

El Porvenir, 15 de setiembre de 2020.

OF. N° 006 I.E. N° 0730 E.P. SMA - 2020.

SEÑORA: DIRECTORA DE LA UGEL EL DORADO
Prof. MARIA CAROLINA PEREZ TELLO.

ASUNTO: DA A CONOCER EL NO USO DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS DEL
MANTENIMIENTO.

Grato es dirigirme al despacho de su digno cargo para saludarle cordialmente a nombre de la Dirección, Plana Docente, Padres de familia y alumnos de la I. E. N° 0730 del caserío de El Porvenir, comprensión del distrito de San Martín, provincia de El Dorado, región San Martín, al mismo tiempo hacer de su conocimiento que por motivo de encontrarme mal de salud por espacio de dos meses consecutivos azotado por la pandemia del COVID 19 tal como lo demuestro adjunto al presente la ficha de reporte de resultados de prueba rápida COVID-19

No podré utilizar los recursos económicos del mantenimiento destinado para la I.E.N° 0730 de El Porvenir asimismo se dio a conocer el no uso de los recursos del Mantenimiento a todos los padres de dicha Institución.

Adjunto:

- Copia de DNI
- Ficha de reporte de resultados de prueba rápida COVID 19

Sin otro particular me suscribo de usted expresándole las muestras de mi especial consideración y estima personal.

ATENTAMENTE



DIRECCIÓN REGIONAL SAN MARTÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN
DISTRITO DE EL PORVENIR - UGEL EL DORADO

[Handwritten Signature]

Prof. ROBERTO PÉREZ PÉREZ
DIRECTOR



FICHA DE REPORTE DE RESULTADOS DE PRUEBA RÁPIDA COVID-19*

Nº de Registro

CATEGORÍA PACIENTE

Tipo de documento DNI Carnet de Extranjería Pasaporte

Numero de documento 20920715 Celular 986431355

Edad 58 años Sexo M

Nombre Romulo Apellido Paterno Pérez Apellido Materno Pérez

Dirección Jr. Comercio N° 310 San Martín Alao

Departamento San Martín Provincia El Dorado Distrito San Marcos Alao

Nombre del EESS Centro de Salud San Martín Alao

RENIPRESS: _____ Cui: Precoer

¿Es personal de salud? SI NO Fecha de inicio de síntomas: 16/06/2020

¿Tiene síntomas? SI NO

Marque los síntomas que presenta:

Tos	<input type="checkbox"/>	Fiebre/escalofrío	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input checked="" type="checkbox"/>
Dolor de garganta	<input checked="" type="checkbox"/>	Malestar/ general	<input checked="" type="checkbox"/>	Irritabilidad/ confusión	<input type="checkbox"/>
Congestión nasal	<input checked="" type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	Dolor	<input type="checkbox"/>
Dificultad respiratoria	<input checked="" type="checkbox"/>	Náuseas/ vómitos	<input type="checkbox"/>	Otros: _____	<input type="checkbox"/>

DATOS DE LA PRUEBA RÁPIDA

Fecha de ejecución de la prueba rápida: 19/08/2020

Procedencia de la solicitud de diagnóstico:

Llamada al 113	<input type="checkbox"/>	Contacto con caso confirmado	<input type="checkbox"/>	Persona extranjero (migraciones)	<input type="checkbox"/>
De EESS	<input checked="" type="checkbox"/>	Contacto con caso sospechoso	<input type="checkbox"/>	Personal de salud	<input type="checkbox"/>
Otro priorizado	<input type="checkbox"/>				

Resultado de la PRIMERA PR

- Reactivo IgM
- Reactivo IgG
- Reactivo IgM/IgG
- No Reactivo
- Invalído

Resultado de la SEGUNDA PR, en caso de tener como resultado de la primera

- Reactivo IgM
- Reactivo IgG
- Reactivo IgM/IgG
- No Reactivo

Clasificación Clínica de Severidad: Leve Moderado Severo

¿El paciente presenta alguna condición de riesgo? SI NO ¿Cuál? _____

DATOS DEL PERSONAL QUE REALIZA LA PRUEBA RÁPIDA

Nombres y Apellidos: José Horé Chombillo

Numero de DNI: 80338654

Este formato de registro individual impreso se debe registrar en el formulario web "FORMULARIO INTEGRADO: F100 F200 F300" que se encuentra en la página <https://web.ins.gob.pe/pr>