

“Año de la universalización de la salud”

Agua Blanca 01 de Junio del 2020

OFICIO N° 0044 -2020 -I.E. “R.C”-AB/D

Señora:

MARIA CAROLINA PEREZ TELLO

Directora – UGEL EL DORADO

San José de Sisa.-

Asunto : **Remito Licencia con Goce.**

Ref. : Oficio N° 001 -2020-KJRR-PV.I.E."RC"-AB.

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarle cordialmente y al mismo tiempo hacer de su conocimiento y de acuerdo a la referencia; la Licencia con Goce por Paternidad; solicitado por el Sr. **Jorge Keytel Ramirez Ramirez** Personal de Vigilancia - CAS en la I.E. “Ramon Castilla “del Distrito de Agua Blanca. Se adjunta al presente el oficio y demas documentos presentada por el interesado.

Sin otro particular; me despido de usted no sin antes reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL - EL DORADO
I.E. N° 001 "RAMON CASTILLA"

[Handwritten Signature]
Prof. María F. Aspinall Fernández
DIRECTORA (*)

Agua Blanca, 01 de junio de 2020.

OFICIO N° 001-2020-KJRR-PV-I.E."RC"-AB

SEÑORA: Prof. MARÍA FELICITA ASMAT FERNANDEZ
Directora de la I.E. "Ramón Castilla" – Agua Blanca

ASUNTO: SOLICITA LICENCIA POR PARTENIDAD

Es grato dirigirme a usted, para expresarle el saludo cordial, y al mismo tiempo manifestarle lo siguiente:

Que, teniendo de su conocimiento que mi persona labora en esta prestigiosa I.E. al cual usted dirige como Personal de Vigilancia desde el año 2016 hasta la actualidad, y que desde hace una semana me convertí en padre por primera vez; según la ley N° 30807 Ley que modifica la Ley 29409, Ley que concede el derecho de licencia por paternidad a los trabajadores de la actividad pública y privada; es por ello me presento ante usted señora Directora para solicitarle que me conceda la LICENCIA POR PATERNIDAD por los días establecidos según ley. Para mayor conformidad adjunto copia del certificado de nacido vivo de mi menor hijo y copia del carnet de control de embarazo de mi señora. Cabe mencionar que los trámites correspondientes para presentar a la fecha indicada no pude, por motivo de la emergencia nacional por la pandemia COVID-19 de los cuales no contaba con la documentación respectiva para su presentación debida y a tiempo para dicho trámite de licencia por paternidad.

Esperando contar con su atención y aceptación a la solicitud por ser de justicia e importante me despido de Usted, no sin antes reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente;



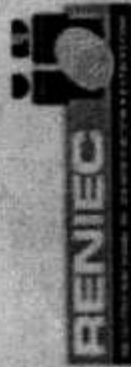
.....
KEITEL JORGE RAMÍREZ RAMÍREZ

DNI N° 42343205

**Personal de Vigilancia
Solicitante**



91859356



REPÚBLICA DEL PERÚ

INEI

Ministerio de Salud

PERÚ

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

1. DATOS DE LA MADRE

1.1 Documento Identidad: DNI/LE 76831562 25 años
1.3 Primer Apellido: VALLES
1.4 Segundo Apellido: GOMEZ
1.5 Prenombres: ZANDI VANESA
1.6 Dirección: JR. OSCAR BENAVIDES S/N AMERICA / PERU / SAN MARTIN / EL DORADO / AGUA BLANCA

2. DATOS DEL NACIMIENTO

2.1 Sexo: MASCULINO 2.2 Fecha nacimiento: 19/05/2020 2.3 Hora: 18:31:00
2.4 Lugar de Nacimiento: ESTABLECIMIENTO DE SALUD - HOSPITAL RURAL SAN JOSE DE SISA - SAN JOSE DE SISA - AMERICA / PERU / SAN MARTIN / EL DORADO / SAN JOSE DE SISA

3. DATOS DEL PROFESIONAL QUE CERTIFICA EL NACIMIENTO

3.1 Documento Identidad: DNI/LE 40014760
3.2 Primer Apellido: GARCIA
3.3 Segundo Apellido: VASQUEZ DE ISHUIZA
3.4 Prenombres: SANDRA
3.5 Profesión: OBSTETRA
3.6 Colegiatura: 19291
3.7 El que certifica declara: HABER ATENDIDO EL PARTO
3.8 Lugar/Fecha certif.: SAN JOSE DE SISA - 19 DE MAYO DE 2020

Profesional del

Sandra García Vásquez

IN

IN

IN

IN

IN



MEMBRON FILMATOGRAFICA DEL REGEN NACIDO

CARNÉ DE CONTROL MATERNO PERINATAL

Establecimiento: P.S. AGUA BLANCA
Nivel: I-2

APELLIDOS Y NOMBRES
Valles Gomez Zandi Vanesa

No. HC. 1096

CITA DE CONTROL

DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
18	10	19	20	ABRIL	20
24	11	19	11	MAYO	
20	12	19	20	MAYO	
20	01	20			
21	02	20			
20	03	20			

GESTANTE CON FACTORES DE RIESGO PARA:

CUMPLA CON LAS CITAS

Señales de Peligro:

- Vómito exagerado
- Salida de sangre o líquido por la vagina
- Fiebre o escalofríos
- Hinchazón de alguna parte de su cuerpo
- Disminución de movimientos fetales
- Dolor abdominal o contracciones del útero antes de lo esperado
- Dolor de Cabeza intenso o persistente.

ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora atención (a/m/d hh:mm)	25/09/08:00	4/10/19	24/11/19	29/12/19	21/1/20	20/2/20	19/3/20	29/4/20	13/5/20
Edad Gest. (Semanas Cumpidas)	4 SS	8 ^{6A}	13 ^{1/2}	17 ^{1/2}	21 ^{2/2}	26	30	35 ^{cm}	38 ^{cm}
Peso madre (kg)	79.500	81 kg	78.2	78.5	78.1	81.80	82	82.500	84.300
Temperatura (°C)	37°C	36.7	36.7	36.5	36.5	36	36	36.6°	36.6°
Presión arter. (mm. Hg)	100/60	90/60	90/60	110/70	90/60	90/60	90/60	90/60	90/60
Pulso materno (por min.)	76 x'	76 x'	77 x'	77 x'	78 x'	78 x'	76 x'	66 x'	66 x'
Altura Uterina (cm.)	IP	IP	10cm	14cm	20cm	26cm	28cm	29cm	32cm
Situación (L/T/NA)	Ind.	Ind.	F	F	F	L	L	L	L
Presentación (C/P/T/NA)	Ind.	Ind.	n	n	n	C	C	C	C
Posición (D/I/NA)	Ind.	Ind.	d	d	d	D	P	I	D
F.C.F. (por min./NA)	-	-	-	138x'	148x'	158	142	153x'	147x'
Mov. fetal(+/-/+/-/+/-/SM/NA)	-	+	+	+	++	++	++	++	+++
Proteinuria Cualitativa (+/-/+/-/+/-/NSH)	-	-	-	-	NSH	NSH	NLS.	NLS.	NLS.
Edema(+/-/+/-/+/-/SE)	SE	SE	SE	SE	SE	SE	S/E	S/E	S/E
Reflejo Osteotendinoso (0, +, ++, +++) (NA)	-	-	-	-	-	-	+	+	+
Examen de Pezón (Formado/ no Form / Sin Exam)	F	F	F	F	F	F	F	F	F
Indic. Fierro / Ac.Fólico (mayor o igual 16 sem.)	AF1	-	SF1	SF2	SF3	SF4	SF5	SF6	-
Indic. Calcio (mayor o igual 20 sem.)	-	-	-	-	Ca1	Ca2	C-3	C-4	C-5
Indic. Acido Fólico	AF1	AF2	-	-	-	-	-	-	-
Curiosujería (FF./T3/Nut. Inm., VIH/TBC/No se hizo/NA)	SI	SI	NO	NO	-	-	SI	SI	SI
EG de Eco. Control (Semi/No se hizo/NA)	-	23/10/19	-	-	-	-	-	-	-
Perfil Biofísico (4, 6, 8, 10 de 10 /NSH/NA)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cita (a/m/d)	24/10/19	24/11/19	20/12/19	20/01/20	21/02/20	20/03/20	20/4/20	11 Mayo	20-Mayo
Visita domicil. (SI/No/NA)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Plan Parto (control/visita/No se hizo NA)	SI	-	SI	SI	SI	SI	-	-	-
Estab. de la atención	PSAB	PSAB	Castillo	Castillo	Castillo	Castillo	P.S.A.B	P.S.A.B	P.S.A.B
Responsables atención	Torres	Torres	Castillo	Castillo	Castillo	Castillo	Obst. Richi	Hidalgo	Hidalgo
Nro Formato SIS	1404510	6496	-	-	-	-	-	-	-

L = Longitudinal T = Transversa C = Cefálica P = Pélvica D = Derecho I = Izquierda SM = Sin Movimiento SE = Sin Edema NA = No Aplica NSH = No se Hizo

Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas

sin patologías ☐ Fecha: ____/____/____

Otras patologías (CIE 10):

1. ____/____/____
2. ____/____/____
3. ____/____/____

- 1: ☐
- 2: ☐
- 3: ☐

Referencia - Consulta Externa Si ☐ No ☐ No Aplica ☐ Fecha: ____/____/____
Referencia - Emergencia Si ☐ No ☐ No Aplica ☐ Fecha: ____/____/____
Referencia - Apoyo al Diagnóst. Si ☐ No ☐ No Aplica ☐ Fecha: ____/____/____

Establ. Trasl: ____
Establ. Trasl: ____
Establ. Trasl: ____

19.10.1994

= significa ALERTA

= requiere seguimiento continuo

Apellidos y Nombres: Valles Gomez Zami Vanesa

Establecimiento: P.S. Agua Blanca

Establ. Origen: ☐ No Aplica ☐ Referencia
DNI(LE)N°: 76831569
Dirección: Barrio Central
Localidad: Cód. Sector:
Departamento: San Martín Provincia: El Dorado
Distrito: Agua Blanca
Teléfono: Correo Electrónico:

Código Afiliación SIS:
Ocupación: Ama de Casa Edad: 24 años ☐ <15 ☐ >35
Estudios: ☐ Analfabeta ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Superior ☐ Superior No Univ. Años aprobados: 5
Estado Civil: ☐ Casada ☒ Conviviente ☐ Soltera ☐ Otro Padre RN: Jorge Ramirez

Antecedentes Obstétricos

Gestas: 01 Abortos: 00 Vaginales: 01 Nacidos vivos: 01 Viven: 01
0 ó + 3: ☐ < 2500 g: ☐ Múltiple: ☐ < 37 sem: ☐
Partos: 01 Cesáreas: 00 Nacidos muertos: 00 Muerto - 1ra semana: 00 Después - 1ra semana: 00
RN de mayor peso: 3100 gr

Fin Gestación Anterior

Fecha: 12/04/2013 Por Intergestación Inadecuado: ☐ Lactancia Materna: ☐
Terminación: Parto Vaginal: ☒ Cesárea: ☐ Aborto: ☐ Ectópico: ☐ Molar: ☐ No Aplica: ☐
Si fue aborto Tipo de Aborto: Incompleto: ☐ Completo: ☐ Frustrado/Retenido: ☐ Séptico: ☐ No Aplica: ☒
Captada: Si ☐ No ☒ Remitida x Ag Comuni: Si ☐ No ☒

Antecedentes Familiares

Ninguno: ☒ Alergias: ☐ Enf. Hipertens. Emb.: ☐ Epilepsia: ☐ Diabetes: ☐ Enferm. Congénitas: ☐ Emb. Múltiple: ☐
Malaria: ☐ Hipertensión Arterial: ☐ Hipotiroidismo: ☐ Neoplasia: ☐ TBC Pulmonar: ☐ Otros: ☐

Vac. Previas

Rubeola: ☐ Hepatitis B: ☐ Papiloma Virus: ☐

Antecedentes Personales

Ninguna: ☒ Aborto habitual/recurrente: ☐ Alergia a medicamentos: ☐ Violencia: ☐ Asma Bronquial: ☐ Cardiopatía: ☐ Cirugía Pélv. uterina: ☐ Diabetes: ☐
Eclampsia: ☐ Enferm. Congénitas: ☐ Enferm. Infecciosas: ☐ Epilepsia: ☐ Hemorra. Postparto: ☐ Hipertensión Arterial: ☐ Hoja de Coca: ☐ Infertilidad: ☐ Neoplasias: ☐
Otras Drogas: ☐ Parto prolong.: ☐ Pre/Eclampsia: ☐ Prematuridad: ☐ Reten. placenta: ☐ Tabaco: ☐ TBC Pulmonar: ☐ Transtorn. mentales: ☐ VIH/SIDA: ☐ Otros: ☐

F.U.M.

Fecha Última Menstruación: 28/8/19
Fecha Probable de Parto: 28/5/20

Peso y Talla

Peso Habitual: 79 Kg
Talla: 157 cm

Antitétanica

N° Dosis: 1ra: 24/10/20 2da: 4/03/21
Sin dosis: ☐ No aplica: ☐
mes de gestación: 19-5-20

Tipo de Sangre

Grupo: A ☐ B ☐ AB ☐ O ☒
Rh: Rh (+) ☒ Rh (-) Sen: ☐ Rh (-) No Sen: ☐ Rh (-) Sen: ☐

Fuma

N° Cigarrillos por día: ☐

Drogas

Si ☐ No ☒

Plan de Parto

Si ☒ No ☐ No Aplica ☐

Violencia/género

Ficha Tamizaje: Si ☒ No ☐
Violencia: Si ☐ No ☐
Fecha: 23/09/19

Examen Físico

Clinico: Sin Examen: ☐ Normal: ☒ Patológico: ☐
Mamas: Sin Examen: ☐ Normal: ☒ Patológico: ☐
Cuello: Sin Examen: ☐ Normal: ☐ Patológico: ☐
Uterino: Sin Examen: ☐ Normal: ☐ Patológico: ☐
Pelvis: Sin Examen: ☐ Normal: ☐ Patológico: ☐
Odont: Sin Examen: ☐ Normal: ☐ Patológico: ☐

Exámenes de Laboratorio

Hg(%): No se Hizo: ☐ Fecha: 25/10/19
Hemoglobina 1: 11.9
Hemoglobina 2: 11.5
Hemogl. al Alta: ☐
Glicemia 1: ☒ Normal ☐ Anormal ☐ No se Hizo: ☐ No Aplica: ☐
Glicemia 2: ☐
Tolerancia Glucosa: ☐
VDRL/RPR 1: ☒ Reactivo ☐ No Reactivo ☐ No se Hizo: ☐ No Aplica: ☐
VDRL/RPR 2: ☒ Reactivo ☐ No Reactivo ☐ No se Hizo: ☐ No Aplica: ☐
TPHA/VDRL/RPP: ☒ Reactivo ☐ No Reactivo ☐ No se Hizo: ☐ No Aplica: ☐
Prueba Rápida 1: ☒ Reactivo ☐ No Reactivo ☐ No se Hizo: ☐ No Aplica: ☐
Prueba Rápida 2: ☒ Reactivo ☐ No Reactivo ☐ No se Hizo: ☐ No Aplica: ☐
ELISA 1: ☐
ELISA 2: ☐
Wester Block: ☐ Negativo ☐ Positivo ☐ No se Hizo: ☐ No Aplica: ☐
HTLV1: ☐
TORCH: ☐
Gota Gruesa: ☐
Malaria: ☒
Ex.Comp.Orina: ☒
Bacteriuria 1: ☐
Bacteriuria 2: ☐
Urocultivo: ☐
BK en Espuito: ☐
Listeria: ☐
PAP: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No se Hizo: ☐ No Aplica: ☐
Colposcopia: ☐

Terminación

Fecha: 19/05/20 Cesárea: ☐
Espontánea: ☒ Fórceps: ☐ Vacumm: ☐

Recién Nacido

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ Indeterminado: ☐
Peso: 3280 g < 2500 g: ☐ < 1500 g: ☐ > 4000 g: ☐
P. Cef: 32 cm
Temp: ☐ C
Talla: 51 cm PC-33-5

Edad por Ex. Físico: 38 Sem < 37: ☐ > 42: ☐
APGAR: 4-6: ☐ 0-3: ☐
Peso por Edad Gestacional: Adecuado: ☐ Pequeño: ☐ Grande: ☐
S. Luética RN: VDL/RPR: ☐

Exam. Físico: Normal: ☐ Anormal: ☐
Tamizaje VIH: No reactivo: ☐ reactivo: ☐ No se hizo: ☐ No se Aplica: ☐
Necropsia: Si: ☐ No: ☐ No se hizo: ☐ No se Aplica: ☐
Tipo de Sangre: A: ☐ B: ☐ AB: ☐ O: ☐ No se hizo: ☐ No se Aplica: ☐

EVOLUCIÓN RN: Depositiones: Meconial: ☐ Transicional: ☐ Amarillo: ☐ Ictericia Precoz: Si: ☐ No: ☐

Atención

NIVEL: FONP: ☐ FONB: ☐ FONE: ☐ FONI: ☐ Domiciliario: ☐ Otro: ☐
PARTO Ó LEGRADO: Médico: ☐ Residente Médico: ☐ Obstetra: ☐ Interno: ☐ Enfermero: ☐ Téc. de enfermería: ☐ Estudiante: ☐ Empírica o partera: ☐ familiar: ☐ Otro: ☐
NEONATO: ☐

Responsable de la atención del Parto o Legrado uterino:

Ob. Scudé (Firma y Sello)

Responsable de la atención del Neonato:

P.C. Scudé (Firma y Sello)

Patologías Recién Nacido

1. Sin patologías: ☐ Fecha: ☐ Otras (CIE 10): ☐
2. ☐
3. ☐

Alojamiento Conjunto

Si: ☐ No: ☐
Contacto Piel a Piel: Si: ☐ No: ☐
LME: Si: ☐ No: ☐

Vacunas RN

BCG: Si: ☐ No: ☐
Hepatitis B: Si: ☐ No: ☐

FILIACIÓN Y ANTECEDENTES

DATOS BÁSICOS DEL EMBARAZO ACTUAL

PARTO

RECÉN NACIDO