

Solicitud de Matrícula Extemporánea

Dirigido a: Director del "I.E.S.T.P.Marco"

Programa de Estudios: Industrias Alimentarias

Presente:

Yo Bertha Aquino Rojas identificada con el DNI 71241733, ante usted, con el debido respeto, me presento y expongo:

Que debido a motivos de salud se me hizo imposible realizar mi proceso de matrícula dentro de las fechas establecidas en el Calendario Académico para el periodo.

Esta situación se dio debido a que fui diagnosticada con *helicobacter*, durante este tiempo he estado en un tratamiento con medicamentos fuertes y bajo descanso médico durante el tiempo del tratamiento, siguiente a esto, tuve un desgarro del tendón en la mano izquierda, que también me dieron descanso porque había un riesgo de que se llegue a romper el tendón y es la razón por la cual no pude cumplir con el procedimiento de manera oportuna, ya que estuve al cumpliendo con mi tratamiento y el cuidado de mi mano.

Por lo expuesto, solicito a su digno despacho se sirva:

- Autorizar mi Matrícula Extemporánea para el ciclo académico IV ciclo en el programa de estudios Industrias Alimentarias.
- Disponer las acciones administrativas necesarias para completar mi registro, incluyendo la posibilidad de pagar la tasa extemporánea correspondiente.

Reitero mi compromiso de ponerme al día con mis obligaciones académicas y administrativas.

Le adjunto los exámenes médicos:



IREN CENTRO
RECETA MÉDICA



Av. Progreso 1235, 1237, 1239 Sector Palo Seco - Concepción - Junín

FECHA DE EMISIÓN	CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS	SERVICIO	
06/09/2025	00027857	Gastroenterología	
DATOS DEL PACIENTE			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	NO. HISTORIA CLÍNICA
AQUINO	ROJAS	BERTHA	71241733
EDAD	SEXO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	AFLIADO
25 años	Femenino	71241733	SIS - 71241733

DIAGNÓSTICO: GASTRITIS POR H. PILORY

MEDICAMENTOS:

Medicamento 1: ALUMINIO HIDROXIDO + MAGNESIO HIDROXIDO 400 - 400 MG/5 ML SUS 150 ML Cantidad: 21 unidad(es). Indicaciones: 1 Suspensión C/8h, durante 7 días. Va: Oral Indicaciones / Observaciones: 10 ml (2 CUCHARAS) DESPUES DE LAS COMIDAS

Medicamento 2: OMEPRAZOL 20 MG CAP LUB RET Cantidad: 42 unidad(es). Indicaciones: 1 Tableta C/12h, durante 21 días. Va: Oral Condición para administrar: 56 TABLETAS. Indicaciones / Observaciones: 2 TAB VO 30 MIN ANTES DE DESAYUNO Y CENA

Medicamento 3: AMOXICILINA 500 MG TAB Cantidad: 28 unidad(es). Indicaciones: 1 Tableta C/12h, durante 14 días. Va: Oral Condición para administrar: 56 tabletas. Indicaciones / Observaciones: 2 tab vo después de desayuno y cena

Medicamento 4: CLARITROMICINA 500MG TABLETA Cantidad: 28 unidad(es). Indicaciones: 1 Tableta C/12h, durante 14 días. Va: Oral Condición para administrar: 28 tabletas. Indicaciones / Observaciones: 1 TAB VO DESPUES DE DESAYUNO Y CENA

Indicaciones:

(I)

Omeprazol 1 tab 30mm

ANTES D-C → 7 días

+

Hidróxido de Aluminio

10ml = 2 cucharas después

D
C

(II)

Omeprazol 2 tabs juntos
30mm ANTES

D
C

Amoxicilina 2 tabs
DESPUES

D
C

Clarithromicina 1 tab
Después

D
C

214
días



RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA



AP. PATERNO	AP. MATERNO	NOMBRES	EDAD
Aquino	Rojas	Bertha	25
DNI	71241733	COD ASEG	H CL
TIPOS DE USUARIO		ATENCIÓN	
SIS	☒	CONSULTA EXTERNA	☒
PARTICULAR	☐	EMERGENCIA	☐
CONVENIO	☐	HOSPITALIZACIÓN	☐
INDIGENTES	☐	OTROS	☐
OTROS	☐	ESPECIALIDAD MÉDICA	
		MEDICINA	
		CIRUGÍA	
		PEDIATRÍA	
		CARDIOLOGÍA	
		NEUMOLOGÍA	
		INFECTOLOGÍA	
		OTROS	

Diagnóstico: Gastritis y Helicobacter CIE-10

Rp.

Producto farmacéutico y Concentración DCI/Insumo	Forma	Dosis	Vía	Frec	Dur	CANT
Paciente requiere descanso médico mientras dure el tratamiento Inicio: 06/09/2025						

Dr. Iván Pérez Nestares
Médico Oncólogo
C.M.P. 68163

Sello Firma/Colg. Prof

Fecha: 25/08/25
VALIDO HASTA: 3 DIAS

Firma y Sello Farmacia



