOS DE LAS VENAS DE LAS EXTREMIDADES, ESTUDIO BILATERAL COMPLETO (P.EJ., ANALISIS DE FORMA DE ONDA DOPPLER CON RESPUESTAS A LA COMPRESION Y OTRAS MANIOBRAS, FLEBORREOGRAFIA, PLETISMOGRAFIA DE IMPEDANCIA).
MMII IZQUIERDO DC TVP

Observación:

45329566 11/08/2024 09:33:43

6/11/24, 10:18

Referencias - Cita

P. M. YUNGUYO

UNIDAD DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS

Fecha: 06/11/2024 10:17:21

Referencia: --- 220186533

CENTRO DESTINO : H.III PUNO
ACTO MEDICO : 2327815
AUTOGENERADO : 6111070MANAM009
PACIENTE : MAMANI DE NINA, MARIA JUANA
TIPO DE SEGURO : OBLIGATORIO - DEPEND.

DIAGNOSTICO : I82.9 PRESUNTIVO
MOTIVO :

SUB ACTIVI. DESTINO : CONSULTA MEDICA
ACTIVIDAD : ATENCION AMBULATORIA
SERVICIO : HEMATOLOGIA CLINICA
FECHA CITA : 08/11/2024
HORA CITA : 10:24
MEDICO : PILCO ALVAREZ MILDRED
CONSULTORIO : 0069

Asistir 30 min. antes de la atención programada

REALIZO LLAMADA

: ☐ No ☐ SiSE REGISTRAN
OBSERVACIONES

Registrar

Susana E. Ortiz Churruarín
TÉCNICO EN ENFERMERÍA
Vo.Bo. de la Unidad de Referencia
REFERENCIAS Y CONTRA REFERENCIA
H.III. Essalud