

18 NOV 2024

03F

EXPEDIENTE N° 11170

HORA: 9:15 AM FIRMA: [Firma]

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

SOLICITA: OTORGAMIENTO DE LICENCIA POR ENFERMEDAD POR ATENCION MEDICA PROGRAMADA.

Lic Efrain Condori Rivera

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO

Yo MISAEL JAVIER CUEVAS PEREZ, identificado con DNI N° 70524377 con domicilio en el Jr. Bolivar N° 318 – Cabanillas, San Roman, Puno. Ante usted me presento y respetuosamente expongo lo siguiente:

PRIMERO: Que mi persona desde fecha 01 de febrero del presente año desempeña el cargo de Especialista de convivencia escolar en la UGEL Yunguyo.

SEGUNDO: Que al tener una cita programada por referencia para atención especializada en el servicio de otorrinolaringología por una afección en el tabique nasal se requiere la atención respectiva.

TERCERO: En mi condición de Servidor Público bajo el régimen del decreto legislativo N° 1057, Régimen especial de la contratación administrativa de servicios (CAS) Solicito a su persona me otorgue el día 18 de noviembre de 2024 como día de licencia por enfermedad con goce de remuneraciones por atención medica programada, para lo cual adjunto documento de referencia y cita programada, en el mismo sentido será respaldada por la constancia de atención que se regularizará posterior a la atención.

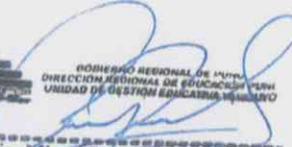
Adjunto:

- Formato de Solicitud de referencia
- Cita

Por lo expuesto ruego acceda a mi solicitud.

Yunguyo, 15 de Noviembre de 2024

Atentamente;


GOBIERNO REGIONAL DE PUNO
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA YUNGUYO

Pnc. Misael Javier Cuevas Perez
C.P.P. 48131
ESPECIALISTA DE CONVIVENCIA ESCOLAR

051-599060

FORMATO DE SOLICITUD REFERENCIA

Nro. 13696586

Numero de Referencia 340233218			EsSalud	ExtraInstitucional	Organizacion	Area Destino	
DNI 70524377			Centro de Origen CAP II CABANILLAS			C.Externa	X
Dia Mes Año 2 11 2024			Servicio de Origen MEDICINA GENERAL			Hospitalizacion	
			Servicio de Destino OTORRINOLARINGOLOGIA			Emergencia	
			Numero de Acto Medico 176764			Ayuda Dx	
			Tipo de Seguro S.REGULAR D.LEG.1057 (CAS)				

I. Identificación del paciente

Apellido paterno	CUEVAS	Edad	32 años
Apellido materno	PEREZ	Sexo	MASCULINO
Nombres	MISAEAL JAVIER	Telefono Fijo	
Correo Electrónico	MISAEALJA3@GMAIL.COM	Telefono Celular	994626086

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

PACIENTE ACUDE A CONSULTA YA QUE HACE 1 MES Y MEDIO LE REALIZARON UNA CAUTERIZACION POR EPISTAXIS POR VARICES EN TABIQUE NASAL, EL CUAL ACTUALMENTE PRESENTA SILVADO DENTRO DE LA NARIZ AL RESPIRAR Y EVIDENCIAR EL PASO DEL AGUA OXIGENADA DE UNA FOJA NASAL A OTRA, REFIRIENDO PERFORACION DEL TABIQUE NASAL.

Resultados de Pruebas Diagnosticas:

Diagnostico de referencia		Presuntivo	Definitivo	CIE 10
1	HENDIDURA, FIEDRA O MUESCA DE LA NARIZ		X	Q30.2
2				

Motivo de referencia

CONSULTA MEDICA - EVALUACION DX. C.EXT.

Tipo de transporte según prescripción médica

Terrestre	Fluvial	Aereo	En caso de Transporte Aereo sustentar en el formato N°6		
Requiere Acompañante		Tipo de Acompañante	Familiar	Asistencia	

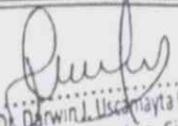
Sustento en caso requiere acompañante:

III. Sustento del pasaje aéreo del paciente

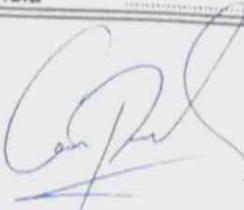
Procede Improcedente

IV. Sustento del pasaje aéreo para el acompañante

Firma del Cargo de Rechazo de la Referencia


 Dr. Darwin J. Uscamayta Uscamayta
 Medico Cirujano
 CMP: 10847

Firma del Médico Trantante


 70524377

Jefe de Servicio

DATOS DE SU CITA

Fecha:

18/11/2024

Hora:

15:24

Lugar:

H.III JULIACA

Consultorio:

FD23

Especialidad:

OTORRINOLARINGOLOGIA

Médico:

BUTRON CARDENAS, TEODORO