

Rayos X

ANEXO N° 05

SOLICITUD DE MAMOGRAFÍA PARA TAMIZAJE

Número. H. Clínica: DNI: 19910283 Fecha: 10/5/25.

Apellidos y nombres: YNCISO VASQUEZ VALERIANA

Dirección: Calle Ben Aviles HZ BLT13-TB O

Edad: 63 Teléfonos: Celular: 964968777

Centro laboral: Correo:

Antecedente personal de cáncer de mama

Antecedente familiar directo de cáncer de mama, colon o tiroides

Menarquia antes de los 10 años

Menopausia después de los 50 años

Ausencia de lactancia

Edad tardía al primer embarazo (después de los 30 años)

Nuliparidad

Terapia de remplazo hormonal más de 05 años

Obesidad

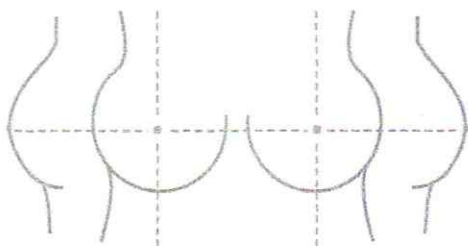
Cirugía previa de mama:

SI	NO
	X
	X
	X
X	
	X
	X 26'
	X
	X
	X
	O

Observaciones:

M. DER

M. IZQ



Obst. Mónica Chaguisa Mat.
OBSTETRA COP. 19150
CLÍNICO METROPOLITANO DE LIMA

Firma y sello del responsable de atención

SOLICITO : PERMISO POR CITA MEDICA

SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL I.E.S.T.P.MARCO.

S.D.G.

Yo, YNCISO VASQUEZ, Valeriana, con DNI N° 1990283, CON DOMICILIO EN LA CLALE Buenos Aires Mz.B Lote 13, ante usted, muy respetuosamente me presento y expongo:

Que teniendo Cita Medica para servicio de Rayos, en el Hospital Ramiro Priale ,de Huancayo, solicito permiso para la respectiva atención medica del día 14 de Mayo 2025, adjunto cita medica.

Es Justicia que espero alcanzar

Marco. 12 de Mayo del año 2025



YNCISO VASQUEZ Valeriana

19910283