



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

San José de Sisa, 26 de julio del 2024

OFICIO N° 080-D- I. E. I. N - 0272 –"A. R. R" S. J. S/2024.

SEÑORA : DOCTORA ROSA MARGARITA CHONG RENGIFO
DIRECTORA DE LA UGEL EL DORADO.

ASUNTO : REMITE SOLICITUD DE JUSTIFICACIÓN DE INASISTENCIA A TALLER
POR MOTIVOS DE SALUD. DE LA PROFESORA SIBELITH RUIZ RIOS.

Es grato dirigirme al despacho de su digno cargo para saludarle a nombre de todos los estudiantes, padres, madres de familia y trabajadores de la I.E. N° 0272 "Andrés Reátegui Reátegui", de esta ciudad San José de Sisa, al mismo tiempo manifestarle que, adjunto al presente estoy remitiendo la solicitud de justificación por inasistencia a taller de capacitación, por motivos de salud; de la profesora Sibelith Ruiz Ríos de Oblitas, docente nombrada en esta casa del saber reateguista.

Aprovecho la oportunidad para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima.

Adjunto:

- Solicitud
- Informe médico
- Solicitud de referencia.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL- EL DORADO
I. E. N° 0272 - "A. R. R."

Rodolfo J. Oblitas López
Prof. Rodolfo J. Oblitas López
DIRECTOR

SUMILLA: solicita justificación de inasistencia a taller por motivos de salud.

**SEÑOR : PROF. RODOLFO JESÚS OBLITAS LÓPEZ
DIRECTOR DE LA I. E. 0272 "ANDRÉS REÁTEGUI REÁTEGUI"**

Presente. -

Yo, Sibelith Ruiz Ríos de Oblitas, identificada con DNI N° 00896813, señalando domicilio real en Jr. Pedro Villacorta 304, San José de Sisa, provincia El Dorado, región San Martín, a Ud., respetuosamente me presento y digo:

I.- Pedido concreto.

Solicito **justificación de inasistencia a taller de capacitación, por mitos de salud.**

II.- Fundamento de hecho

Que con Oficio Múltiple N°0070-2024-GRSM-DRESM-UGEL-ED/AGP; la UGEL El Dorado, ha convocado a taller de capacitación los días martes 30, miércoles 31 de julio, jueves 01 y viernes 02 de agosto de 2024. Al mismo, que no podré asistir por encontrarme con mal estado de salud: estoy sintiendo dolores intensos en las articulaciones de todo mi cuerpo; motivo por el cual estoy recibiendo tratamiento, sin embargo, actualmente presento dificultad para realizar mis quehaceres cotidianos (pérdida de fuerza en piernas y brazos) es por eso que recorro a usted señor director, para solicitarle justifique mi inasistencia a este evento de capacitación.

POR TANTO:

Solicito atender mi pedido, por corresponder a Ley.

San José de Sisa, 25 de julio de 2024.

Adjunto:

- Informe médico
- Solicitud de referencia.



SIBELITH RUIZ RÍOS DE OBLITAS
DNI N° 00896813



PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud
EsSalud



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

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

INFORME MEDICO



PACIENTE : **RUIZ RIOS DE OBLITAS, SIBELITH**
SEXO : **FEMENINO**
EDAD : **49 AÑOS**
H.C. : **65287**
FECHA : **TARAPOTO, 10 DE MAYO DEL 2024**

Paciente de sexo femenino de 47 años de edad, que responde a nombre de **Sibelith RUIZ RIOS DE OBLITAS**, identificada con DNI N° 00896813 ha recibido atención médica a través de Consultorios Externos de **REUMATOLOGIA** en el hospital II ESSALUD TARAPOTO con fecha 18-04-24. Con:

Anamnesis: Ant. AR

Paciente conocida por la especialidad, acude por presentar dolor en todas las articulaciones del cuerpo, cuenta con resultados de laboratorio 16-4-24 FR 510, PCR 25.4, VSG 16, HB 13, Ex Orina. Sin alteraciones, P Hepático sin alteraciones.

Examen Físico: PA 158/73, FC 106 lat por min, FR 19 resp x min, Temp 36°, Peso 67, Talla 1,50.

SOMA. Sinovitis en MCF bilateral, Sinovitis en rodilla bilateral.

Plan de Trabajo.

Metilprednisolona 500 mg/EV por 3 días.
Se decide instaurar terapia triple.

Diagnósticos.

- **Artritis Reumatoidea Seropositiva (M05.9)**

Requiere Evaluación Clínica Periódica por los Servicios de Reumatología se tiene que mencionar que por la condición ESPECIAL de la paciente y la medicación instaurada, no puede exponerse al sol ni efectuar trabajos pesados (entiéndase como cargar objetos de más de 10kg).

Se expide el presente Informe Médico para los fines que se estime conveniente.

Atentamente,

Dr. Juan C. Rodríguez Baldeón
MÉDICO REUMATÓLOGO
C.M.P. N° 50575 / R.N.E. N° 44853
RED ASISTENCIAL - TARAPOTO
EsSalud

NIT: 1281-2024-2674



FORMATO DE SOLICITUD REFERENCIA

Nro. 13023622

Numero de Referencia 350142446			EsSalud	Extrahistitucional	Organizacion	Area Destino
DNI 00896813			Centro de Origen	H. II TARAPOTO		C.Externa <input checked="" type="checkbox"/>
Día	Mes	Año	Servicio de Origen	REUMATOLOGIA		Hospitalizacion
18	7	2024	Servicio de Destino	REUMATOLOGIA		Emergencia
			Numero de Acto Medico	2692436		Ayuda Dx
			Tipo de Seguro	OBLIGATORIO		

I. Identificación del paciente

Apellido paterno	RUIZ	Edad	49 años
Apellido materno	RIOS DE OBLITAS	Sexo	FEMENINO
Nombres	SIBELITH	Telefono Fijo	
Correo Electrónico		Telefono Celular	930673588

II. Resumen de la historia clinica (signos y sintomas)

PACIENTE CONOCIDA POR LA ESPECIALIDAD, ACUDE REFIRIENDO PRESENTAR DOLOR A NIVEL ARTICULAR QUE SE INCREMENTA A LA MOVILIDAD, REFIERE RIGIDEZ MATUTINA DE MAS O MENOS 30 MIN, CUENTA CON MULTIPLES INGRESOS AL AREA DE EMERGENCIA POR CUADRO DE ACTIVIDAD DE ENFERMEDAD Y USO DE CORTICOIDES EN ALTAS DOSIS.
 PACIENTE CUENTA CON REFERERNCIA LA CUAL NO ES ACEPTADA HASTA EL DIA DE HOY
 CUENTA CON RESULTADOS DE LAB 10-7-24 HB 9.9, PLQTS 537K, LEUC 12.3, PCR 15.3.
 PACIENTE REQUIERE MANEJO CON FARMACO BIOLOGICO POR AUSENCIA DE RESPUESTA A TTO CON FARMES CONVENCIONALES

Resultados de Pruebas Diagnosticas:

Diagnostico de referencia		Presuntivo	Definitivo	CIE 10
1	SINDROME DE FELTY	X		M05.0
2	ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION		X	M05.9

Motivo de referencia

CONSULTA MEDICA - EVALUACION DX. C.EXT.

Tipo de transporte según prescripción médica

Terrestre	<input checked="" type="checkbox"/>	Fluvial	<input type="checkbox"/>	Aereo	<input type="checkbox"/>	En caso de Transporte Aereo sustentar en el formato N°6		
Requiere Acompañante		Tipo de Acompañante		Familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	Asistencia		
Sustento en caso requiere acompañante: <i>Requiere asistencia en viaje</i>								

III. Sustento del pasaje aéreo del paciente

Procede Improcedente

IV. Sustento del pasaje aéreo para el acompañante

Firma del Cargo de Rechazo de la Referencia

Jefe de Servicio