

6XP# 1490

Municipalidad de San Andres

DEPARTAMENTO DE LEMPIRA



DIA

MES

AÑO

30

09

2021

ORDEN DE PAGO

N° 003992

Unidad Ejecutora: Municipalidad de San Andres, Lempiro

Señor Tesorero Municipal: Nohema Betzabeh Pineda Nataren

Sirvase pagar a la orden de: Liquidación de Caja chica

La suma de: Cinco Mil Lempiras exactos.

(L. 5,000.00) Efectuando lo siguiente: _____

Programa: 03 Administración Financiera - 12 Todos Por la Paz

Sub-Programa: _____

Actividad: 001 Tesorería Municipal- 03 Participación Ciudadana

GASTO CORRIENTE ☐

GASTO DE CAPITAL ☒

GASTO POR DEUDA PUBLICA ☐

G	SG	R	DESCRIPCION	
	35620	0160	Diesel	- 600.00
	39000	0160	Repuestos y Accesorios	- 300.00
	54200	0390	Transferencias a Asociaciones Civiles	4,100.00
				TOTALES
- Ayuda Social a personas en compra de Medicamento, Ayuda para viajar a citas Medicas.				L- 5,000. 00
- Pago de compra de Gasolina para Planta electrica Municipal.				
- Pago de compra de baterias alcalinas para aparato de GPS.				
Fue cancelado con Fondos de Transferencia.				L. 5,000. 00



FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE MUNICIPAL

Elab. el 05/2021 8 Tals. del 3901 al 4300

[Firma]

FIRMA Y SELLO TESORERIA MUNICIPAL

Conforme a lo arriba descrito, declaro recibir el importe en:

Efectivo _____ Cheque N° L. 5,000 =

Identidad N° _____

Solvencia Municipal N° _____

FIRMA INTERESADO

FECHA DE PAGO

DIA

MES

AÑO

30

09

2021

REPUBLICA DE HONDURAS
MUNICIPALIDAD DE SAN ANDRES

DEPARTAMENTO DE LEMPIRA

RECIBO



Por Lps.

500.00

Recibi de: "LA TESORERIA MUNICIPAL DE SAN ANDRES"

La Cantidad de: Quinientos lempiras exactos. Lempiras

Por concepto de: Ayuda Social a una Muchacha embarazada de escasos recursos

FECHA 08 de Septiembre del 2021

Maria Dilia Marilu Orellana Cortez
NOMBRE

1316-1998-00136
Nº DE IDENTIDAD

RECIBI CONFORME

RNP **REPÚBLICA DE HONDURAS**
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE / FORENAME
MARIA DILCIA MARILU

APELLIDO / SURNAME
ORELLANA CORTEZ

FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / ID NUMBER**
22-03-1996 **1316 1996 00136**

NACIONALIDAD / NATIONALITY **FECHA DE EXPIRACIÓN / DATE OF EXPIRY**
HND **22-03-2031**

LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH
HONDURAS

Dilcia


RNP

DOMICILIO / ADDRESS
SAN ANDRES
LEMPIRA

3400000003671318




~~_____~~ R L K N *(Signature)*
COMISIONADOS PROPIETARIOS

I<HND0040230830<<<<<<<<<<<<<<<<
9603220F3103223HND<<<<<<<<<<<<<<4
ORELLANA<CORTEZ<<MARIA<DILCI<M

I<HND0040230830<<<<<<<<<<<<<
9603220F3103223HND<<<<<<<<<<<4
ORELLANA<CORTEZ<<MARIA<DILCI<M



HOJA DE REFERENCIA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	SEXO	EDAD	N. Historia Clínica
Orellana	Coiter	Maria Dolores	M ☒ F ☐	25	91
Persona Responsable:			Dirección:		
Felipe Pineda			Tepalaya, San Andrés		
Establecimiento que refiere:			Dirección:		
UMS San Andrés			Tempe, San Andrés		
			Región Sanitaria:		
			#13		

Motivo para el envío: Reacción de USG

Resumen de datos clínicos mas comunes:

Paciente con Reacción de USG, con embrio 23-186 pu Fm
Ex amia una reaku de USG. Valen Fm
Seguís vld's PA 100/60 mmHg FC 78 PR 22 rep JMC Nd.
PM Mucosidads Olf Sin alla Abdom vld's Gm
BP 19 am. Gm 2m's no en

Exámenes Realizados:

VHC-)
VHC-)
VHC-)

Tratamiento Aplicado:

- Sufr. Fm's
- Penus

Diagnostico de Remisión:

Embrio 23-186 Fm

Evaluación del Riesgo

Con Riesgo

☒ Sin Riesgo

Recomendaciones:

Reaku USG

Referido a: Chmer David Gto Hospital Regional
Hospital Nacional Hospital Area CESAR
Hospital Deptal. CESAMO COMUNIDAD

Amerita Atención en:
☒ Consulta Externa
☐ Hospitalización ☐ Emergencia

FECHA DE REMISION
DIA MES AÑO
13 07 21

REFERIDO POR:
☒ Medico ☐ Promotor
☐ A/Enfermería ☐ Personal Comunitario

Firma de la persona que Remite:

[Firma]

Solicitud

Iguataya San Andrés de Bopira 08/09/2021

Señor: Jose Rocio Perez Holiva

Se despacho. Alcalde Municipal

En presente Solicitud es para Solicitarle una Ayuda Economica para Mandarme hacer los tramites de un extra Sonido en una Clinica privada en San Juan Intibuca ya que soy una persona pobre de Recursos Economicos y por eso me veo obligado a Solicitarle, por lo que le agradeceré Mucho.

Esperando una respuesta positiva
Atentamente.



María Dilecia Marilu Orrellana Cortez
1316-1996-00136.

RECIBO

400.00 Lps

La Cantidad de: Cuatrocientos Lempiros exactos Lempiros

Por concepto de: Compra de medicamentos para mi hijo.
análisis clínico de heces.

FECHA 13 de Septiembre del 20 21

Crisanto Cortez López
NOMBRE

NOMBRE

1316 1981 00587

Nº DE IDENTIDAD

RECIBI CONFORME

RECIBI CONFORME

B° Mercedes Avenida, principal cuadra, y media arriba de Gasolinera, Texaco, Gracias, Lempira



DIA	MES	AÑO	CONTADO ☐	CAJ: F11FC8-A46348-7E448D-5EC709-64F3A9-01
3	09	21	FACTURA	No. 000-001-01-00 009150
			CREDITO ☐	

Señor: Katy Lourdes Cortez

RTN:

Dirección: San Andrés Luperón

Elab. 27/07/2021 600 Fact. Banco Autorizado 000-001-01-00009001 al 000-001-01-00009600 Fecha Limite de Emisión 27/07/2021

[illegible]

Original: Cliente Copia: ~~Obrigado~~ ~~Tribunal~~ Emissor

Datos del Adquiriente Exoperado

No. Orden de Compra Exenta

No. de Registro Exponiendo

No. de Registro SAG

Cantidad en Letras:

Elm

Quatrocentos

Descuentos y Rebajas Otorgadas

V. Exenta L	400
-------------	-----

V. Gravada L

Exonerado L

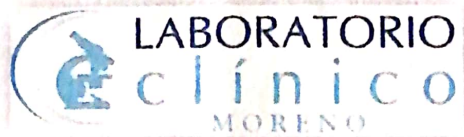
Sub-Total L

15% L.S. V.L.

18% L.S.V. L

Valor Total I

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIHALA"



LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO "MORENO"

Tels.: 2656-1823, 9981-8340, Gracias Lempira R.T.N. 06031966000086

COPROANALISIS

Nombre del Paciente: Katy Lourdes Cortez Edad: 17años Sexo: f

Medico: _____

Fecha: 03-09-2021

EXAMEN	RESULTADO	Valores de Referencia
Antígeno H. Pylori en Heces	NEGATIVO	Menor de 1: Negativo Mayor de 1: Positivo



Firma del Responsable _____

 **REPUBLICA DE HONDURAS**
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

CRISANTO / CORTEZ LOPEZ



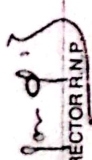
HONDUREÑO POR : NACIMIENTO
NACIO EL : 15 NOVIEMBRE 1962
SEXO : MASCULINO
EMITIDA EL : 28 AGOSTO 2013

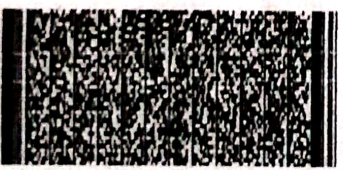


1316-1981-00587


01861610-03

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 R.N.P.



SOLICITADA EN 1316

CRISANTO / CORTEZ LOPEZ
1316-1981-00587

REPUBLICA DE HONDURAS
MUNICIPALIDAD DE SAN ANDRES



DEPARTAMENTO DE LEMPIRA

RECIBO

Por Lps.

500.00 lps.

Recibí de: "LA TESORERIA MUNICIPAL DE SAN ANDRES"

La Cantidad de: Quinientos Lempiras exptos Lempiras

Por concepto de: Sito con el asno o tegusigalpa para
Ser operado del polador

FECHA 14 de Septiembre del 20 21

Maria Izabel Perez Cortez
NOMBRE

1316 1998 00269
Nº DE IDENTIDAD



RECIBI CONFORME

CONSTANCIA MEDICA

La suscrita directora del Centro de Triage de San Andres, Lempira por medio de la presente **hace constar que:**

María Isabel Pérez Cortes con ID: 1316-1998-00269, madre de escasos recursos económicos de Jose Waldin Martínez Pérez de 4 años con malformación de labio y paladar hendido quien es paciente de Operación sonrisa y será intervenido próximamente en la ciudad de Tegucigalpa.

Para lo que estime conveniente se extiende la presente en san Andrés, Lempira A los 14 días del mes de septiembre del año 2021.


Dra. Raquel Diaz

Directora del CETTE San Andres, Lempira

REPUBLICA DE HONDURAS

MUNICIPALIDAD DE SAN ANDRES

Departamento de Lempira

RECIBO

Lps. 500.00

Recibí de: Municipalidad de San Andres

La Cantidad de: Quinientos Lempiras exactos Lempiras

Por concepto de: Ayuda Social para llevar a mi hijo a medicina.

Fecha 20 de Julio del 2021

Ma. Teodora Cortez Vasquez
Nombre Completo



1316 1967-00102
Identidad

Recibí Conforme



HOJA DE REFERENCIA

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRES	SEXO	EDAD	N. Historia Clínica
Cóter Vaiguel Jose Santos	M ☒ F ☐	32 a	
Persona Responsable:	Dirección:		
Ma Teodora Coter	Copanillo		
Establecimiento que refiere:	Dirección:	Región Sanitaria:	
CES San Andre		#13	

Motivo para el envío: Evaluación urgente por Psiquiatria

Resumen de datos clínicos mas comunes:

paciente con APP de mas menos 2 años de posible Psicosis
rehusa la madre que esto le dependio de la muerte de una yegua
que el queria domesticado, que dudo que su yegua fallecio de forma
accidental el inicio con delirios, alucinaciones, rehuse que esto es de
forma constante ya que el habla incoherencia, rehuse que escucha voces
y ve personas en el contorno de su casa al tomar 60.16x palmas

Exámenes Realizados: Limpios fcc 68x TA 110/60

Abdomen normal

paciente con presencia de alucinaciones, e incoherencia
e insomnio frecuente

Tratamiento Aplicado: — Multivitaminas 1 capsula C/dia

Alprazolam 1mg 1/2 tableta C/noche

No lo suele tomar con frecuencia motivo escasez de recurso económico

Diagnostico de Remisión: — Psicosis en estudio

Alprazolam 1mg
1/2 tableta C/noche

Evaluación del Riesgo

☒ Con Riesgo

☐ Sin Riesgo

Recomendaciones: Favor atenderlo el día que se present
motivo son de una lejania y de escasez
recurso económico

Referido a: Hospital Nacional Hospital Regional
Hospital Deptal. Hospital Area CESAR
CESAMO COMUNIDAD

Amerita Atención en:
Consulta Externa
Hospitalización Emergencia

FECHA DE REMISION
DIA MES AÑO
20 7 21

REFERIDO POR:
☒ Medico ☐ Promotor
☐ A/Enfermería ☐ Personal Comunitario

Firma de la persona que Remite:

Constancia Médica

Paciente de 32 años de edad Jose Santos
Córtez Vázquez con nuz 1316-1989-00140
procedente de Rapontillo San Andres Lempiro
el cual padece de un problema Psiquiátrico
y amorita Evaluación por Especialista en
Psiquiatria para mejorar su estado de salud
y para la compra de los medicamentos para
su patología.

Es un paciente de escasos recursos económicos
por lo cual se solicita ayuda para que pueda
asistir a cita con especialista

Esperando una respuesta adecuada
Dado a los veinte días de el mes de Julio
de el año 2021

Atd



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

MA TEODORA / CORTEZ VASQUEZ

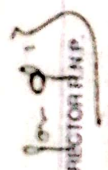


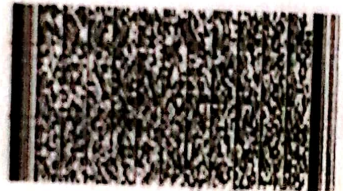
HONDURANA POR NACIMIENTO
NACIO EL: 08 NOVIEMBRE 1962
SEXO: FEMENINO
EMITIDA EL: 11 SEPTIEMBRE 2013

1316-1962-00102


01854843-02

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 R.N.P.



SOLICITADA EN 1316

MA TEODORA / CORTEZ VASQUEZ
1316-1962-00102

REPUBLICA DE HONDURAS

MUNICIPALIDAD DE SAN ANDRES

Departamento de Lempira

RECIBO

Lps. 300.00.

Recibí de: Municipalidad de San Andrés Lempira.

La Cantidad de: Trescientos Lempiras exptos Lempiras

Por concepto de: Apoyo para Consulta medica en ginecología Lempira
y mandarse hacer un ultrasonido.

Fecha 23 de Julio del 2021

Elida Bejarano

Nombre Completo

1316-2001-00192

Identidad

Elida Bejarano

Recibí Conforme

MUNICIPALIDAD DE GUALCINSE
RED DE SERVICIOS DE SALUD GUALCINSE - SAN ANDRES



HOJA DE REFERENCIA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	SEXO	EDAD	N. Historia Clínica
Dejano		Enida	M ☒ F ☒	20	terp.
Persona Responsable:			Dirección:		
Joel Ramos			San Pedro Santiago		
Establecimiento que refiere:			Dirección:		Región Sanitaria:
CS San Andres					13

Motivo para el envío: U.S.60

Resumen de datos clínicos mas comunes:
 Dx de 20 años de edad nuestra US con tum. descomodada HbO 6:2 P:1
 C:0 A:0 H:1 Realizando USG el 16-3-2021 con EG dicho una b.56
 FPP 9-11-2021 Actualmente acude por disnea negra febre negra letargia
 al examen físico Fz: 17 Fc: 80 TA: 110/70 mds. sudorosos mltos. bato
 pulmones limpos ventriculo no mds. patologicos. Al examen GO Afu 21
 Potente Fc: 145 mltos. fetales presentes Di: 010x no edema en mc.

Exámenes Realizados:

UIt	Hb	solicitados.
VDRL	HTO	

Tratamiento Aplicado:

Prontales de HbO feno
 Amoxicilina

Diagnostico de Remisión:	Evaluación del Riesgo
Secundario de 24.156 x USG 60	☐ Con Riesgo ☐ Sin Riesgo
ITU leve.	

Recomendaciones:

Realizar USG para corroborar FPP y EG

Referido a:	Hospital Regional	Amerita Atención en:
☐ Hospital Nacional ☐ Hospital Area ☐ Hospital Deptal.	☐ CESAR ☐ CESAMO ☐ COMUNIDAD	☐ Consulta Externa ☐ Hospitalización ☐ Emergencia

FECHA DE REMISION		
DIA	MES	AÑO
19	7	21

REFERIDO POR:	
☒ Medico	☐ Promotor
☐ A/Enfermería	☐ Personal Comunitario

Firma de la persona que Remite

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

RNP

ELIDA / BEJARANO



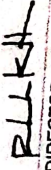
HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIÓ EL : 27 FEBRERO 2001
SEXO : FEMENINO
EMITIDA EL : 11 OCTUBRE 2018

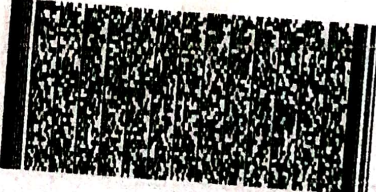



16919698-01

1316-2001-00192

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 R.N.P.



ELIDA / BEJARANO
1316-2001-00192

SOLICITADA EN 1316

REPUBLICA DE HONDURAS
MUNICIPALIDAD DE SAN ANDRES



DEPARTAMENTO DE LEMPIRA

RECIBO

Por Lps.

500:00

Recibí de: "LA TESORERIA MUNICIPAL DE SAN ANDRES"

La Cantidad de: Quinientos Lempiras exactos Lempiras

Por concepto de: Ayuda Social para asistir al
hospital Juan Manuel Gálvez

FECHA 29 de Septiembre del 20 22

Amparo Sarmiento Orellana

NOMBRE

1316200200019

Nº DE IDENTIDAD

Amparo Sarmiento
RECIBI CONFORME

EPICRISIS

AX - GC - AI - 001

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Sexo	Historia Clínica
Amparo	-	Sarmiento	Orellana	20	m	1316-200200019
SERVICIO: Hospitalización		SALA: Obs+		CAMA: 527		
Ingreso por:	Hora de Ingreso	Fecha de Ingreso			Fecha de Egreso	
Emergencia	18:00	Día	Mes	Año	Día	Mes
Consulta Externa		2	7	21	08	07
						Referido A: OAPS.
Diagnóstico de Ingreso: 1) Eub 40 56 x 6 cm (2) Oligo Moderado						
Resumen de Historia Clínica: Perto Via Abdominal x Inspección Palpatoria						
Fecha: 06/07/21 09:04 AM						
Sexo: Mujer DRA: 849 Plurificación: Barrera						
P: 2240g T: 44cm PC: 37cm						
PT: 30cm PA: 28cm						
Vacunas BCG y Hep B: BCG 10 x BPN Age B: 06/07/21						
Exámenes: HTO Hb GB PLT TIPO Ym Urea Gnt Eco						
Mucil 287 9.3 12400 178000 OCT NR - Normal						
Pm 51.4 - 16.7 26500 150000 OCT NR 98						
Evolución: Suficiente Factores.						
Tratamiento: Activo						
Desdobar						
Sufrir Ferros						
Diagnósticos Finales: 1) Perto de Medula						
2) Anemia Leve						
Condición de Salida: Alta Médica						
Observaciones/ Recomendaciones: Retiro Puntos 8d, Citación OAPS y 2, 7, 4, 10d, Consejería cuidados PM y AL						
Cita en Consulta Externa		Firma y Clave del Médico:				
SI	NO	Tiempo				
	X					
FIRMA O HUELLA DEL PACIENTE O FAMILIAR QUE RECIBE LA HOJA DE EPICRISIS						

REPUBLICA DE HONDURAS
MUNICIPALIDAD DE SAN ANDRES

DEPARTAMENTO DE LEMPIRA



RECIBO

Por Lps.

500.00

Recibi de: "LA TESORERIA MUNICIPAL DE SAN ANDRES"

La Cantidad de: Quinientos Lempiras exactos Lempiras

Por concepto de: Ayuda Socio para la Compra de pañales y
leche a niño con Capacidades Especiales ya que es de escasos
recursos economicos de la comunidad de portillo

FECHA 28 de Septiembre del 20 21

Jose Fabio Lopez

NOMBRE

1316 1983 00230

Nº DE IDENTIDAD

Jose Fabio Lopez

RECIBI CONFORME

Constancia Médica

Por este medio se hace constar
que el niño Josue Anastacio López
con N2 1316- 2008 - 00324
de 13 años de edad, procedente de
El portillo San Andres Tenejapa
presenta una Discapacidad desde
el nacimiento

Parálisis Cerebral Infantil

Procede de un hogar de escasos
recursos económicos

El cual requiere ayuda de víveres
leche motivo se encuentra con una
Desnutrición crónica e insumos
de Aseo personal

Por lo cual se le solicita apoyo
a la Corporación Municipal
dado a los veintisiete días de
el mes de Septiembre del año 2021



[Handwritten signature]



José Favio López



REPUBLICA DE HONDURAS
MUNICIPALIDAD DE SAN ANDRES

DEPARTAMENTO DE LEMPIRA

RECIBO

Por Lps.

400.00

Recibí de: "LA TESORERIA MUNICIPAL DE SAN ANDRES"

La Cantidad de: cuatrocientos lempiras exactos. Lempiras

Por concepto de: Ayuda economico para la compra de Medicamento
a este señor que es de escasos recursos economicos de la comuni-
dad de Coquín.

FECHA 29 de Julio del 2021

Enemedio Sanchez
NOMBRE

1316-1981-00536
Nº DE IDENTIDAD

RECIBI CONFORME

29-7-2021
CFS San Andrés

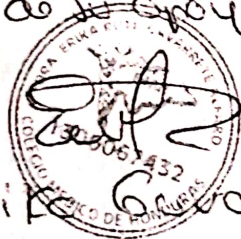
Para Corporación Municipal.

Constancia Médica

Por este medio se hace constar que
el Señor Enemecio Sanchez con NI
1316-1981-00536 procedente de Municipio
San Andrés Lempira de 70 años de edad
aménite una pequeña ayuda económica
para la compra de una inyección
de Doloreurohión que le ayudara a
mejorar su Jaqueca Crónica de hace
Esperando de su apoyo

Atte

Dra. Erika Guevara



REPUBLICA DE HONDURAS

MUNICIPALIDAD DE SAN ANDRES

Departamento de Lempira

RECIBO

Lps. 500.00

Recibí de: Municipalidad de San Andrés Lempira.

La Cantidad de: Quinientos Lempiras exactos Lempiras

Por concepto de: Referencia a pauto Institucional a
el Hospital de Grupos Lempira.

Fecha 29 de Julio del 2021

Rosy Maribel Gomez
Nombre Completo

1305. 1998 00426
Identidad

Rosy Maribel Gomez
Recibí Conforme



MUNICIPALIDAD DE GUALCINSE
RED DE SERVICIOS DE SALUD GUALCINSE - SAN ANDRES



HOJA DE REFERENCIA

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRES	SEXO	EDAD	N. Historia Clínica
Gomez Rosy Maibel	M ☒ F ☐	22	54
Persona Responsable:	Dirección:		
Carlos Humberto Lopez	El Amor, Sinsulaca, San Andres, Lempira.		
Establecimiento que refiere:	Dirección:	Región Sanitaria:	
UINS Sinsulaca	San Andres	#13	

Motivo para el envío: Alencen de Porto

Resumen de datos clínicos mas comunes:

Paciente con Embar 355 86 Pci FUM, Pate Sordo Pm, Mica Dolv Obelac, No Sinterms Vasocapulus Signs Vilus RA 109160mly FET 787 F2200 Zeme P.O. DR 110114 QD Sin ceteros Abolom ulta Gicayul IFU 290m Catolica FET 1414 MFLT) Examen Sinsul no coms

Exámenes Realizados: 1760 G214 Co No.
FUM: 07/11/20 FPD 14/15/24
VIT (C) Tipoy RH O-
VDM NR

Tratamiento Aplicado:
- GUT. Furo
- Pmuis

Diagnostico de Remisión:	Evaluación del Riesgo
Gmbaab 355 86 Pci FUM.	Con Riesgo
	☒ Sin Riesgo

Recomendaciones: Alencen de Porto

Referido a:	Amerita Atención en:
Hospital Nacional ☒ Hospital Regional ☐	Consulta Externa ☐
Hospital Deptal. ☐ Hospital Area ☐ CESAR ☐	Hospitalización ☐ Emergencia ☐
Hospital Deptal. ☐ CESAMO ☐ COMUNIDAD ☐	

FECHA DE REMISION	REFERIDO POR:	Firma de la persona que Remite:
DIA MES AÑO	☒ Medico ☐ Promotor	
14 7 21	☐ A/Enfermería ☐ Personal Comunitario	

