

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

Ilave, 05 de agosto del 2024

OFICIO N° 20-2024-IEI N° 1069-S.

SEÑORA : Dra. Norka Belinda Ccori Toro
Directora de la UGEL El Collao - Ilave

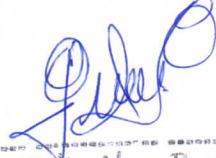
Presente.-

ASUNTO : Justifico mi inasistencia del día 01 de agosto del 2024.

Tengo el grato honor de dirigirme a Ud., con la finalidad alcanzar a su Dirección mi constancia de atención del Hospital Arequipa, puesto que el día 01 de agosto del presente no he podido asistir a la capacitación programada por la UGEL a nivel de redes, motivo por el cual suplico se me justifique mi inasistencia del día indicado. Para lo cual adjunto al presente mi constancia de atención.

Sin otro particular aprovecho la ocasión para reiterar las consideraciones más distinguidas.

Atentamente,



Lic. Delia Alave Pari
DIRECTORA (e)



HOSPITAL GOYENECHÉ



Nombres y Apellidos: Delio Alave Pari

Edad: 48 Peso: _____ H. Cl.: 01299413 SIS: _____

Diagnóstico: _____ Particular: _____

USUARIO	ATENCIÓN	ESPECIALIDAD MEDICA
☒ DEMANDA	☒ CONSULTA EXTERNA	☐ CIRUGÍA
☐ SIS	☐ EMERGENCIA	☒ GINECO - OBSTETRICIA
☐ INTERVENCIÓN SANITARIA	☐ HOSPITALIZACIÓN	☐ MEDICINA ☐ DENTAL
☐ SOAT	☐ PARTICULAR	☐ ONCOLOGÍA
☐ OTROS	☐ CAMA	☐ PEDIATRÍA ☐ NEONATO

Rp. Medicamento o Insumo (Obligatorio de DCI) Concentración Forma Farmacéutica Cantidad

CONSTANCIA.
De atención a la paciente Delio Alave Pari por presentar POP. Uterocistocele II° y miomelori uterino.
Refiere trat médico y descanso por 2 (dos) día a partir de la fecha

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL GOYENECHÉ

Dra. Ana Maria Soto Torres
MEDICO CIRUJANO

CMP 18537 RNE 14364

Firma y Sello

Válido hasta

01/08/24

Fecha de Atención:

HOSPITAL GOYENECHÉ

INDICACIONES **0571114**

Nombres y Apellidos: _____

Medicamento o Insumo Dosis Vía Frecuencia Duración

Fecha de Atención:

Firma y Sello

Válido hasta



HOSPITAL GOYENECHÉ



Nombres y Apellidos

Edad: 48 Peso: H. Cl.: 01299413 SIS:

Diagnóstico: Particular:

USUARIO	ATENCIÓN	ESPECIALIDAD MEDICA
☒ DEMANDA	☒ CONSULTA EXTERNA	☒ CIRUGÍA
☐ SIS	☒ EMERGENCIA	☒ GINECO - OBSTETRICIA
☐ INTERVENCIÓN SANITARIA	☐ HOSPITALIZACIÓN	☐ MEDICINA ☐ DENTAL
☐ SOAT	☐ PARTICULAR	☐ ONCOLOGÍA
☐ OTROS	☐ CAMA	☐ PEDIATRÍA ☐ NEONATO

Rp. Medicamento o Insumo (Obligatorio de DCI) Concentración Forma Farmacéutica Cantidad

① Estuol 0.1% crema vaginal

2 tubos

② Wammi

1 caja

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL GOYENECHÉ

Dra. Ana María Soto Torres
MÉDICO CIRUJANO
CMP/18537 RNE 14364

01/08/24

Fecha de Atención:

Firma y Sello

Válido hasta

HOSPITAL GOYENECHÉ

INDICACIONES 0571114

Nombres y Apellidos:

Medicamento o Insumo Dosis Vía Frecuencia Duración

② Tomar 1 med. 20/día
por una semana, luego 9/24 Hs

① Aplicación por noche.
por 6 días, luego dos
veces/semana: Lunes y
Jueves.

- Ejercicios de Kegel
- No cargar peso excesivo
- Evitar grasas y carbohidratos
- Control en un mes.

Fecha de Atención:

Firma y Sello

Válido hasta