

SOLICITUD DE PERMISO POR SALUD DE MI MENOR HIJO

SEÑORA DIRECTORA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SUPERIOR TECNOLÓGICA PÚBLICO "MARCO" JAUJA

Yo, **HONORIO CARHUANCHO PATRICIO**, identificado con **DNI N° 20703274**, domiciliado en la Comunidad Campesina de Casablanca, distrito de Pomacancha, provincia de Jauja, ante Ud. me presento y digo:

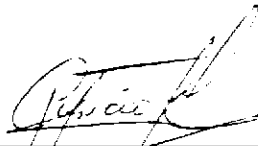
Que, en mi condición de padre de mi menor hijo (**JHOVER CATHUANCHO HUATUCO**) estudiante de dicha Institución Educativa que Ud. dirige.

Me dirijo ante Ud. Para hacerle legar mis cordiales saludos y hacerle conocer que mi menor hijo a sufrido un accidente el día de ayer **lunes 22/04/2024 horas: 7:00 am** cuando estaba bajando a dicho casa de estudio, por tal motivo solicito un permiso por tema de salud que se encuentra hospitalizado por tres días y un descanso medico por diez días por inmovilización.

Le suplico a Ud. Señora Directora acceder a mi solicitud por tema de salud de mi menor hijo y por ser de justicia.

Adjunto documentos de salud del Hospital Domingo Olavegoya:

Casablanca, 23 de abril del 2024



HONORIO CARHUANCHO PATRICIO
DNI N° 20703274



INFORME DE ALTA DE PACIENTE - SERVICIO:

NOMBRE Y APELLIDOS Alfonso... EDAD 13

DNI: 8116009 SEXO M HISTORIA CLINICA 2811600

DOMICILIO ...

CONDICIÓN PRIMARIA ESPECIALIDAD OTROS:

FECHA DE INGRESO 28/05/20 HORA 10:30

TIPO DE INGRESO PROGRAMADO URGENTE OTRO FECHA DE ALTA 28/05/20

DIAGNÓSTICO DE INGRESO ...

DIAGNÓSTICO DE ALTA ...

CONDICIÓN CLÍNICA DE ALTA MEJORADO ESTACIONARIO RETIRO VOLUNTARIO

DRUGS A REALIZADA / TRATAMIENTO MÉDICO REALIZADO	MEDICACIÓN ADMINISTRATIVA (Nombre del medicamento indicación / cantidad)
<u>...</u>	<u>...</u>
<u>...</u>	<u>...</u>

INDICACIONES GENERALES RECOMENDACIONES

MEDICACIÓN PARA EL DOMICILIO:
...

DIETA SUAVE BLANDA COMPLETA

...

El paciente es INDEPENDIENTE para realizar las actividades de la vida diaria

	Total	Parcial	Total	Parcial
<u>...</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>...</u>	<input type="checkbox"/>
<u>...</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>...</u>	<input type="checkbox"/>

Recomendación y Observación: ...

SE BRINDA EDUCACIÓN AL PACIENTE RESPECTO A SU ENFERMEDAD

FECHA DE EDUCACIÓN ...
Hora ...

Si usted percibe algunas de las siguientes molestias o signos de alarma (enfamecimiento, sangrado, náusea, fiebre, dificultad para respirar, etc.) debe acudir al servicio de emergencia ...

Acuerda estar recibiendo DESCANSO MÉDICO DEL ... Total de días de descanso médico ...

PROGNÓSTICO: ...

UNIVERSIDAD DE GUATEMALA

SERVICIO DE EMERGENCIAS

SERVICIO DE EMERGENCIAS

Nombre del paciente: Camelisa Patricia Jimenez Edad: 13
Servicio: EMERGENCIAS Carrera: 23/10/2017
Información del Dr.: Dr. Jimenez
Número: 87 109 107

- 10101 - Hombros (Derecha)
- 10102 - Hombros (Izquierda)
- 10103 - Codo (Derecha)
- 10104 - Codo (Izquierda)
- 10105 - Muñeca (Derecha)
- 10106 - Muñeca (Izquierda)
- 10107 - Mano (Derecha)
- 10108 - Mano (Izquierda)
- 10109 - Dedos (Derecha)
- 10110 - Dedos (Izquierda)

Dr. Jimenez
Car 41

UNIVERSIDAD DE GUATEMALA
 Hospital General de Guate
 Unidad de Radiología
 Rafael Antonio Romero Romero
 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
 C.A.S. (C.A.S.)
 87 109 107
 DATOS INCOMPLETOS

HOJA DE REFERENCIA

24 - 0015

1. DATOS GENERALES

Fecha

Día	Mes	Año
22	04	24

 Hora 09:45 Asegurado: SI NO SIS ESSALUD SOAT P/C SALUDPOL

IPRESS de Origen de la Referencia P.S. CASA BLANCA. SERV. ORIGEN Hosp. Emerg. C.Ext.

IPRESS Destino de la Referencia Hospital Domingo Olaveaga

2. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

CODIGO DE AFILIACION AL SIS 170-2-75176069 N° HISTORIA CLINICA 75176069 FECHA DE NACIMIENTO 03/10/05

Apellido Paterno CARHUANCHO Apellido Materno HUATULO Nombres JHOVER HERRERA DNI 75176069
 Sexo F M Edad Años 18 Meses 00 Días 00 N° Cel
 Dirección: CASA BLANCA Distrito: PORACANCHA Provincia: JAUJA Departamento: JUNIN

3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Anamnesis DUELO A.P.S. JOVEN GOLPEADO EN PECHO producto de CAIDA AL MOMENTO DE MANTENIA BICICLETA, ACTUALMENTE REFIERE PORA MOVILIZACION DEL BRAZO IZQUIERDO

Examen Físico T° 36.5°C P.A. 100/60 F.R. 18 X' F.C. 70 X' SAT O2 % FIO2 EG /15 BH

Peso: 54. Talla: 166. Ansg wtp. piel y mucosas: tibias, húmedas e hidratadas Mucosas: húmedas. Pulso: débil. Se observa heridas múltiples por raspadura de la piel no sangrantes.

Exámenes Auxiliares HB HTO PLAQ UREA CREATININA

Diagnóstico	CIE - 10	P D R		
		P	D	R
1) CONTUSIÓN DEL HOMBRO.	S400		X	
2)				
3)				
4)				



Tratamiento

4. DATOS DE LA REFERENCIA

Coordinación de la Referencia UPS Destino de la Referencia: Emergencia (I) (II) Consulta Externa Apoyo al Diagnóstico (Adjuntar Orden)
 Atendido por Teleinterconsulta No Si Motivo:
 Fecha y hora en que será atendido:
 Nombre de quien lo atenderá:
 Nombre con quién se coordinó la atención:

Especialidad de Destino: Pediatría Medicina Cirugía Gineco-Obst Lab. Dx. Imag Otros Traum - Reumatol - gastro - Oftalmol

Condiciones del Paciente al Inicio del Traslado Estable Mal Estado

Personal Responsable de la REF	Personal Responsable del SRC establecimiento	Persona de Salud que acompaña	Persona de Salud que recibe
Nombre Elsa Liana Cerrón Leiva Colegiatura 31269 Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input checked="" type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro	Nombre Elsa Liana Cerrón Leiva Colegiatura 31269 Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input checked="" type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro	Nombre Colegiatura Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro	Nombre Colegiatura Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro Fecha Hora
 Elsa Liana Cerrón Leiva OBSTETRIX COP. 31269	 Elsa Liana Cerrón Leiva OBSTETRIX COP. 31269	Firma y Sello	Firma y Sello

Condiciones del Paciente a la llegada al establecimiento Destino de la Referencia Estable Mal Estado Fallecido