



“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”

Huancavelica, 03 de julio del 2020

OFICIO N°088-2020-DCN“LVA”-HVCA.

SEÑOR : Lic. Jorge Gastón PEREZ LAZO  
Director del Programa Sectorial I UGEL Huancavelica.

PRESENTE. -

ASUNTO : REMITO LICENCIA POR SALUD CON GOCE DE HABER DE DOÑA MARY ROJAS DONAIRES I.E. N°  
36004 “LA VICTORIA DE AYACUCHO” HUANCVELICA

REF. : Solicitud de fecha 03/07/ 2020

-----  
Por el presente me dirijo a Ud., para saludarlo cordialmente a nombre del Colegio Nacional de Ciencias y Artes “La Victoria de Ayacucho” y en especial del suscrito, la misma que me permite remitir Licencia POR SALUD CON GOCE DE HABER DE DOÑA MARY ROJAS DONAIRES I.E. N° 36004 “LA VICTORIA DE AYACUCHO” HUANCVELICA A PARTIR DEL DIA 01 DE JULIO AL 30 DE JULIO DEL PRESENTE AÑO, CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO. Para tal efecto adjunto al presente.

Sin otro particular es propicia la ocasión para reiterarle las muestras de mi especial consideración y deferencia personal.

Atentamente,



*Angel Gastón Cortez*  
Lic. Angel Gastón Cortez  
DIRECTOR  
C.M. 1023202002

Solicito: Extensiòn de Licencia por salud.

SEÑOR SUB - DIRECTOR DE LA I. E. N° 36004 " LA VICTORIA DE AYACUCHO - HUANCAMELICA"

Yo Mary Rojas Donaires con DNI 42241525 con domicilio Av. Santos Villa N° 376 - Ascensiòn. Ante Ud. Me presento respetuosamente y expongo.

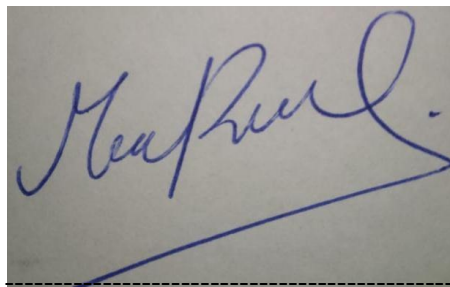
Que habiendo presentado anteriormente mi descanso mèdico por salud que esta por regularizar, hoy presento mi extensiòn de descanso mèdico , hasta el momento que sigo delicada de salud siguiendo el tratamiento oncològico por ello el mèdico tratante por la condiciòn de mi salud me extendiò el descanso mèdico que me corresponde por ley, **30 días (desde 01 de julio hasta 30 de julio del 2020)**

Para lo cual adjunto los documentos correspondientes.

POR LO EXPUESTO

Ruego a usted acceder mi peticiòn por ser justa y de consideraciòn.

Huancayo 03 de julio del 2020



Mary Rojas Donaires

DNI 42241525

USA	MES	AÑO
05	06	20
NÚMERO DE REFERENCIA		

**FORMATO DE REFERENCIA**

Establecimiento	Centro de origen	Centro de destino
M. II - Huancaavelica	M. II - Huancaavelica	M. II - Huancaavelica
A. Remes Priolo	A. Remes Priolo	A. Remes Priolo
Clínica Obstétrica	Clínica Obstétrica	Clínica Obstétrica
Oncología	Oncología	Oncología
266134	266134	266134

**I. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Autogestor	8402230 - 009	Edad	36
Apellido Paterno	Donairis	Sexo	Femenina
Apellido Materno	Mary	T. Seguro	Adscrita
Nombre	Mary	N. Contrato	
Fecha de Nacimiento	23/02/84	Plan de Seguro	
Lugar de Nacimiento	HUCA		
Domicilio	Av. Santa Villa 376 - Alcañón.		
Doc. Identidad	42241521		
Telefono	920789275		

**II. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (Signos y Síntomas)**

Pate q' viene presentando aumento de volumen en mama izquierda, acompañada de coloración roja. Piel de aspecto enrojecido y nivel de elevación de porción superior del tórax externo. No se evidencian heridas.

**Resultados de Pruebas Diagnósticas**

- Histología: Carcinoma ductal pobremente diferenciado infiltrante grado III (3,32)
- Mamografía: BI-RADS IIIb
- TC con contraste Abd. y Pelvis sin hallazgos Patológicos / Torax patológico

**MOTIVO DE REFERENCIA**

Manejo por especialista.

**Tipo de Transporte según prescripción médica**

Aérea  Terrestre  Fluvial  Otros (detallar) \_\_\_\_\_

Requiere de acompañante  
Familiar SI  NO   
Médico SI  NO

**III. IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE O RESPONSABLE**

Nombre del Médico: **Tory Irol Flores Tejada** CMP 61996

Red Asistencial Huancaavelica  
Código de Atención y Clasificación: \_\_\_\_\_

**Tory J. Flores Tejada**  
Médico Oncólogo  
CMP 61996

Fecha y Sello del Médico Tratante: 05 JUN 2020

RECIBO: 13 30H

Firma y Sello del Jefe de Referencia o de la Referencia: \_\_\_\_\_

**IV. EXTENSIÓN DE REFERENCIA**

Servicio Solicitante	Centro de Extensión	Motivo de Extensión	Nombre del Médico
Firma y Sello del Médico Tratante			CMP
Firma y Sello del Jefe			

NIT 1302 2020 2942

Ministerio de Salud  
GERENCIA REGIONAL ESPECIALIZADA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y FAMILIAR  
09 JUN. 2020  
Nro. 1200

FORMULARIO PARA EL TRÁMITE DE REGULARIZACIÓN

I. DATOS DEL ASEGURADO

FECHA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

Rojas

Donaires

Mary

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

GÉNERO

EDAD

DNI

4 2 2 4 1 5 2 5

F

36

TRABAJO HABITUAL (especificar ocupación)

EMPLEADOR(ES)

Docente nivel primaria

UGEL Huancavelica

II. CONTINGENCIA

Accidente de trabajo

Accidente común

Enfermedad

Maternidad

III. PERIODO A REGULARIZAR

Del

08 06 20

Al

07 07 20

Total de días

30

IV. DOCUMENTO A PRESENTAR

Regularización por maternidad

Regularización de CITT

1. Constancia del Embarazo Normal (con diferimiento)

1. Solo rellenar el formato

2. Copia de tarjeta de control

V. DATOS DE QUIEN REALIZA EL TRÁMITE

APELLIDOS Y NOMBRES

DNI

Rojas Donaires Mary

4 2 2 4 1 5 2 5

DIRECCIÓN

CELULAR

Av. Santos Vía # 376 Asunción Hua

4 4 4 2 7 7 5 5 5

TOTAL DE FOLIOS

NOTA: Toda la indicación de regularización debe estar autorizado por el médico tratante en la historia electrónica o historia física, de acuerdo a Directiva 015-GG-ESSALUD-2014 registrado en W.W.W.Essalud.gob.pe

Firma

*[Firma manuscrita]*

<b>Nombre del Paciente</b>	ROJAS DONAIRES MARY	<b>Fecha de Vigencia</b>	30/06/2020
<b>Apellidos y Nombres</b>	D.N.I. 42241525 Edad Actual 36A 3M 17D	<b>Sexo</b>	FEMENINO
<b>Doc. de Identidad</b>		<b>Acto Médico</b>	823240
<b>CAS de Atención</b>	H.N. R. PRIALE P.	<b>Nro Historia Clínica</b>	443649
<b>Area Hospitalaria</b>	CONSULTA EXTERNA	<b>Fecha de Atención</b>	08/06/2020
<b>Servicio Hosp.</b>	ONCOLOGIA MEDICA	<b>Tipo de Seguro</b>	
<b>Actividad Específica</b>	CONSULTA DE ATENCION INMEDIATA	<b>Actividad Hosp.</b>	ATENMED.AMBUL.
<b>Profesional Asistencial</b>	ZEGARRA CARDENAS JORGE		

**Anamnesis**  
 PCTE CON TUMORACION DE MAMA IZQUIERDA QUE HA IDO AUMENTANDO DE TAMAÑO DESDE HACE 1 AÑO HASTA ABRIL 2019 EN DONDE SE EVIDENCIA CAMBIO DE COLORACION, FUE EVALUADA EN FORMA PARTICULAR CON ECOGRAFIA EN HUANCANELICA QUE INFORMO PROCESO NEOFORMATIVO, TEMS HUANCANELICA LESION NEOFORMATIVA EN MAMA IZQUIERDA DE 6x6 CM, NO METS A DISTANCIA, SE REALIZO EP MAMA IZQUIERDA QUE REPORTO CARCINOMA DUCTAL POBREMENTE DIFERENCIADO INFILTRANTE GRADO HISTOLOGICO III, BIOPSIA DE GANGLIO TEJIDO FIBROCONECTIVO INFILTRADO POR CARCINOMA DUCTAL POBREMENTE DIFERENCIADO

ANT: TIA MATERNA CON CANCER DE MAMA OPERADA HACE 15 AÑOS, TIA PATERNA CON CANCER DE PULMON TTO PALIATIVO, HA FALLECIDO HACE 1 SEMANA

HTA (-), DM (-), NIEGA ENFERMEDAD CRONICA, RAM (-)

GO: MENARQUIA 13 AÑOS, G3P2012, RC 2-3/20-25 D, MAC: NIEGA, PRIMER EMBARAZO: 31 AÑOS

**Examen Clínico**

**Signos Vitales:**

Presión Arterial (mm Hg)	0 / 0	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	0
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	0
Temperatura Corporal (°C)	0,0		

**Antropometría:**

Peso (Kg)	0,000	Talla (M)	0,00	IMC	0
Perímetro Abdominal	0,0				

ECOG 1 AREG AREH AREN LUCIDA, MAMA IZQUIERDA TUMORACION DE APROX 10 CM PETREA EN CUADRANTES SUPERIORES, CON SIGNOS DE FLOGOSIS Y PIEL DE NARANJA, DOLOROSA AL TACTO, ADENOPATIA AXILAR IZQUIERDA DE 2 CM, TORAX MV PASA EN AMBOS HEMITORAX, NO ESTERTORES, ACV RC RITMICOS REGULARES NO SOPLOS, ABD BD RHA ++

**Plan de Trabajo/Comentarios y/o Observaciones**

SS EX AUXILIARES

REVISION DE LAMINA INSTITUCIONAL

I/C CAI CARDIOLOGIA ECOCARDIOGRAFIA POR USO DE ANTRACICLINICOS

SE OTORGA CITT DEL 08.06.20 POR 30 DIAS

OCUPACION DOCENTE PRIMARIA, DX C50.9, ENF COMUN

**Diagnostico**

Código	Descripción	Tipo	Caso	Alta?
C50.9	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	DEFINITIVO	REPETIDO	NO

Tipo de Consulta CONSULTA RECUPERATIVA

RECITA/INTERCONSULTAS

NO CORRESPONDE