



**"INSTITUCIÓN EDUCATIVA "RAMON CASTILLA"
AGUA BLANCA – EL DORADO – SAN MARTÍN
"Año de la universalización de la salud"**



Agua Blanca 12 de Agosto del 2020

Oficio N° 072 -2020 -I.E. "R.C"-AB/D

Señora:

MARIA CAROLINA PEREZ TELLO

Directora – UGEL EL DORADO

San José de Sisa.-

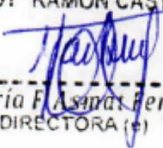
Asunto: **Remito Licencia Por Paternidad.**

Ref. : Oficio N° 001-2020-HDNL-D-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 Prof. **HARLY DAYTON NUÑEZ LACHOS** Docente contratado de la especialidad de Educación por el Trabajo en la I.E. "Ramón Castilla" del Distrito de Agua Blanca. Se adjunta el oficio 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
DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION
UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL - EL DORADO
I.E. N° 001 "RAMON CASTILLA"

Prof. Maria F. Aspas Fernández
DIRECTORA (e)

"Año de la Universalización de la Salud"

Agua Blanca, 11 de agosto de 2020.

OFICIO N° 001-2020-HDNL-D-I.E. "RC"-AB

SEÑORA: Prof. MARÍA FELÍCITA ASMAT FERNÁNDEZ
Directora de la I.E. "Ramón Castilla" - Agua Blanca

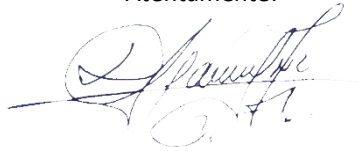
ASUNTO: SOLICITA LICENCIA DE PARTENIDAD

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

Que, teniendo conocimiento que mi persona labora como Docente en esta prestigiosa I.E. el cual usted dirige, y que desde el día de ayer me convertí en padre por segunda 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 carné de control de embarazo de mi querida Señora.

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

Atentamente:



HARLY DAYTON NÚÑEZ LACHOS

DNI: 45426125

SOLICITANTE



91966956



REPÚBLICA DEL PERU



CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

1. DATOS DE LA MADRE

1.1 Documento Identidad:	DN/LE 45899316	1.2 Edad:	31 años
1.3 Primer Apellido:	LUMBA		
1.4 Segundo Apellido:	INGA		
1.5 Prenombres:	GINA		
1.6 Dirección:	JR. SAN MARTIN 321 AMERICA / PERU / SAN MARTIN / SAN MARTIN / CACATACHI		

2. DATOS DEL NACIMIENTO

2.1 Sexo:	MASCULINO	2.2 Fecha nacimiento:	11/08/2020	2.3 Hora:	09:36:00
2.4 Lugar de Nacimiento:	ESTABLECIMIENTO DE SALUD - HOSPITAL II TARAPOTO - PLAZA MAYOR - TARAPOTO - AMERICA / PERU / SAN MARTIN / SAN MARTIN / TARAPOTO				

3. DATOS DEL PROFESIONAL QUE CERTIFICA EL NACIMIENTO

3.1 Documento Identidad:	DN/LE 01060620		
3.2 Primer Apellido:	SAAVEDRA		
3.3 Segundo Apellido:	PARADES		
3.4 Prenombres:	NICANOR		
3.5 Profesión:	OBSTETRA	3.6 Colegiatura:	16766
3.7 El que certifica declara:	HABER ATENDIDO EL PARTO		
3.8 Lugar/Fecha certif.:	TARAPOTO - 11 DE AGOSTO DE 2020		

NICANOR SAAVEDRA PAREDES
OBSTETRA
COP 16766
HOSPITAL II TARAPOTO

Impresión Dactilar del profesional



Sello y firma del profesional

PARA EL INTERESADO



91966956

RENIEC
REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN Y ESTADO CIVIL



REPÚBLICA DEL PERU

INEI
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

PERÚ

Ministerio
de Salud

IMPRESIÓN PELMATOSCÓPICA DEL RECIÉN NACIDO



Impresión Dactilar de la Madre
Índice Derecho



CARNÉ DE CONTROL MATERNOPERINATAL

Establecimiento: _____

Nivel: _____

Jesús Juega Cornejo
APELLIDOS Y NOMBRES

No. HC. _____

1 3 2 2 4 9

CITA DE CONTROL

DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
04	04	20	10		
05	06	20	11		
24	06	20	12		
17	07	20	13		
31	07	20	14		
07	08	20	15		

GESTANTE CON FACTORES DE RIESGO PARA:

CPN = 033-20

UIH = _____

CUMPLA CON LAS CITAS

Señales de Peligro:

- Vómito exagerado.
- Salida de sangre o líquido por su 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 h:m:ms)	20/01/20	04/03/20	05/05/20	05/05/20	26/06/20	17/07/20	31/7/20	7/8/20	11:
Edad Gest. (Semanas Cumplidas)	11	16.5	25	29	32	35	37	38.5	
Peso madre (kg)	78.50	80.10	85.20	88.60	90.50	90.50	91.40	94.50	
Temperatura (°C)	36.5	36.5	36.5		35.4	35.8	36.2	36.5	
Presión arter. (mm. Hg)	100/60	100/60	100/60	100/70	110/70	90/50	100/70	100/60	
Pulso materno (por min.)	76x	74	76x	96x	96x	86x	86x	86x	
Altura Uterina (cm.)	21	24	23	29	31	34	34	34	
Situación (L/T/NA)	I	I	I	L	L	L	L	L	
Presentación (C/P/T/NA)	I	I	I	C	C	C	C	C	
Posición (D/I/NA)	I	I	I	D	D	D	D	D	
F.C.F. (por min./NA)				147-153x	153x	148x	150x	134x	
Mov. fetal(+/++/+++/-/SM/NA)	-	145x	153x	++	++	++	++	++	
Proteinuria Cualitativa (++++/+++/-/NSH)	NSH	NS	NS	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	
Edema(+/++/+++/-/SE)	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	
Reflejo Ostetendinoso (0,+/++/+++/-/N.A.)	ND	+	+	+	+	+	+	+	
Examen de Pezón (Formado/ no Form/Sin Exam)	F	F	F	F	F	F	F	F	
Indic. Fierro /Ac. Fólico (mayor o igual 16 sem.)	-	SF-2	SF	SF	SF	SF	SF	SF	
Indic. Acido Fólico /Calcio	PF-2	-	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	Ca	
Consejería Salud mental	si	si	si	si	si	si	si	si	
Consejería (PF/ITS/Nut. Im)	Nut	Nut	Nut	Nut	Nut	Nut	Nut	Nut	
VIH/TBC/No se hizo/NA	S/S	S/S	-	31/7/03/06/0	-	S/S	20/7/20	S/S	
EG de Eco. Control (Sem/No se hizo/NA)	NA	NA	-	-	-	-	37	-	
Perfil Biofísico (4,6,8, 10 de 10/NSH /NA)	28/03/20	04/04/20	05/06/20	26/06/20	17/07/20	31/07/20	07/8/20	14/07/20	
Cita (a/m/d)									
Visita domicil. (Si/No/NA)	si								
Plan Parto (control/visita/No se hizo NA)	si								
Estab. de la atención	Recep.	Recep.							
Responsables atención	Juan Var.	Juan Var.							
Nro Formato SIS									

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)

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: _____

PSICOPROFILAXIS ☐

PSITIMULACION
PRENATAL ☐

Apellidos y Nombres: Gina Jumba Sosa
Estado: Origen
DNI(LE)N°: 45899376
Dirección: San Martín 821 - Cocotacho
Localidad: Cocotacho
Departamento: San Martín Cód. Sector: San Martín
Provincia: San Martín
Teléfono: Correo Electrónico:

Establecimiento:
Código Afiliación SIS:
Ocupación: Independiente
Educativa: Avanzada Primaria Secundaria Superior Superior No Univ.
Estado Civil: Casado Concomitante Soltero Otro
Edad: 30 <15 >35
Años aprobados: 3
Padre RN: Horly Nunez
Loches 1310

Antecedentes Obstétricos

Gestas: 01
Abortos: 00 + 3
Partos: 01
Nacidos vivos: 01
Nacidos muertos: 00
Viven: 01
Muerto - 1ra semana: 00
Después - 1ra semana: 00
RN de mayor peso: 3850

Fin Gestación Anterior

Fecha: 05/06/2014
Terminación: Parto Vaginal
Tipo de Aborto: Completo
Si fue aborto: Completo
Incompleto
Frustrado/Retenido
Estético
No Aplica
Lactancia Materna: Si
Captada: Si
Remitida x Ag. Comuni: Si

Antecedentes Familiares

Ninguna
Alergia
Enf. Hipertens. Emb.
Epilepsia
Diabetes
Enferm. Congénitas
Emb. Múltiple
Malaria
Hipertensión Arterial
Hipotiroidismo
Neoplasia
TBC Pulmonar
Otros

Vac. Previas

Subeola
Hepatitis B
Papiloma Virus

Antecedentes Personales

Ninguna
Aborto habitual/requiere
Alcoholismo
Alergia a medicamentos
Violencia
Asma Bronquial
Cardiopatía
Cirugía Pélv- uferina
Diabetes
Eclampsia
Enferm. Congénitas
Enferm. Infecciosas
Epilepsia
Hemorra. Postparto
Hipertensión Arterial
Hoja de Coca
Infertilidad
Neoplasias
Otras Drogas
Práctic. anticoncep.
Preeclampsia
Prematuridad
Reten. placenta
Tabaco
TBC Pulmonar
Transform. mentales
VIH/SIDA

F.U.M.

Fecha Última Menstruación: 11/11/14
Fecha Probable de Parto: 17/09/20

Peso y Talla

Peso Habitual: 76 Kg
Talla: 1.57 cm

Antitética

N° Dosis: 0
Prevía 1ra
2da
Sin dosis:
No aplica:

Tipos de Sangre

Grupo: A
Rh: Rh(-)
Fuma: No
Drogas: No

Plan de Parto

Si No No Aplica

Violencia/género

Ficha Tamizaje: Si
Violencia: Si
Fecha: 28/01/20

Examen Físico

Clinico: Normal
Mamas: Normal
Cuello: Normal
Uterino: Normal
Pelvis: Normal
Odont: Normal

Exámenes de Laboratorio

Hemoglobina 1: 12.8
Hemoglobina 2:
Hemogl. al Alta:
Glicemia 1: 87
Glicemia 2: 87
Tolerancia Glucosa: 87
VDRL/RPR 1: 87
VDRL/RPR 2: 87
TPHA/VDRL/RPP: 87
Prueba Rápida 1: 87
Prueba Rápida 2: 87
ELISA 1: 87
ELISA 2: 87

Wester Block:
HTLV1:
TORCH:
Gota Gruesa:
Malaria:
Ex.Comp.Orina:
Bacteriuria 1:
Bacteriuria 2:
Urocultivo:
BK en Espudo:
Listeria:
PAP:
Colposcopia:
Ecografía:
Cod. VIH:

Terminación

Fecha: 11/08/20 09:36
Espontánea X Fórceps Vacuum

Recién Nacido

Sexo: Femenino
Peso: 3785 g
P. Cef: 360 mm
Temp: 37 C
Talla: 520 mm

Edad por Ex. Físico: 8
Peso por Edad Gestacional: 9
Adeguado Pequeño Grande

Exam. Físico: Normal
Hospitaliz: Si
S. Luética: Si
RN: Si
VDRL/RPR: Si
Tamizaje VIH: No
Necropsia: No
No reactiva: No
reactiva: No
No se hizo: No
No se aplica: No

EVOLUCIÓN RN
Deposiciones: Meconial
Transicional:
Amarillo:
Ictericia Precoz: No

Atención

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

Responsable de la atención del Parto o Legrado uterino:

(Firma y Sello)

Responsable de la atención del Neonato:

(Firma y Sello)

Patologías Recién Nacido

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

Alojamiento Conjunto

Si X No
Contacto Piel a Piel: Si No
LME: Si No
No aplica: No Aplica

Vacunas RN

BCG Si No
Hepatitis B Si No

FILIACIÓN Y ANTECEDENTES

DATOS BÁSICOS DEL EMBARAZO ACTUAL

PARTO

RECIENTE NACIDO