

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

SOLICITO: Permiso por motivos de salud

SEÑORA DIRECTORA DE LA UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL
EL COLLAO.

Yo, **Rogelio PACOHUANACO CHINO**, identificado con DNI N° 01799394; con Domicilio en el Centro Poblado de Chipana, del Distrito de Pilcuyo, Provincia de El Collao, departamento de Puno. Ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, en mi calidad de trabajador de apoyo en la oficina de abastecimientos, de su prestigiosa Institución. Solicito Permiso por motivos de Salud para el día 08 de noviembre del presente año. Por lo que mi persona tiene cita médica para el día indicado.

Sin otro particular

ANEXO: Adjunto al presente:

1. Cita medica
2. Formato de referencia.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted a acceder a lo solicitado y darle tramite conforme a ley.

Ilave, 07 de Noviembre del 2024.



Rogelio PACOHUANACO CHINO
DNI N° 01799394



EsSalud

Cerrar

H.III PUNO
CEXT - CIRUGIA GENERAL

Fecha de la Cita : **08/11/2024** *Vicma*
Hora de la Cita : **10:48** *10-00 am*
Medico : **ZENTENO ARCE ALONSO** ✓
Consultorio : **0008**
Orden / Total : **15 / 20**
Tipo Atencion : **ATEN.MED.AMBUL. - CONSULTA MEDICA**

Paciente : **PACOHUANACO CHINO ROGELIO**
Historia Clinica : **Nro 158486** *Dr. Mayta Jara*
Autogenerado : **6405031POCNR000**
Tipo de Asegurado : **OBLIGATORIO**
Parentesco : **TITULAR**
Tipo de Paciente : **ASEGURADO REFERIDO**
No. Acto Medico : **2321023** REFERENCIA NORMAL

Terminalista : **AGUILAR MENESES CARLOS**
Fecha : **31/10/2024** Hora : 10:48:54

**"VACUNA A TU NIÑO DE 1 A 6 AÑOS CON UNA
DOSIS ADICIONAL CONTRA EL SARAMPION"**

051-599090

OPC (1)

Ticket Cita Amb

FORMATO DE SOLICITUD REFERENCIA

Nro. 13689451

Numero de Referencia			EsSalud		Extrahospitalar		Organizacion		Area Destino	
DNI			Centro de Origen		Servicio de Origen		Servicio de Destino		C.Externa	
01799394			POL. ILAVE		MEDICINA GENERAL		CIRUGIA GENERAL		Hospitalizacion	
Dia Mes Año			Numero de Acto Medico		Tipo de Seguro				Emergencia	
31 10 2024			221551		OBLIGATORIO				Ayuda Dx	

I. Identificación del paciente

Apellido paterno		PACOHUANACO		Edad		60 años	
Apellido materno		CHINO		Sexo		MASCULINO	
Nombres		ROGELIO		Telefono Fijo			
Correo Electrónico				Telefono Celular		950885223	

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

paciente PO 15 días de hernia inguinal unilateral derecha acude para solicitar referencia y evaluación posoperatoria por especialidad se regulariza referencia gracias

Resultados de Pruebas Diagnosticas:

Diagnostico de referencia		Presuntivo	Definitivo	CIE 10
1	CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA	X		
2				Z54.0

Motivo de referencia

CONSULTA MEDICA - EVALUACION DX. C.EXT.

Tipo de transporte según prescripción médica

Terrestre	<input checked="" type="checkbox"/>	Fluvial	<input type="checkbox"/>	Aereo	<input type="checkbox"/>
Requiere Acompañante			Tipo de Acompañante		
Sustento en caso requiere acompañante:			En caso de Transporte Aereo sustentar en el formato N°6		
			Familiar		
			Asistencia		

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. Fernando Quispe Mayta
 MEDICO GENERAL - CMP 104998
 Policlínico Ilave
 RED ASISTENCIAL PUNO
 EsSalud