

05

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

SOLICITO: Justificación por inasistencia por salud

Doc. NORKA BELINDA CCORI TORO

DIRECTORA DE LA UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOC EL COLLAO - ILAVE

Yo, Jose Ernesto Espinoza Espinoza, identificada con DNI N° 42023514, domiciliado en el Jr. Puno N° 531 del Barrio San Pedro, Distrito de Juli, Provincia de Chucuito, Departamento de Puno, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, siendo trabajador de la Sede Administrativa en el cargo de Vigilante Itinerante, solicito justificación de inasistencia por motivos de salud, ya que mi persona ha sido internado en el servicio de Neumología Essalud - Puno. Al presente adjunto documentos de constancia de internamiento, certificado de incapacidad temporal e informe de alta médica.

Por lo expuesto:

Ruego a usted Señora Directora acceder a mi petición por ser justo y legal.

Ilave, 18 de Julio del 2024

Atentamente,

Jose Ernesto Espinoza Espinoza

DNI. N° 42023514



CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Departamento PUNO Provincia CHUCUITO Distrito JULI

Dirección
C.P. SUANCATA

Cuarto Nivel 200401

Observaciones

Donación de Órganos NO Grupo de Votación 006043

00604358 0401 006043580000

CONSTANCIA DE ATENCIÓN

El asegurado (a): José Cuervo Espinoza Espinoza

Seguro N°: 42023514 A.C. 177697

Atención en el consultorio de: EMERGENCIA

Por el Dr. (a): Dr. Hector Huaman Farfán

El día: 24-06-2024

Se expide la presente CONSTANCIA DE ATENCIÓN a la solicitud del asegurado para los fines que estime por conveniente.

Diagnóstico: Neumonía Bacterial Igualmente

Se hospitalizó en Neología

hasta nuevo fin


Dr. Hector Huaman Farfán
MEDICO INTERNISTA
CNP 20115 PNE 18839
FIRMA Y SELLO

Formulario 8003 - I

USUARIO

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 140 - H.III PUNO
CITT No.: **A-140-00015567-24**

Acto Medico: 2130174 - 40
Servicio: AE1 NEUMOLOGIA

Nombre Asegurado: ESPINOZA ESPINOZA JOSE ERNESTO
Doc. de Identidad: D.N.I. 42023514
Autogenerado: 8105011EIEIJ005

Tipo de Atencion: HOSPITALIZACION
Contingencia: ENFERMEDAD COMUN

Med. Control:
F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 24/06/2024
Fecha Fin: 22/07/2024
Total de Dias: 29
F. de Cargamiento: 17/07/2024

DIAS ACUMULADOS

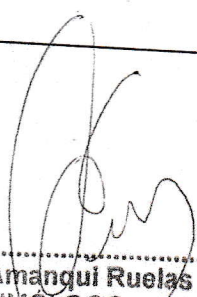
Consecutivos: 29
No Consecutivos: 0

PP.SS. Tratante MEDICO 72664
AMANQUI RUELAS WILLY
RUC: 20406266207

OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 29

Usuario: AMANQUI RUELAS WILLY HERNAN
Fecha: 17/07/2024 Hora: 11:39:02


Willy H. Amanqui Ruelas
NEUMOLOGO
CMP 72664

INFORME DE ALTA

El Jefe de Servicio de:

H.III PUNO

ESPINOZA ESPINOZA JOSE ERNESTO

con Nro.Doc.Identidad: 42023514

del Hospital:
Informa que el (la) paciente:

con el diagnostico de: NEUMONIA, NO ESPECIFICADA

Durante su Hospitalización:

Evolucionó

A PACTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE EVOLUCION FAVORABLE, TOLERA DIETA, CON TVP EN MUSLO DERECHO CON ANTICOAGULACION Y USO DE ACOS, PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE EN CONDICIONES DE ALTA ALTA MEDICA CON INDICACIONES

Se realizaron los siguientes estudios complementarios:

11/7 24 FACTOR REUMATOIDEO 23.3, COMPLEMENTO SERICO C3 R.AGOTADO, VES => 8 MM3 X HORA
12/7

ECO DOPPLER

DOPPLER VENOSO + SIGNOS TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA A NIVEL DE VENAS FEMORAL COMUN, FEMORAL SUPERFICIAL, POPLITEA Y VENAS DEL SOLEO Y GASTROCNEMIO.

+ SIGNOS DE TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL A NIVEL DE VENA SAFENA MAYOR SEGÚN DESCRIPCIÓN.

+ EDEMA DE PARTES BLANDAS EN EL MIEMBRO INF

12/ 7 PCR :7.5 TSH 7.48 T4:1.41

P:

14/7 PCR 7.6 LEE Y WHITE 1 7 MIN 2; 3 MIN TP:18.2

INR:1.40 DIME D 5.60 LDH 391 GL1 CRE 0.92

16/7

GLU 98 CRE 1.0 UREA 26 LEU: 6.55 HB 16

Procedimientos Especiales:

no se realizo

Intervenciones Quirurgicas:

Tratamiento farmacologico y otras terapias complementarias:

ALTA MEDICA CON INDICACIONES

DIETA HIPOSODICA HIPOPURINICA ATRAUMATICA + LOV (2 LITROS) (ORIENTACION POR NUTRICION)

RIBAROXABAN 1 TAB VO C/ 24 HRS (5 DE LA TARDE)

PARACETAMOL 500 MG VO CONDICIONAL A DOLOR

CONTROL POR CE DE NEUMOLOGIA EN 7 DIAS

CONTROL POR CE DE HEMATOLOGIA EN 30 DIAS

CITT : 29 DIAS

INICIO 24 /06/24

FIN 22/7/24

ENFERMEDAD COMUN

Diagnostico de Alta: EMBOLIA Y TROMBOSIS DE OTRAS VENAS ESPECIFICADAS

Transferencia a Consulta Externa para los Servicios de:

Próxima Cita para el día:

//

Consultorio Nro.

Indicaciones Terapéuticas:

Medicamento	Ume	Cantidad	V/D	Nro.Dias
PARACETAMOL 500 MG	TB	10,00		30

Dieta: DIETA HIPOSODICA HIPOPURINICA ATRAUMATICA + LOV (2 LITROS) (ORIENTACION POR NUTRICION)

Actividades

Restringidas: no

El personal y la jefatura de este servicio agradecerá el habernos permitido atenderle y las sugerencias y opiniones que se sirva formular en la encuesta proporcionada.

Atentamente,

Firma y sello del Medico Tratante

AMANOU RUELAS WILLY HERNAN

42023514