



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITES (FUT)

DISTRIBUCIÓN GRATUITA

R.M. 0445-2012-ED

I.- RESUMEN DE SU PEDIDO : (*)

Solicito justificar mi inasistencia del día viernes 13 de febrero del presente año.

II.- DEPENDENCIA O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE :

SEÑOR DIRECTOR DE LA UGEL CORONGO.

III.- DATOS DEL SOLICITANTE :

Persona Natural :

(*)Apellido Paterno:

PEREZ

(*)Apellido Materno:

ALVARADO

(*)Nombres:

FREDY TEÓFILO

Persona Jurídica :

(*)Cargo:

ESPECIALISTA DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DEL ÁREA DE COMUNICACIÓN

Tipo de Documento:

(*)DNI:

41302153

RUC:

I.E. :

IV.- DIRECCIÓN

TIPO DE VIA :

Avenida:

Jirón:

Calle:

Pasaje:

Carretera:

Prolongacion:

N° de Inmueble:

Block:

Interior:

Piso:

Mz.

Lote:

Km.

Sector:

Tipo de Zona :

Urbanización:

☒

Pueblo Joven:

☐

Unidad Vecinal:

☐

Conjunto Habitacional:

☐

Cooperativa:

☐

Residencial:

☐

Zona Industrial:

☐

Centro Poblado:

☐

Asociación:

☐

Grupo:

☐

Fundo:

☐

Asentamiento Humano:

☐

Caserío:

☐

Otros(especificar):

Nombre de la zona

URBANIZACIÓN NUEVA ESPERANZA-TALLAN ALTO

Referencia:

A 3 CUADRAS DEL PUENTE SHAURAMA

(*)Región:

ANCASH

(*)Provincia:

HUARAZ

(*)Distrito:

HUARAZ

Teléfonos:

(*)Fijo

(*)Movil

995501949

Autorizo se me notifique
al siguiente

(*) correo electronico:

profperez_82@hotmail.comDECLARO que los datos personales en el presente formulario los realizo con carácter de **DECLARACIÓN JURADA**

V.- FUNDAMENTACIÓN DEL PEDIDO: (*)

Que, por motivos de salud debidamente acreditados, no pude asistir a mi centro de labores el día 13 de febrero del presente año, toda vez que tuve una cita médica programada en la ciudad de Huaraz, conforme se sustenta con el documento adjunto. En tal sentido, solicito a usted se sirva justificar mi inasistencia correspondiente a la fecha antes mencionada.

VI.- DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

CITA MÉDICA

CONSTANCIA DE ATENCIÓN.

RECETA MÉDICA.

16 de febrero del 2026

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL USUARIO



EsSalud

[Cerrar](#)

H.II HUARAZ
CEXT - MEDICINA GENERAL

Fecha de la Cita : **13/02/2026**
Hora de la Cita : **15:12**
Prof.Asistencial : **QUINTANA ARMAS GIANFRANCO**
Consultorio : **C-008**
Orden / Total : **7 / 30**
Tipo Atencion : **ATEN.MED.AMBUL. - CONSULTA MEDICA**

Paciente : **PEREZ ALVARADO FREDY**
Historia Clinica : **Nro 29943**
Autogenerado : **8203081PEAAF001**
Tipo de Asegurado : **OBLIGATORIO**
Parentesco : **TITULAR**
Tipo de Paciente : **ASEGURADO ADSCRITO AL C.A**
No. Acto Medico : **2899032** VOLUNTARIA NORMAL

Terminalista : **JAIMES DAMIAN SANDRA**
Fecha : **09/02/2026** Hora : **10:16:54**

"LAVATE LAS MANOS CON FRECUENCIA"
"ACTUA CONTRA LA INFLUENZA"

CONSTANCIA DE ATENCIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES: PEREZ ALVARADO FREDY TEOFILO

N° AUTOGENERADO: - FECHA: 13-02-26

DIAGNÓSTICO: M47.8

HORA DE INGRESO: 14:30 HORA DE EGRESO: 15:10

SERVICIO: MED GEN


FIRMA DEL MÉDICO

No. DE ORDEN: 1458754 FECHA EMISION: 13/02/2026

H.II HUARAZ

CEXT

MEDICINA GENERAL

FARMACIA PRINCIPAL

ASEGU.: PEREZ ALVARADO FREDY TEOFILO EDAD: 43años 11mes 5dias

AUTOG.: 8203081PEAAF001 H/C: 29943

ACT.MED. 2899032 DOC.: D.N.I. 41302153 VIGENCIA: 15/03/26

No.	CODIGO	DENOMINACION	DIAS	UM	CANT.
-----	--------	--------------	------	----	-------

1		METAMIZOL SÓDICO 500 MG / ML X 2 ML	30	AM	4,00
---	--	-------------------------------------	----	----	------

Via Admin.

Ind: 1 AMP IM CADA SEMANA X 4 SEMANAS

2		ORFENADRINA CITRATO 30 MG/ML X 2 ML	30	AM	4,00
---	--	-------------------------------------	----	----	------

Via Admin.

Ind: 1 AMP IM CADA SEMANA X 4 SEMANAS

3		NAPROXENO 500 MG (BASE) Ó 550 MG (SAL SÓDICA)	10	TB	20,00
---	--	---	----	----	-------

Via Admin. ORAL

Ind: 1 TAB CONDICIONAL DOLOR

4		HIDROXOCOBALAMINA 1 MG / ML X 1 ML	30	AM	4,00
---	--	------------------------------------	----	----	------

Via Admin. PARENTERAL INTRAMUSCULAR

Ind: 1 AMP IM CADA SEMANA X 4 SEMANAS

5		POMADA ANALGESICA X 60 G	20	POT	1,00
---	--	--------------------------	----	-----	------

Ind: APLICAR EN AREAS DE DOLOR

MEDICO: 79720 QUINTANA ARMAS GIANFRANCO GUSTAVO

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

TODA ENMENDADURA O DETERIORO INVALIDA LA RECETA
ACTÚA CONTRA EL DENGUE. ¡ELIMINA AL ZANCUDO!

USUARIO: 70459142 FEC.IMP: 13/02/26 HORA: 14:52:36

968037825.

Acto Medico	2899032	Paciente	PEREZ ALVARADO FREDY TEOFILO					
Nro Solicitud Tipo Cita	Estado	Fecha Pref	Servicio Hospitalario Actividad	Act. Especifica	Nro Cita Fec.	Cita Hora	Profesional Consultorio	Indicaciones/Motivos
197482820	INTERCONSULTA	SOLICITUD PENDIENTE	15/03/2026	MED.FIS.Y REHABIL.	ATEN.MED.AMBUL.	CONSULTA MEDICA	011	0000
<div>Eliminar Cita Adicionar Interconsulta Finalizar</div>								

Datos Adicionales del Asegurado

Celular » Telefono Fijo E-Mail 

