

SOLICITO: PERMISO POR SALUD

MG. ELSA LUISA AQUINO CASTRO
DIRECTORA GENERAL DEL I.E.S.T.P. "MARCO"

Yo, **DANIEL ANGEL GAMARRA CASTILLO** identificada con D.N.I. N° 21263745, con domicilio en el Jr. Yauyos N° 119-Urb. La Alborada-El Tambo-Hyo, con celular 986258449 y correo electrónico dgamarrac@iestpmarco.edu.pe, en calidad de personal administrativo – secretaria II de esta institución, me presento ante su Despacho y digo:

Que, sintiéndome mal de salud el día de ayer 08-05-23 me apersone a ESSALUD para atenderme, donde me otorgan DESCANSO del 07-05-23 al 13-05-23 e indican vigilar SAR L86% - COVID, por lo que solicito el descanso correspondiente y adjunto los documentos sustentatorios.

POR LO EXPUESTO:

Solicito acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Marco, 09 de mayo del 2023


Lic. Daniel Gamarra Castillo
C. N. 107322218
COMPROBADO E INFORMADO
Lic. Daniel GAMARRA CASTILLO

**EsSalud**

Cerrar

**POL. METROPOLITANO HUANCAYO
CEXT - MEDICINA GENERAL**

Fecha de la Cita : **08/05/2023**
 Hora de la Cita : **08:25**
 Medico : **SALAZAR ALVARADO ANTUANE**
 Consultorio : **0118**
 Orden / Total : **11 / 28**
 Tipo Atencion : **ATEN.MED.AMBUL. - CONSULTA DE ATENCION INME**

Paciente : **GAMARRA CASTILLO DANIEL**
 Historia Clinica : **Nro 55219**
 Autogenerado : **7311261GACTD005**
 Tipo de Asgurado : **OBLIGATORIO**
 Parentesco : **TITULAR**
 Tipo de Paciente : **ASEGURADO ADSCRITO AL C.A**
 No. Acto Medico : **4091954 VOLUNTARIA NORMAL**

Terminalista : **CACERES NUÑEZ PATRICIA**
 Fecha : **08/05/2023 Hora : 07:35:56**
DIA DE LA HIGIENE DE MANOS
ASISTIR 30 MINUTOS ANTES A SU CITA

EsSalud
 POLICLINICO METROPOLITANO HUANCAYO
 TRIAJE

Peso : **76 kg**
 Talla : **165**
 P. Abd : **106**
 T : **36.3**
 Fc : **105 x1**
 Sato : **90 / 10**
 P/A :
 Glucosa :

MEDICINA

Descanso de:

02/05/23 AL 13/05/23

VIGILAR: SAT C 76/
EMERGENCIA

TRAMITE DE DESCANSO
POR MEDIO DE CONTROL



Antuano Saiz de Alarado
MEDICO GENERAL
C.M. 1234
EsSalud

EsSalud
GERENCIA RED ASISTENCIAL JUNIN
OF. ADM. DOCUMENTARIA Y ARCHIVO

08 MAYO 2023

MESA DE PARTES

Hora: *11:00* Recibido por: *[Firma]*

NOTA: EL DOCUMENTO DEBE ESTAR FOLEADO →

VIT. 1302 2023 954

TOTAL DE FOLIOS

FORMULARIO PARA EL TRÁMITE DE REGULARIZACIÓN

I. DATOS DEL ASEGURADO

APELLIDO PATERNO: *GAMARRA* APELLIDO MATERNO: *CASTILLO* NOMBRES: *DANIEL ANGEL*

DNI: *21263745* GENERO: *M* EDAD: *50*

ESPECIFICAR OCUPACIÓN CARGO QUE DESEMPEÑA

NOMBRE DE LA EMPRESA O INSTITUCION DONDE TRABAJA

DOCENTE

I.E.S.T.P. MARCO

II. CONTINGENCIA

Accidente de trabajo Accidente común Enfermedad Maternidad

III. PERIODO A REGULARIZAR: DEL *07 05 23* AL *13 05 23* Total de Días: *7*

DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

IV. DOCUMENTOS A PRESENTAR

- Regularización por maternidad (REQUISITOS):
- Constancia del Embarazo Normal (con diferimiento)
 - Copia de la Tarjeta de control

- Regularización de CFT:
- Solo Rellenar el Formato

V. DATOS DE QUIEN REALIZA EL TRÁMITE

APELLIDOS Y NOMBRES: *GAMARRA CASTILLO DANIEL* DNI: *21263745*

DIRECCION (JR. / CALLE / AV. / PSJE. / URB. / ETC. - NRO): *JR. YAUJOS N° 119 - URB. LA ALBORADA* CELULAR: *986250449*

EL TAMBO *INCAHUASI* *JUNIN*

DISTRITO PROVINCIA REGIÓN.

FECHA: *08 05 23*

DÍA MES AÑO

Nota. - Toda la indicación de regularización debe estar autorizado por el médico tratante en la historia electrónica o historia física, de acuerdo a Directiva 017 GG-ESSALUD-2014 registro en www.essalud.gob.pe.

[Firma]

PIRMA

Receta para el Paciente

ESSALUD

COMPROBANTE ENTREGA DE MEDICAMENTOS CONSULTA EXTERNA

POL. METROPOLITANO HUANCAYO

Fecha: 08/05/2023

Nro. Receta: 1400399

Paciente: GARRA CASTILLO DANIEL ANGEL

Doc. ID: D.M.I. 21263749

Historia Clínica: 55219

Servicio: MEDICINA GENERAL

Acto Médico: 4882854

Profesional Médico: 05886 SALAZAR ALVARADO ANTONIO

INDICACIONES

1. **PARACETAMOL 500 MG**
10:TB < Para 3 Dias >
1 TAB VO/8 HS/3 DIAS
2. **CETIRIZINA 10 MG**
10:TB < Para 3 Dias >
1 TAB VO/8 HS/3 DIAS
3. **ACETILCISTEINA 200 MG**
9:SOB < Para 3 Dias >
200 MG VO/8 HS/3 DIAS

DIA DE LA HIGIENE DE MANOS