

FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE

R.M. N° 025 - 86 - ED

1° SOLICITO: JUSTIFICACIÓN DE INASISTENCIAS

INSTITUTO DE EDUCACIÓN SUPERIOR TECNOLÓGICO PÚBLICO

"MARCO"

SR. DIRECTOR DEL I.E.S.T.P. "MARCO"

2° DESTINATARIO

CARHUANCHO HUATUCO YADIRA

3° DATOS DEL USUARIO (APELLIDOS Y NOMBRES)

INDUSTRIAS ALIMENTARIAS

4° PROGRAMA DE ESTUDIOS Y SEMESTRE

ESTUDIANTE

95498 9413

5° CARGO ACTUAL Y CENTRO DE TRABAJO

5.1. CELULAR

75178494

6° N° DE MATRICULA /CODIG.MOD)

7° DNI / OTROS

AV. CARLOS TOMÁS OTERO S/N - POMACANCHA - JAUA - JUNÍN

8° DOMICILIO DEL USUARIO (CALLE - DISTRITO - PROVINCIA - DPTO.)

75178494 @ iestpmarco.edu.pe

9° CORREO ELECTRONICO

10° FUNDAMENTO DEL PEDIDO:

YO YADIRA CARHUANCHO HUATUCO, ESTUDIANTE DEL PROGRAMA DE ESTUDIOS DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS, HE DIRITO A USTED CON EL DEBIDO RESPETO PARA SOLICITAR LA JUSTIFICACIÓN DE MIS INASISTENCIAS A LAS CLASES DE LAS UNIDADES DIDACTICAS DEL VI PERIODO ACADÉMICO, COMPRENDIDAS ENTRE EL 8 DE SETIEMBRE Y EL 17 DE OCTUBRE DEL PRESENTE AÑO, DEBIDO A QUE HE ENCUENTRO HACIENDO USO DE MI DESCANSO PRE Y POSTNATAL. POR LO EXPUESTO, AGRADEZCERÉ SE SIRVA DISPONER LAS ACCIONES PERTINENTES A FIN DE JUSTIFICAR MIS INASISTENCIAS EN EL PERIODO INDICADO.

11° ANEXOS:

HOJA DE ALTA DEL HOSPITAL
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
ACTA DE NACIMIENTO

12 FECHA: 30-09-2025

[Firma]

FIRMA

INST. ASPECTO C.E.D. DTAL.	SUPERV.	SEDE CENTRAL	PARA EL USUARIO (DESGLOSABLE)
N°	:		N°
EXPEDIENTE	:		EXPEDIENTE
FECHA	:		FECHA
FOLIOS	:		FOLIOS
HORA	:		HORA



GOBIERNO REGIONAL - JUNÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - JUNÍN
RED DE SALUD JAUJA

HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA



INFORME DE ALTA DE PACIENTE SERVICIO

Maternidad.

NOMBRE Y APELLIDOS: Carhuanchu Huafico Yadira EDAD: 21
DNI: 75178394 SEXO: ☒ F ☐ M HISTORIA CLINICA: 75178394
DOMICILIO: Jr. Carlos Osorio S/N.
CONDICIÓN: PAGANTE () SIS ☒ ESSALUD () SOAT () OTROS ()
FECHA DE INGRESO: 10/09/25 HORA: _____
TIPO DE INGRESO: PROGRAMADO ☐ URGENCIA ☒ OTRO ☐ FECHA DE ALTA: 15/09/25

DIAGNOSTICO DE INGRESO	<u>Gravidez de 38³/755 x Eco I Trim.</u>
DIAGNOSTICO DE ALTA	<u>Po x CSTP de trabajo de parto disfuncional</u>

CONDICIÓN CLÍNICA DE ALTA: MEJORADO ☒ ESTACIONARIO ☐ RETIRO VOLUNTARIO ☐

CIRUGIA REALIZADA/TRATAMIENTO MEDICO REALIZADO	MEDICACIÓN ADMINISTRATIVA (Nombre del medicamento indicación/cantidad)
<u>CSTP de trabajo de parto disfuncional</u>	<u>Cefazolina 1gr EV c/8h</u> <u>Metformina 1gr EV c/8h</u> <u>Tramadol 100mg EV c/12h</u> <u>Cloteclopramida 10mg</u>

INDICACIONES GENERALES RECOMENDACIONES

MEDICACIÓN PARA EL DOMICILIO:

- Paracetamol 500mg (2 tab vía oral c/8h x 5 días)
- Sulfato ferroso 300mg (vía oral c/24h x 30 días)

DIETA LÍQUIDA ☐ BLANDA ☐ COMPLETA ☒

☒ Carnes ☐ Harinas ☐ Lácteas
☒ Hipograsa ☐ Frutas ☐ Verduras
☒ Bebidas ☐ Otros

El paciente es INDEPENDIENTE para realizar las actividades de vida diaria ☐ SI ☐ NO

	Total	Parcial		Total	Parcial
☒ Higiene	☐	☐	☒ Alimentación	☐	☐
☒ Vértice	☐	☐	☐ Uso de baño	☐	☐

Recomendación y Observación:

Control en C-5 en 5 días

SE BRINDA EDUCACIÓN AL PACIENTE RESPECTO A SU ENFERMEDAD

PLAN DE SEGUIMIENTO

Próxima Cita Día: 20/09 Hora: 08:00 Además requiere una evaluación por la especialidad de: Ginecología y obstetricia

Si usted percibe algunas de las siguientes molestias o señales de alarma, enrojecimiento, sangrado, hinchazón, fiebre, dificultad para respirar, u otros debe acudir al servicio de emergencia: _____

Además está recibiendo DESCANSO MÉDICO DEL _____ AL _____ Total de días de descanso médico: _____

PRONOSTICO: Favorable

ALMIRACORA MORALES
COLEGO-OBSTETRA
Gl. 23271 RNE: 28326
Firma y Sello Médico Tratante

[Firma]
Paciente/Responsable (Firma huella)



94378815



Ministerio de Salud

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

1. DATOS DE LA MADRE

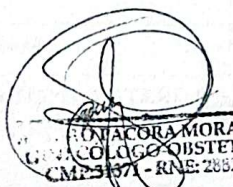
1.1 Documento Identidad: DNI/E 75178394 1.2 Edad: 22 años
1.3 Primer Apellido: CARIHUANCHO
1.4 Segundo Apellido: HUATUCO
1.5 Prenombres: YADIRA
1.6 Dirección: AV. CARLOS TOMAS OTERO S/N AMERICA / PERU / JUNIN / JAUJA / POMACANCHA

2. DATOS DEL NACIMIENTO

2.1 Sexo: FEMENINO 2.2 Fecha nacimiento: 11/09/2025 2.3 Hora: 20:34:00
2.4 Lugar de Nacimiento: ESTABLECIMIENTO DE SALUD - DOMINGO OLAVEGOYA - JR. SAN MARTIN N°1153
URBANIZACION OLAVEGOYA - AMERICA / PERU / JUNIN / JAUJA / JAUJA

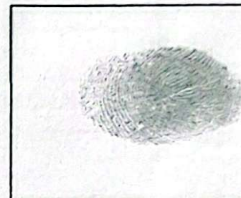
3. DATOS DEL PROFESIONAL QUE CERTIFICA EL NACIMIENTO

3.1 Documento Identidad: DNI/E 10197569
3.2 Primer Apellido: PACORA
3.3 Segundo Apellido: MORALES
3.4 Prenombres: ALMIRO
3.5 Profesión: MÉDICO GINECO-OBSTETRA 3.6 Colegiatura: 031371
3.7 El que certifica declara: HABER ATENDIDO EL PARTO
3.8 Lugar/Fecha certif.: JAUJA - 11 DE SETIEMBRE DE 2025


PACORA MORALES
G. COLOGO-OBSTETRA
C.M.P. 31371 - R.N.E. 28826

Sello y firma del profesional

Impresión Dactilar del profesional



PARA EL INTERESADO

PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

INFORME ESTADÍSTICO DEL NACIDO VIVO

4. DATOS DEL PARTO

4.1 Atendió el Parto: MÉDICO GINECO-OBSTETRA 4.2 Tipo Parto: UNICO 4.3 Condición Parto: CESAREA
4.4 Tipo Seguro/Financiador: SIS 4.5 Duración embarazo: 39 SEMANAS

5. DATOS ADICIONALES DE LA MADRE

5.1 Fecha/Lugar nacimiento: 03/06/2003 - AMERICA / PERU / JUNIN / JAUJA / POMACANCHA
5.2 Nivel de instrucción: SUPERIOR NO UNIV. INC. 5.3 Situación conyugal: SOLTERO
5.4 Ocupación: AMA DE CASA
5.5 Embarazos e hijos:
- N° Hijos actualmente vivos (incluido el recién nacido) 1 - N° Hijos nacidos vivos que fallecieron 0 - N° Abortos y nacidos muertos 0 - N° Total embarazos 1
5.6 Fecha Nacimiento hijo anterior nacido vivo: --

6. DATOS DEL NACIDO VIVO

6.1 Sexo: FEMENINO 6.2 Fecha nacimiento: 11/09/2025 6.3 Hora: 20:34:00
6.4 Peso: 3415 g 6.5 Talla: 48 cm 6.6 APGAR: 8, 9
6.7 Lugar de nacimiento: ESTABLECIMIENTO DE SALUD - DOMINGO OLAVEGOYA - JR. SAN MARTIN N°1153
URBANIZACION OLAVEGOYA - AMERICA / PERU / JUNIN / JAUJA / JAUJA

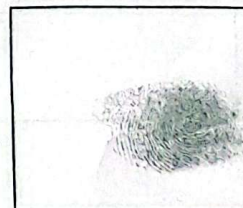


94378815


PACORA MORALES
G. COLOGO-OBSTETRA
C.M.P. 31371 - R.N.E. 28826

Sello y firma del profesional

Impresión Dactilar del profesional



ACTA DE NACIMIENTO

N° 94378815

Código Único de Identificación
CUI

FECHA DE NACIMIENTO 11 DE SEPTIEMBRE DE 2025 HORA 08:34 PM
LOCALIDAD JUNIN / JAUJA / JAUJA (11 03 01 000)
LUGAR DE OCURRENCIA ESTABLECIM DE SALUD DOMINGO OLAVEGOYA
SEXO FEMENINO

Nombre:	QUETZALY DARA ESPINOZA CARHUANCHO	
DATOS DE LOS PADRES	PADRE	MADRE
Prenombres	FRANKLIN ROY	YADIRA
Primer Apellido	ESPINOZA	CARHUANCHO
Segundo Apellido	ARGOTE	HUATUCO
Nacionalidad	PERUANA	PERUANA
Documento de Identidad	DNI/LE 72239680	DNI/LE 75178394
Domicilio de la madre	AV. CARLOS TOMAS OTERO S/N. JUNIN JAUJA POMACANCHA	

FECHA DE REGISTRO 12 DE SEPTIEMBRE DE 2025
OFICINA REGISTRAL JUNIN / JAUJA / JAUJA (11 03 01 000)
DECLARANTE / VÍNCULO YADIRA CARHUANCHO HUATUCO / MADRE
DOCUMENTO DE IDENTIDAD DNI/LE 75178394
DECLARANTE / VÍNCULO FRANKLIN ROY ESPINOZA ARGOTE / PADRE
DOCUMENTO DE IDENTIDAD DNI/LE 72239680
REGISTRADOR CIVIL ROXANA PILAR QUISPE PALMA
DNI 43152413
OBSERVACIONES



Firma del Declarante



Impresión dactilar



Firma del Declarante



Impresión dactilar



República del Perú

Firma digital del
registrador Civil
En señal de conformidadFirmado digitalmente por:
QUISPE PALMA Roxana Pilar
FAU 20295813820 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 12/09/2025 13:43:42-0500