

**Solicito:** licencia de  
salud

Sra. Directora de la Ugel el Collao

**1. DATOS DEL USUARIO**

<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>		
MIRANDA CONDOI JUAN CARLOS		
<b>DNI</b>	<b>DOMICILIO</b>	<b>DISTRITO</b>
47237358	Jr Alfonso Ugarte	Ilave
<b>PROVINCIA</b>	<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>TELEFONO</b>
Ilave	Puno	944480003
<b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA</b>		
Mariano Melgar - Ccallata		
<b>CONDICIÓN LABORAL</b>		
Nombrado		

**2. FUNDAMENTO DE LO SOLICITADO**

QUE, HABIENDO SIDO DIAGNOSTICADO CON UNA ERNIA UMBILICAL y ECOLIOSIS LEVE POR ESSALUD – TACNA. CAUSANDOME UNA **LUMBALGIA AGUDA** MOTIVO POR EL CUAL NO PUDE ASISTIR A MI INSTITUCION EDUCATIVA CON REGULARIDAD LOS DIAS 03-04-05-06-07 DEL PRESENTE MES POR PRESENTAR FUERTES DOLORES , EL DOCTOR SEÑALO QUE LOS DOLORES FUERON CAUSADOS POR LOS MALES ANTES SEÑALADOS.

POR TAL MOTIVO ES QUE SE PRESENTAN LAS EVIDENCIAS

**3. DOCUMENTOS ADJUNTOS**

- CERTIFICADO MEDICO
- RECIBO POR HONORARIOS DEL DOCTOR
- RECETA MEDICA
- BOLETAS DE LOS MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS

ILAVE, 10 de enero del 2024

.....  
Prof. Juan Miranda  
DNI 47237358

No. DE ORDEN: 239026 FECHA EMISION: 05/09/2024  
CAP II O.FERNANDEZ

CEXT

MEDICINA GENERAL

FARMACIA /DEPOSITO

ASEGU.: MIRANDA CONDORI JUAN CARLOS EDAD: 35 años 9mes 2días  
AUTOG.: 8812031MACDJ008 H/C: 1451  
ACT.MED. 772394 DOC.ID: D.N.I. 47237358 VIGENCIA: 05/10/24

No.	CODIGO	DENOMINACION	DIAS	UM	CANT.
1		DICLOFENACO SODICO 25 MG / ML X 3 ML	5	AM	5,00
Via Admin.					
Ind: 1 AM IM POR SEMANA					
2		NAPROXENO 500MG(BASE)Ó 550MG(SAL SÓDICA)	10	TB	20,00
Via Admin. ORAL					
Ind: 1 TB CONDICIONAL A DOLOR					
3		ORFENADRINA CITRATO 100 MG (LIBERACIÓN PROLONGA)	10	TB	20,00
Via Admin. ORAL					
Ind: 1 TB CONDICIONAL A DOLOR					
4		HIDROXOCOBALAMINA 1 MG/ML	5	AM	5,00
Via Admin. PARENTERAL INTRAMUSCULAR					
Ind: 1 AM IM POR SEMANA					

MEDICO: 85835 HUACO PINTO JOSE P RAU



FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

TODA ENMENDADURA O DETERIORO INVALIDA LA RECETA  
LÁVATE LAS MANOS CON AGUA Y JABÓN.

USUARIO: 71399319 FEG.IMP: 05/09/24 HORA: 10:21:02

## Antecedentes

5/8/24, 2:12 p.m. Vista de la Sol de Operaciones Solicitada Por la Atención Médica

SOLICITUD DE CENTRO QUIRURGICO			
Numero de Solicitud	30437	Fecha Solicitud	26/08/2024
Nombre del Paciente	MIRANDA CONDORI JUAN CARLOS	Fecha Estimada Operación	//
Acto Médico Origen	2373999	Area Solicita	CONSULTA EXTERNA
Profesional Solicita	FLORES VIZCARRA, NOE OSWALDO	Estado Solicitud	INDICACION QX
Centro Quirúrgico	CENTRO QUIRURGICO	Tipo de Cirugía	ELECTIVA
Servicio Solicita	CIRUGIA GENERAL	Prótesis o Dispositivo Médico requerido	
Informe Médico	PREOP OK PARA HERNIOPLASTIA UMBILICAL	Teléfono del familiar o acompañante	9444800013
Registro de la Prioridad	PRIORIDAD I (ALTA)	Escala de GOLDMAN	
		Escala de TORNIGTON	
¿Requiere Prótesis o Dispositivo Médico?	<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> SI		
¿Paciente cuenta con prótesis o dispositivo médico?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> SI		
¿Paciente cuenta con riesgo cardiológico?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> NO SOLICITADO		
¿Paciente cuenta con riesgo neurológico?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> NO SOLICITADO		
Operaciones	Código Descripción del Procedimiento, Examen o Perfil	Nro de Orden	Tipo Diagnóstico
	49585 CORRECCION DE HERNIA UMBILICAL, 5 AÑOS DE EDAD O MAYOR; REDUCIBLE.		
Diagnóstico	Código Descripción Diagnóstico		
	K42.9 HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	1	PRESUNTIVO

M1 MOP2

NOE FLORES VIZCARRA  
CIRUJANO GENERAL LAPAROSCOPICO  
CMP 17238 RNE 7677  
HOSPITAL III DAC  
FCSalud

Evidencias actuales





COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ  
CONSEJO NACIONAL

**CERTIFICADO MÉDICO**

Consejo Regional XII Tacna

El que suscribe, Médico Cirujano CMP N° 52446

Certifica: Que Juan Carlos Miranda Condori, de 35 años de edad, identificado con DNI: 47237358, ha sido evaluado por mi persona, dando el siguiente diagnóstico:

Dx: Lumbalgia Aguda

se indica Reposo Absoluto por 5 días, de los días 03 de Marzo al 07 de Marzo del 2025.

se expide el presente certificado para fines que estime por conveniente el paciente.

  
Prady E. Ramos Quispe  
Médico Cirujano  
CMP. 52446



Tacna, 03/03/2025 N° 0073228



CONSEJO NACIONAL

RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA

CONSULTORIO MEDICO BUENA SALUD  
Dr. Freddy Amores Quevedo  
Av. Bioprestal N° 787 Oficina 205-A.

Nombre y Apellidos: Juan Carlos Juanda Edad: 35a

H.C.: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA

Nombre y Apellidos: Juan Carlos Juanda Edad: 35a

ESPECIALIDAD MEDICA: Medicina

ATENCIÓN:  Consulta externa  Otros

Diagnóstico (Definitivo/Presuntivo): Trastorno por ansiedad

Forma Farmacéutica: Amf

Medicamento(s) o Insumos (Obligatorio D.O.S.): Diclofenaco 75mg

Concentración: Amf

Cantidad: # 05

A girar

por 5 días

Reposo Absoluto por 5 días

No injerto físico

5 días

Reposo Absoluto por 5 días

5 días

Freddy E. Amores Quevedo  
Médico Cirujano  
C.M.P. 53446

03/03/2015

FECHA DE EMISIÓN

VERBO NUESTRO

FECHA DE EMISIÓN

VERBO NUESTRO

# FARMACIA "ALTIPLANO"

Dr. Bedregal Bedregal Leonor

Av. Jorge Basadre Cochamarca Nro. 1800 A.H. La Esperanza Alto De La Alameda - Tacna - Tacna

R.U.C. 10004911771

BOLETA DE VENTA

001-

Nº 065784

Sr. Juan Carlos Mirand <sup>MESES</sup> 3 <sup>AÑO</sup> 25

Cant.	DESCRIPCION	IMPORTE
5	Diclofenaco 75	
5	Aguja 22	
5	Jeringa 5cc	

Son

Soles

IMPRESA TACNA HEREDIA S.R.L. 100140017  
De Cochabamba Cochabamba - Calle 20 de Mayo 101  
Tel. 34905 - Fax 37342010  
Fecha Imp. 05-08-2025 (fecha 017 del 1995) L al 0200

TOTAL S/ 30.00

Adquirente o Usuario

**AMONES QUENTA FREDY EDWIN**

MEDICO Y CIRUJANO  
AV. BOLOGNESI NRO. 787 INT. 206A TACNA TACNA TACNA

TELÉFONO:

**R.U.C. 10421852541**

**RECIBO POR HONORARIOS ELECTRONICO**

**Nro: E001- 1388**

**Recibí de:** JUAN CARLOS MIRANDA CONDORI

**Identificado con** DNI **número** 47237358

**Forma de Pago:** AL CONTADO

**La suma de:** CINCUENTA Y 00/100 SOLES

**Por concepto de** CONSULTA MEDICA DEL 03/03/2025

**Observación** -

**Inciso** A DEL ARTÍCULO 33 DE LA LEY DEL IMPUESTO A LA RENTA

**Fecha de emisión** 05 **de** Marzo **del** 2025

**Total por honorarios:** 50.00

**Retención (8 %) IR:** (0.00)

**Total Neto Recibido:** 50.00 SOLES