



Certificado (2048849)

1 mensaje

Secretaría de Estudios <tramites.secretaria@facso.cl>

Responder a: Secretaría de Estudios <tramites.secretaria@facso.cl>

Para: ebocaz@u.uchile.cl

26 de septiembre de 2019, 16:43

----- Forwarded message -----

From: "M. Paz M. Aguilera" <mpaz.3312@gmail.com>

Date: 2019-09-26 16:43 GMT-03:00

Subject: Certificado (2048849)

To: "DEFECTO" <tramites.secretaria@facso.cl>

Buenas tardes:

Esperando que se encuentre bien me comunico con Ud. debido a que debo hacer llegar un certificado a la profesora M° Soledad Parentini del ramo Inglés Intermediate.

Mi situación es la siguiente, tuve bebé hace 2 meses, lo que me impide asistir a clases todas las semanas, por lo tanto adjunto papeles correspondientes que acreditan mi situación.

Soy estudiante de 5to año de la carrera de Antropología con mención en Antropología Física.

Nombre: María Paz Molina Aguilera

Rut: 19.473.673-2

Gracias.

Saludos cordiales,

* María Paz M Aguilera*

Antropología Física

Universidad de Chile

<<<<<<<<<< NO CAMBIAR ESTA LINEA

TO: mpaz.3312@gmail.com

ID: 2048849

Tracking: <https://ucampus.uchile.cl/m/crm/o/2048849>

Archivos Adjuntos:

https://ucampus.uchile.cl/m/crm/bajar?thr_id=2048849&file=Comprobante_de_parto.jpeg

https://ucampus.uchile.cl/m/crm/bajar?thr_id=2048849&file=Epicrisis_Medica.jpeg

https://ucampus.uchile.cl/m/crm/bajar?thr_id=2048849&file=Protocolo_operacion.jpeg

6160939

COMPROBANTE DE ATENCIÓN DE PARTO Nº

CERTIFICO que se ha atendido el parto a doña: (Nombres y apellidos completos de la madre)										CEDULA DE IDENTIDAD:									
MARIA PAZ MOLINA AGUILERA										1947 2673-2									
FECHA DEL PARTO			HORA DEL PARTO			SEXO DEL HIJO.		Semanas gestación		Peso al nacer (gramos)		Talla (cm)		TIPO DE PARTO		LUGAR DE OCURRENCIA			
17 07 2019			17 37			M: Masculino. F: Femenino. I: Indeterminado.		40 293		547		1		1: Simple 2: Doble 3: Triple 4: Otro		3 1: Hospital 2: Casa Habitación 3: Otro			
ATENDIDO POR				MEDICO O MATRONA QUE ATENDIO EL PARTO.										CEDULA DE IDENTIDAD:					
2 1: Médico. 2: Matrona. 3: Sin atención Profesional 4: Otro Personal de salud				Manuel Contreras										8109265-6					
ESTABLECIMIENTO O LUGAR DEL PARTO										COMUNA		FECHA CERTIFICACION							
Clinica Surco										Pisco		17 07 2019							
Impresión digital										Firma del Médico o Matrona y sello del establecimiento									

DECLARACIONES JURADAS (Sólo inscripciones por Testigos)

Yo, _____ RUN. _____ de _____ años de edad, chileno, domiciliado en _____ (ciudad, calle y Nº) _____ declaro bajo juramento que conozco desde hace _____ años a doña _____ RUN. _____ y me consta que con fecha _____ a las _____ horas (aprox), dio a luz un hijo de sexo _____ en el lugar (calle Nº) _____ Comuna _____ cuya inscripción de nacimiento está siendo requerida con esta fecha. Estoy consciente de que las falsas declaraciones son castigadas con penas de presidio y multa. En _____ a _____ de _____ de _____ Firma del primer testigo.	Yo, _____ RUN. _____ de _____ años de edad, chileno, domiciliado en _____ (ciudad, calle y Nº) _____ declaro bajo juramento que conozco desde hace _____ años a doña _____ RUN. _____ y me consta que con fecha _____ a las _____ horas (aprox), dio a luz un hijo de sexo _____ en el lugar (calle Nº) _____ Comuna _____ cuya inscripción de nacimiento está siendo requerida con esta fecha. Estoy consciente de que las falsas declaraciones son castigadas con penas de presidio y multa. En _____ a _____ de _____ de _____ Firma del segundo testigo.
Firmaron ante mí los testigos arriba identificados	
Art. 210 CODIGO PENAL El que ante la autoridad o sus agentes perjurare o diere falso testimonio en materia que no sea contenciosa, sufrirá las penas de presidio menor en sus grados mínimo a medio y multa.	
Firma y sello del Oficial Civil.	

INFORMACION ESTADISTICA (Datos a la fecha del nacimiento)

DATOS DE LA MADRE				Hijos incluyendo presente inscripción.			
Residencia habitual de la madre (calle Nº, localidad y comuna)				USO INE		Vivos Fallecido Mortales Total	
EDAD (Años cumplidos)	INSTRUCCION Ultimo curso	Nivel	1: Superior. 2: Medio. 3: Secundario. 4: Básico o Primario. 5: Ninguno.	OCUPACION	USO INE	NIVEL OCUPACIONAL	
						1: Patrón. 2: Empleado. } Trabajador asalariado 3: Obrero. } 4: Trabajador por cuenta propia	
DATOS DEL PADRE							
EDAD (Años cumplidos)	INSTRUCCION Ultimo curso	Nivel	1: Superior. 2: Medio. 3: Secundario. 4: Básico o Primario. 5: Ninguno.	OCUPACION	USO INE	NIVEL OCUPACIONAL	
						1: Patrón. 2: Empleado. } Trabajador asalariado 3: Obrero. } 4: Trabajador por cuenta propia	

CODIGOS ESTADISTICOS (Uso Interno del S.R.C e. I).

CODIGO NAC.		E C MADRE:		CODIGO REC.	
	C. ET. EG.		C. V. S. X.		C. P. N. A. M. X.

PARA SER LLENADO EN EL REGISTRO CIVIL POR EL REQUIRENTE

NOMBRE COMPLETO DEL INSCRITO
APELLIDOS PATERNO Y MATERNO DEL INSCRITO

19472623-2

NOMBRE:	<i>Moisés Nazario Apule</i>		RUT:	
FECHA INGRESO:	<i>17/12/18</i>	FECHA EGRESO:	<i>20/12/18</i>	
DIAGNOSTICO INGRESO:	<i>- estenosis DC D.</i>			
DIAGNOSTICO EGRESO:	<i>- puse a pasear</i>			
EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO				
<i>- pte a dar SCP.</i> <i>- en casa.</i> <i>- buen estado</i> <i>- Dete.</i>				
INDICACIONES DE ALTA:				
<i>→ Veto para 5º 10/12/18 us</i> <i>- ante buen estado 10/12/18.</i>				

[Handwritten signature]

NOTA CARGO 1891721

RUT		19.472.673-2		PROTOCOLO OPERACION	
Admisión N°	49140				
Paciente	MOLINA AGUILERA MARIA PAZ				
Previsión	FONASA				
Convenio	P.A.D.				
Edad	22	Convenio u Otros	NO	Adherente Mutua	NO
Adh. N°					
Fecha Operación	17/07/2019	Hora Inicio	17:10	Hora Término	18:00
Diagnóstico Pre Operatorio CIE10:	EMBARAZO CONFIRMADO		Diagnóstico Post Operatorio CIE10: PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA		
Diagnóstico Pre Operatorio:	pg emb de 40 sem dcp		Diagnóstico Post Operatorio:		
Operación Efectuada					
Intervención 1	2004006	CESAREA C/S SALPINGOLIGADURA O SALPINGECTOMÍA			Guarismo 7
Intervención 2					4608
Intervención 3					4608
Intervención 4					4608
Intervención 5					4608
Cirujano	BENITEZ MOLINA RICARDO				
1er Ayudante	Fuentes Valenzuela Leoncio Edgardo				
2do Ayudante					
3er Ayudante					
Anestesista	GALLARDO RODRIGUEZ MANUEL				
BIOPSIA	NO				
Anatomopatólogo					
Clasificación Herida Operatoria	LIMPIA-CONTAMINADA				
Arsenalera 1:		ROJAS MENA ROSA			
Arsenalera 2:					
Pediatra		Benavides Moreno Juan Roberto			
Matrona		CONTRERAS MARISOL			
Tipo Anestesia		ESPINAL + SEDACION			
Recuentos:		Cotones ☐			
Compresas ☒ CONFORME		Instrumental ☐			
Gasas ☐		Agujas ☐			
Implantes:					
Observaciones					

Detalle Operatorio

Laparotomía de pfannenstiel, disección por planos, histerotomía segmentaria arciforme, se 3 0 a piel. extrae m apgar 99 alumbramiento dirigido. curetaje y escobillónaje, cavidad limpia histerorráfia con vicryl del 1 en dos planos. aseo cavidad, recuento de compresas completo, orina clara cierre por planos monocryl



BENITEZ MOLINA RICARDO
FIRMA CIRUJANO