

Alcaldia Municipal de Orocuina

ORDEN DE PAGO

Nº 0026520

1.6

MUNICIPALIDAD: OROCUINA

DEPARTAMENTO:

CHOLUTeca

ORDEN DE PAGO

CHEQUE No. VALOR EN EFECTIVO

PAGUESE A: Pedro Alberto Aguilar Osorio

La Cantidad en Letras: Quinientos lempiras e A. Lps. 500.00

Fondo	Programa	Actividad	Proyecto	Gasto Corriente
Código	Código	Código	Código	Gasto de Inv. Social
				Gasto por deuda Publica

Valor que se adeuda por las siguientes mercaderías o servicios prestados

Objeto de gast.	DESCRIPCIÓN	TOTAL
	Apoyo economico a persona de escasos recursos	
	para realizarse exámenes ya que padece insuficiencia	
	renal - - - - -	500.00

Fecha: 26 / Julio / 2018

Recibido Por: _____

Identidad No. _____

Impuesto Personal: _____

No: _____

Firma y Sello del Alcalde (sa)

Firma y Sello del Tesorero Municipal



Original: Tesorería
Copia: Presupuesto



ALCALDÍA MUNICIPAL DE OROCUINA

DEPARTAMENTO DE CHOLUTECA.

COMPROBANTE DE CAJA

Orocuina 26 de Julio del 20 18 **Lps. 500.00**

Nombre Pedro Alberto Aguilar Osorio

Recibi del Señor Tesorero la Cantidad de: Quinientos Lempiras Exactos

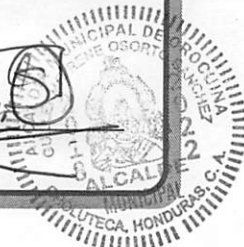
Por concepto de: Apoyo económico a persona de escasos recursos para realizarse exámenes ya que padice de insuficiencia renal.

Solvencia Municipal _____ Identidad No: 06101977 00165

Pedro Alberto Aguilar Osorio

FIRMA

ALCALDE MUNICIPAL



SOLICITUD

Lugar y Fecha: Plon Sta Cruz 26 Julio 2018

SR. ALCALDE MUNICIPAL

P.M GUILLERMO RENE OSORTO

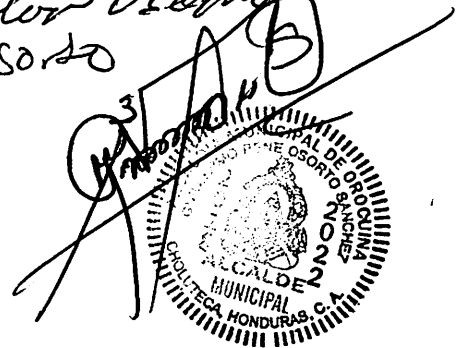
Reciba un cordial y afectuoso saludo, deseándole al mismo tiempo que goce de buena salud y éxitos en sus labores diarias.

A la vez solicitarle su apoyo económico con _____ los cuales necesito para realizarme exámenes ya que me encuentro mal de salud (insuficiencia Renal) me diabo tres veces por semana.

y no cuento con suficientes recursos económicos para hacerlo por mí mismo medio; razón por la cual acudo a su generosidad, confiando en una respuesta favorable.

Atentamente

Firma: Pedro Alberto Aguilar Osorto
Nombre: Pedro Alberto Aguilar Osorto
N° Identidad 0610-1977-00165





HOSPITAL GENERAL DEL SUR
LABORATORIO CLINICO Y BANCO DE SANGRE
SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO



INDICADORES Y SALAS DE HOSPITALIZACIÓN

NOMBRE: Leandro Lopez EDAD: 41 SEXO: M
EXPEDIENTE: 0607300165 SALA: EM FECHA: 4-5-18

DIAGNOSTICO: _____

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| ☐ HEMOGRAMA | ☐ PROTEINAS TOTALES | ☐ BIL/TOTAL |
| ☐ TIPO Y RH | ☐ PROTEINAS FRACCIONADAS | ☐ BIL/DIRECTA |
| ☐ TP | ☐ HEMOCULTIVO | ☐ BIL/INDIRECTA |
| ☐ TPT | ☐ UROCULTIVO | |
| ☐ NEUT/BANDA | ☐ CULTIVO | |
| ☐ NA | | |
| ☐ CL | | |
| ☐ K | | |
| ☐ PCR | | |
| ☐ RPR | | |
| ☐ GLUCOSA | | |
| ☐ UREA/BUN | | |
| ☐ CREATININA | | |
| ☐ TGO | | |
| ☐ TGP | | |
| ☐ ACIDO URICO | | |
| ☐ LDH | | |

TIPO DE CULTIVO:

OTROS:

1 Acetona

SELLO Y FIRMA DEL MEDICO SOLICITANTE

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

RNP

PEDRO ALBERTO / AGUILAR OSORTO



HONDUREÑO POR NACIMIENTO
NACIO EL 30 MARZO 1977
SEXO: MASCULINO
EMITIDA EL 25 OCTUBRE 2012

0610-1977-00165



00163458-02

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular, podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. ... La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.



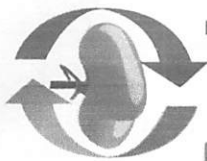
DIRECTOR RNP



SOLICITADA EN 0610

PEDRO ALBERTO / AGUILAR OSORTO

0610-1977-00165



Diálisis de Honduras S.A.

Desde 1999

Brindando calidad de vida

HOJA DE REFERENCIA DE PACIENTES

NOMBRE DEL PACIENTE:

Pedro Alberto Aguilar

EDAD: 41 años

FECHA:

21 Julio

201

8

SEXO:

Masculino

MOTIVO DE LA REFERENCIA:

Síndrome Bronquial obstructivo/Nobulizar

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE:

Emergencia de Medicina Interna

DATOS CLINICOS:

Hosp. General del Sur.

Paciente que adhiere de IRC-5 en Programa de hemodiálisis
Precedente de Orquidea aldea Santa Cruz
ya tratado por su servicio por igual cuadro clínico
(Subido anterior).

Hay presencia exacerbación de cuadro clínico según el
Paciente es por el Aire acondicionado (Frío)

Hay descenso la sesión de hemodiálisis se coloca 2CC IV de Alen
la 500mg IV de Hidrocortisona al Solin (11:00h)

Se ordena Muerecimiento y se auscultan Sibilancias e
ambos Pulmones, Por favor nebulizar y dar el manejo
ambulatorio.



MEDICO QUE REFIERE

BET-EL IMP. TEL.: 2558-910

Clinica San Pedro Sula: 3 Calle, 8 y 9 Ave. #58, Bo. El Bague, Tels: 2550-1750, 2550-5053, San Pedro Sula, Cortés
Clinica Tegucigalpa: 6 y 7 Calle 2da, Ave. Calle Real Comayagua, Bo. Concepción, Tels.: 2238-6686, 2238-8643
Clinica El Progreso: Col. Las Palmeras L101, El Progreso, Yoro Tels.: 2603-6952
Clinica San Lorenzo: Bo. Buenos Aires, Calle Principal, Tels.: 2781-2250, San Lorenzo Valle
Clinica Juticalpa: Barrio El Centro, 5ta. Ave. 5ta Calle, Tels.: 2785-1547, Juticalpa, Olancho
Clinica Choluteca: Bo. Los Graneros salida a Marcovia, Tels.: 2782-8447
Clinica Ceiba: Ave. 14 de Julio, Edificio Delta, Tels.: 2440-2002, La Ceiba, Atlántida
Clinica Roatán: Centro Comercial Megaplaza Tels.: 2550-1750
Clinica Tocoa, Colón: Bo. El Edén, contiguo al Hospital, Tels: 2444-3970 / 2444-3971
Clinica Copán: Col. Villa Bosques, La entrada, Copán, Tels: 2661-2064, 2661-2120
Clinica Siguatepeque: Col. Sta. Martha, contiguo a Dippsa, Siguatepeque, Tels: 2773-0071
Clinica Tela: Bo. La Curva, Tela, Atlántida, Tels: 2448-1138
Clinica Choloma: Barrio abajo 3 calle, 2 y 3 ave nor este #522, Tels.: 2669-0298