

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

*SOLICITO: Permiso por motivo intervención quirúrgica de mi menor hija*

SEÑORA DIRECTORA DEL IESTP “MARCO”

ELSA LUISA AQUINO CASTRO

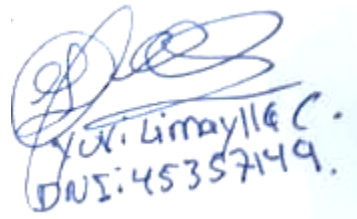
Yo, YURI JOSH LIMAYLLA CAMPOS, identificado con DNI N°: 45357149, docente del programa de estudios de APSTI, en mi condición de Padre de Familia de mi menor hija MIA ISABELLA LIMAYLLA GAGO.

Que, por motivos de salud de mi menor hija, siendo programado la intervención quirúrgica para el día de hoy 16/08/2024, con diagnóstico de inflamación de glándula salival. Solicito a usted el permiso correspondiente.

Espero su gentil atención a acceder mi petición por ser de justicia, ya que se trata de la salud de mi menor hija; por lo cual adjunto los documentos de atención.

Marco, 16 de agosto de 2024.

Atentamente:



Yuri Limaylla C.  
DNI: 45357149.

Cta. 247488

UNIDAD DE SERVICIOS PUBLICOS  
 C.P. 91431373  
 Nº 170-2-91431373  
 Nº 0465921  
 JUNIN



**MINISTERIO DE SALUD**  
 GOBIERNO REGIONAL JUNIN  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD - JUNIN  
 RED DE SALUD JAUJA  
 HOSPITAL DOMINGO ELAVIGORZA - JAUJA

### SOLICITUD DE SALA DE OPERACIONES

Nombre: Lima ylla Gago Kiu  
 Sexo: F Edad: 5a C.S. \_\_\_\_\_ Rh: 0+ R.Q.: F  
 Servicio: Otolaringo, otorinolaringo - CBHF Cama: \_\_\_\_\_ Condición: SIS - Ambulatorio  
 Diagnóstico Pre-Operatorio: \_\_\_\_\_  
Mucocele Blandin y Nasa


Operación: Exeresis de Mucocele

Fecha de la Operación: Día 16 Mes Agosto Año 2024 Hora 7:30am  
 Electiva \_\_\_\_\_ Emergencia \_\_\_\_\_ Cirugía Mayor \_\_\_\_\_ Cirugía Menor \_\_\_\_\_  
 Cirujanos: Dra Vasquez  
 Anestesiista: Dr. Alfonso Mejia Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_  
 Jauja, 15 de Agosto del 2024

FIRMA DEL JEFE DE SERV. CIRUGIA O GUARDIA

GOBIERNO REGIONAL JUNIN  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
 RED DE SALUD JAUJA  
Alfonso Mejia  
 Dra. **IRMA BELICRUANO**  
 COP 20000  
 Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial

NOTA: 1. Este formulario debe ser llenado 24 horas antes de cualquier intervención en caso de hospitalización  
 2. Sin el cumplimiento de este requisito no se realizará ninguna intervención quirúrgica.



**MINISTERIO DE SALUD**  
 GOBIERNO REGIONAL JUNIN  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD - JUNIN  
 RED DE SALUD JAUJA  
 HOSPITAL DOMINGO ELAVIGORZA - JAUJA

POR EL PRESENTE DOCUMENTO AUTORIZO AL MEDICO TRATANTE (1)  
C D Esp Irina J. Vasquez Cano  
 PARA QUE PRACTIQUE EN (2) Lima ylla Gago Kiu  
 UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA; DE (3) Exeresis de Mucocele

YO AQUELLAS QUE PUEDAN DERIVARSE DE LA ANTERIOR, Y ACEPTO LOS RIESGOS QUE DE ELLA(S) PUEDA(N) ORIGINARSE, ASI COMO LAS POSIBLES SECUELAS DE LAS QUE HE SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO.

ASIMISMO, AUTORIZO LA ADMINISTRACIÓN DEL ANESTÉSICO QUE SEA MÁS CONVENIENTE CONFORME EL CRITERIO DEL ANESTESIOLOGO, A TRANSFUSIONES DE SANGRE O PLASMA Y A LA MEDICACIÓN QUE SE CONSIDERE NECESARIAS A JUICIO DE LOS MÉDICOS TRATANTES; A DISPOSICIÓN DE CUALQUIER TEJIDO U ÓRGANO QUE SE SEA EXTIRPADO COMO RESULTADO DE LA OPERACIÓN. EN FE DE LO CUAL FIRMO EN PRESENCIA DE TESTIGOS.

Jauja, 16 de Agosto de 2024

<u>[Firma]</u> NOMBRE (4) <u>Yuri Lima ylla Campos</u> NOMBRE (5)	FIRMA (4) <u>Padre</u> PARENTESCO (5)
NOMBRE (6)	FIRMA (6)

D.N.I. N°(6) 45357149  
 DOMICILIO (6) Calle Real sin CPM Chuclo

(1) NOMBRE DEL MÉDICO.  
 (2) MI PERSONA, O LA DE MI MENOR HIJO (A) O EN LA DE MI ESPOSO (A) A, SEGÚN EL CASO (INDICAR EL NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA QUE SE OPERA).  
 (3) NOMBRE DE LA OPERACIÓN.  
 (4) FIRMA DEL PACIENTE, SI ESTE NO PUDIERA FIRMAR, LO HARÁ SU CONYUGE, PADRE O TUTOR O FAMILIAR MÁS CERCANO.  
 (5) PARENTESCO CON EL PACIENTE.  
 (6) NOMBRE, FIRMA, DOMICILIO, ETC. DEL TESTIGO.

H.C. N° 91431373

ELMR. UTS N° 2-J-89

### AUTORIZACIÓN PARA OPERACIÓN

**FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA**

NUMERO DE FORMATO: 00000365 24 00046592

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD: **HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA**

CÓDIGO RENAES DE LA IPRES: 00000365

PERSONAL QUE ATIENDE: \_\_\_\_\_ LUGAR DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_ ATENCIÓN: \_\_\_\_\_

**DEL ASEGURADO / USUARIO**

IDENTIFICACIÓN: TDI, N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD, EMPRESA / OTROS, NÚMERO

INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ CÓD. SEGURO: \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO: **LIMAYLLA** APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_

PRIMER NOMBRE: **MIA** OTROS NOMBRES: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: **28/07/2019**

N° DE HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ETHIA: \_\_\_\_\_

DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1: \_\_\_\_\_

DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2: \_\_\_\_\_

DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3: \_\_\_\_\_

**DE LA ATENCIÓN**

FECHA DE ATENCIÓN: **15/08/2024** HORA: **15:19** UPS: \_\_\_\_\_

CÓD. PRESTAC. ADICIONAL (ES): **070**

REPORTE VINCULADO: \_\_\_\_\_ N° FUA A VINCULAR: \_\_\_\_\_

**CONCEPTO PRESTACIONAL**

ATENCIÓN DIRECTA: \_\_\_\_\_ COB EXTRAORDINARIA: \_\_\_\_\_ CARTA DE GARANTÍA: \_\_\_\_\_

TRaslADO: \_\_\_\_\_ NATIMUERTO: \_\_\_\_\_ OBITO: \_\_\_\_\_ OTRO: \_\_\_\_\_

**DEL DESTINO DEL ASEGURADO / USUARIO**

ALTA:  CITA: \_\_\_\_\_ HOSPITALIZACIÓN: \_\_\_\_\_ EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

CONSULTA EXTERNA: \_\_\_\_\_ APOYO AL DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ CONTRARREFERIDO: \_\_\_\_\_ FALLECIDO: \_\_\_\_\_ CORTE ADMINIS.: \_\_\_\_\_

**ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS**

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS: \_\_\_\_\_

**VACUNA N° DOSIS**

BCC	INFLUENZA	ANTI-MARIJUANA
DPT	PAROTID	ANTI-NEUMOC.
APO	RUBEDLA	VPH
ASA	ROTAVIRUS	COMPLETAS PARA LA EDAD
SPR	DT ADULTO (V) RIGIDA	VARICELA
SR	IPV	DT NIÑOS
HVB	PENTAVAL	

**DIAGNÓSTICOS**

N°	DESCRIPCIÓN	INGRESO	SORSEO
		TIPO DE DR. CIE-10	TIPO DE DR. CIE-10
1	<i>Mucocela de glandula Salival</i>	P D R K11-6	D R
2		P D R	D R
3		P D R	D R
4		P D R	D R
5		P D R	D R

N° DE DNI: **20734290** NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN: **Erika Judy Vasquez Cano** N° DE COLEGIATURA: **20020**

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN: **3** ESPECIALIDAD: **Cx Bucal y Maxilofacial** N° RNE: \_\_\_\_\_ EGRESADO: **1**

FIRMA: \_\_\_\_\_ ASEGURADO APODERADO:

APODERADO: NOMBRES Y APELLIDOS: **Yuri Limaylla Campos** DNI o CE DEL APODERADO: **45354149**

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN: **Dr. ERIKA J. VÁSQUEZ CANO** C.O.P. 20020