

**SOLICITO: JUSTIFICACIÓN DE
INASISTENCIA**

**SEÑOR DIRECTOR DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SUPERIOR
TECNOLÓGICO PÚBLICO “MARCO”**

S.D.

Yo ANGÉLICA GRACIELA MANTARI BUENDIA, identificada con DNI 19959386, con domicilio en el Pasaje Túpac Amaru N° 115 – Anexo de Saños Chico – El Tambo - Huancayo. Ante usted respetuosamente me presento y expongo:

Que por haber tenido una atención médica programada en el Policlínico Metropolitano Huancayo de la Red Asistencial Junín (ESSALUD) el día de hoy 23 de junio y por tal motivo no pude asistir a la Institución. SOLICITO a UD. ordenar a quien corresponda la justificación de dicha inasistencia.

Acompaño al presente la constancia de atención y la receta médica.

Es justicia que espero alcanzar.

Marco, 23 de junio de 2025


.....
Mg. Enf. Angélica G. Mantari Buendia
C.M. 1019959386

CONSTANCIA DE ATENCIÓN

POLICLÍNICO METROPOLITANO HUANCAYO DE LA RED ASISTENCIAL JUNÍN

HACE CONSTAR

Que, el paciente Sr. (a) (ita): Montari Buendía, Angelica.
Con N° de Seguro Social 5808020-007 DNI N° 1995386
ha sido atendido en el nosocomio en el servicio de: UR MEDICINA el día 23/06/25
con DX: Escoliosis Neuromuscular.

Se expide la presente a solicitud del interesado para los fines que estime convenientes.

No es válido para trámites legales:

Huancayo, 23 de Junio del 2025


Profesional de la Salud

M.C. Cesar A. Verano Porta
MEDICINA FAMILIAR Y COM
UNIDAD DE EMERGENCIAS
POLICLINICO METROPOLITANO HUANCAYO
ESSALUD

ESSALUD

COMPROBANTE ENTREGA DE MEDICAMENTOS CONSULTA EXTERNA
POL. METROPOLITANO HUANCAYO

Fecha: **23/06/2025**

Paciente: **MANTARI BUENDIA ANGELICA GRACIELA**
Doc.Id: D.N.I. 19959386

Nro. Receta: **1780614**

Historia Clínica: **31792**

Servicio: **MEDICINA FAMILIAR**

Acto Médico: **4991217**

Profesional Médico: **25682 VERANO PORTA CESAR**

INDICACIONES

- 1. PARACETAMOL 500 MG**
60:TB < Para 30 Dias >
TOMAR 1 TB M/N POR 30 DIAS.
- 2. DEXAMETASONA (BASE O EQUIVALENTE) 4 MG**
4:AM < Para 7 Dias >
APLICAR 1 AMP IM/DIA INTERDIARIO POR 4 DIAS, MEZCLAR CON HIDROXOCOBALAMINA
- 3. HIDROXOCOBALAMINA 1 MG/ML**
4:AM < Para 7 Dias >
APLICAR 1 AMP IM/DIA INTERDIARIO EN 7 DIAS.
- 4. POMADA SALICILADA X 30 G**
4:POT < Para 60 Dias >
FROTACION M/N POR 60 DIAS.