

SUMILLA: Solicito permiso

SEÑORA DIRECTORA DE LA UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL EL COLLAO-ILAVE.

Yo, Edgar Rogelio Vidal Flores, identificada con DNI N° 01872056, domicilio en parcialidad tojjocachi de distrito de llave provincia el Collao departamento Puno, ante usted expongo lo siguiente:

Que, siendo personal itinerante de la UGEL EL COLLAO, encargado en oficina tramite documentario. En la UGEL EL COLLAO ILAVE es que solicito permiso el día jueves 05 de diciembre del presente año por motivos de salud, asistiré a ESSALUD-PUNO

Por lo expuesto, pido a Usted señora Directora acceder a mi pedido por ser justo.

Ilave, 04 de diciembre del 2024


Edgar Rogelio Vidal Flores
DNI N° 01872056


PEDRO CHICCALLA CURASI
JEFE (R) DEL AREA GESTION INSTITUCIONAL
UGEL EL COLLAO

3/12/24, 9:49 a.m.



EsSalud

Cerrar

H.I CLINICA UNIVERSITARIA UNA-ESSALUD
CEXT - PSIQUIATRIA

Fecha de la Cita : **05/12/2024**
Hora de la Cita : **11:00**
Prof.Asistencial : **GALLO RETO PAUL**
Consultorio : **CNT01**
Orden / Total : **10 / 18**
Tipo Atencion : **ATEN.MED.AMBUL. - TELECONSULTA**

Paciente : **VIDAL FLORES EDGAR**
Historia Clínica : **Nro 18341**
Autogenerado : **7601011VAFRE008**
Tipo de Asegurado : **S.REGULAR D.LEG.1057(CAS)**
Parentesco : **TITULAR**
Tipo de Paciente : **ASEGURADO REFERIDO**
No. Acto Medico : **411442 REFERENCIA NORMAL**

Terminalista : **RIVERA COAQUIRA FABIOLA**
Fecha : **02/12/2024 Hora : 12:30:27**

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

Ticket Cita Amb

FORMATO DE SOLICITUD REFERENCIA

Nro. 13900563

Numero de Referencia			EsSalud	ExtrInstitucional	Organizacion	Area Destino	
			Centro de Origen	POL. ILAVE		C.Externa	X
DNI			Servicio de Origen	MEDICINA GENERAL		Hospitalizacion	
01872065			Servicio de Destino	PSIQUIATRIA		Emergencia	
Dia	Mes	Año	Numero de Acto Medico	226259		Ayuda Dx	
2	12	2024	Tipo de Seguro	S.REGULAR D.LEG.1057 (CAS)			

I. Identificacion del paciente

Apellido paterno	VIDAL	Edad	48 años
Apellido materno	FLORES	Sexo	MASCULINO
Nombres	EDGAR ROGELIO	Telefono Fijo	
Correo Electrónico		Telefono Celular	952040719

II. Resumen de la historia clinica (signos y sintomas)

PACIENTE REFIERE QUE PRESENTA:
 DESDE HACE 1 MES - CEFALEA OCCIPITONUCAL INTERMITENTE A PREDOMINIO MATUTINO Y NOCTURNO (A DIARIO), FATIGA, CANSANCIO, ANIMO DEPRIMIDO, SUEÑO INCREMENTADO, APETITO DISMINUÍDO, CONCENTRACIÓN DISMINUÍDA, DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO, POSTERIOR A EVENTO AGUDO (PROBLEMA FAMILIAR)
 EXF: PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL, REGULAR ESTADO DE HIDRATACIÓN, REGULAR ESTADO DE NUTRICIÓN
 SNC: LOTEP, GLASGOW 15/15, DESPIERTO, NO SIGNOS MENÍNGEOS NI DE FOCALIDAD
 OFT: REFLEJO FOTOMOTOR PRESENTE, ISOCORIA, ESCLERAS BLANCAS, CONJUNTIVAS ROSADAS

Resultados de Pruebas Diagnosticas:

Diagnostico de referencia		Presuntivo	Definitivo	CIE 10
1	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	X		F41.2
2	TRASTORNOS DE ADAPTACION	X		F43.2

Motivo de referencia
 CONSULTA MEDICA - EVALUACION EX. 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

Aldair Denilson Tapara Pipilón
 MEDICO CIRUJANO - CMP 102166
 POLICLINICO ILAVE
 RED ASISTENCIAL PUNO
 EsSalud

Firma del Médico Trantante

Jefe de Servicio