



FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE

R.M. N° 025 - 86 - ED

1° SOLICITO: Justificación por inasistencia y poder ingresar a clases

INSTITUTO DE EDUCACIÓN SUPERIOR TECNOLÓGICO PÚBLICO

"MARCO"

Señora Directora del IESTP "MARCO"

2° DESTINATARIO

PIÑAS ACERO MARIA CARTEN

3° DATOS DEL USUARIO (APELLIDOS Y NOMBRES)

ENFERMERIA TECNICA IV SEMESTRE

4° PROGRAMA DE ESTUDIOS Y SEMESTRE

5° CARGO ACTUAL Y CENTRO DE TRABAJO

935827036

5.1. CELULAR

6° N° DE MATRÍCULA /CODIG.MOD)

74527519

7° DNI / OTROS

Au. Hatun xauxa N° 402 - ATAUZA - TAUJA - JUNIN

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

9° CORREO ELECTRONICO

10° FUNDAMENTO DEL PEDIDO:

Sobito continuar con mis estudios deseando concluir el IV Semestre en la carrera de Enfermería técnica, que habiendo estado programado para realizar prácticas en el Hospital Daniel Alcides Carrión - Huancayo en el mes de Octubre programado del 01/10/24 hasta el 31/10/24, por motivos de salud no conduí mis prácticas. Viendo el médico mi diagnóstico me receto pastillas y tranquilidad debido a mi enfermedad Diabetes, adjunto mis recetas. Y ahora mis compañeros udaron de prácticas y me urge reincorporarme con ellos en clase para concluir mis estudios.

11° ANEXOS:

12 FECHA:

05 de Noviembre del 2024

FIRMA

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



GOBIERNO REGIONAL - JUNIN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - JUNIN
RED DE SALUD - JAUJA
HOSPITAL DOMINGO CLAVEGOYA - JAUJA

UNIDAD DE SEGUROS PÚBLICOS
EMERGENCIA

Nº AFILIACIÓN: _____
Nº INSCRIPCIÓN: _____
Nº ATENCIÓN: _____
DATOS INCOMPLETOS INVALIDAN LA ATENCIÓN

NOMBRE: _____
SERVICIO **EMERGENCIA** CAMA: _____ EDAD: _____
PROCEDENCIA: _____ H.C.: _____
DIAGNOSTICO CLÍNICO: _____
ANTECEDENTES: _____
MEDICACIÓN ACTUAL Y/O HABITUAL: _____
INDICADO POR DR.: _____
FECHA Y HORA DE SOLICITUD: _____

Orden:	HEMATOLOGÍA:	Orden:	MICROBIOLOGÍA
	Hemograma		Parasitológico directo de heces
	Hemoglobina/ hematocrito		Ex. Parasitológico seriado
	VSG		Test de Graham
	Recuento de metelocitos		Thevenón en heces
	Recuento de plaquetas		BK en esputo
	Recuento de eosinófilos		Coloración Gram
	Tiempo de coagulación y sangría		Ex. completo líquidos biológicos.
	Retracción del coagulo		Ex. directo de hongos
	Constantes corpusculares		Examen de secreción vaginal
	Tiempo de protombina/INR		Hemocultivo / antibiograma
	Tiempo de trombolplatina		Urocultivo / antibiograma
	Células LE		Coprocultivo / antibiograma
	BIOQUÍMICA:		Cultivo secreciones / ATBgrama
	<input checked="" type="checkbox"/> Dosaje de glucosa		Coprocultivo / descartar de colera
	Tolerancia de glucosa		INMUNOLOGÍA:
	Dosaje de Urea		Aglutinaciones tíficas
	Dosaje de creatinina		Aglutinaciones brucelares
	Depuración de creatinina		Serología sífilis
	HDL I		Antiestreptocina
	LDL		Proteína C reactiva
	Colesterol Total		Prognosticón
	Triglicéridos		Serología VIH
	Bilirrubina total		Serología Hepatitis B
	Bilirrubina directa		Equinococcus granuloso
	Amilasa		Cisticercos
	Fosfatasa alcalina		BANCO DE SANGRE
	Transaminasa oxalacética		Grupo sanguíneo /RII
	Transaminasa pirúvica		Prueba de compatibilidad
	Protéinas totales		Test de Coombs
	Albumina/globulinas		Transfusión Sanguinea
	Ex. Completo de orina		Otros (especificar)
	Microalbuminaa		
	CPK total		
	CPK MB		
	DHL		
	ADA		
	Thevenon en orina		
	Otros (especificar)		

Hb glicosilada

[Handwritten signature]

HOSPITAL DOMINGO CLAVEGOYA
Lic. María Murga Fernández
MÉDICO INTERNISTA
M.P. 72597

UNIDAD DE SEGUROS PÚBLICOS
EMERGENCIA
Nº AFILIACIÓN: _____
Nº INSCRIPCIÓN: _____
Nº ATENCIÓN: _____
DATOS INCOMPLETOS INVALIDAN LA ATENCIÓN



RECETA UNICA ESTANDARIZADA

INDICACIONES:

Nombres y Apellidos: _____

R.P.

Medicamento e insumos(D.C.I.) Dosis Vía Frecuencia Duración

Metformina < 8 cm.
8 pm.

en 15 días
Control Glucose
Hb Glicosilada

Sacar ch x G. Externo
[Handwritten signature]

04/10/24

HOSPITAL DOMINGO ULAVEGUE
Victoria Murga Fernández
MÉDICO INTERNISTA
C.M.S.

Sello/Firma/Col. Profesional

Fecha de atención

Recibí Conforme



GOBIERNO REGIONAL - JUNIN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - JUNIN
RED DE SALUD JAUJA
HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA - JAUJA

HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA
INFORME DE ALTA DE PACIENTE - EMERGENCIA



6001

NOMBRE Y APELLIDOS: PIÑAS ACERO MARIN
DNI: 74527519 HC: 74527519
FECHA DE ATENCIÓN: 24/09/24 HORA: _____

EXÁMENES AUXILIARES REALIZADOS EN EMERGENCIA	MEDICACIÓN ADMINISTRATIVA EN TÓPICO (Nombre del producto / Indicación / Cantidad)
<u>HGT</u>	<u>ClNa 0,9% 1000cc I-II-III</u>

DIAGNÓSTICO DE INGRESO:	<u>DM descompensada</u>
DIAGNÓSTICO DE ALTA:	<u>DM</u>

CONDICIÓN CLÍNICA DE ALTA: MEJORADO ESTACIONARIO VOLUNTARIO

RECETA INDICACIONES GENERALES - RECOMENDACIONES - MEDICACIÓN

Rg. Metformina 850 vo clalyo x 15cd.

SIGNOS DE ALARMA _____

PLAN DE SEGUIMIENTO

Próxima Cita Día: 5/10 Hora: _____

Especialidad de: Hedmas

SE BRINDA EDUCACIÓN AL PACIENTE RESPECTO A SU ENFERMEDAD

PRONÓSTICO: _____

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD JAUJA

.....
M.C. NATHALIE J. ASTUDILLO RODRIGUEZ
MÉDICO FISIÓLOGA
C.O.P. 1149 2008 22

Firma y Sello Médico Tratante

[Firma]

Paciente/Responsable