



# Municipalidad de Puerto Cortes

Gerencia de Planificación y Desarrollo

Departamento de Programas Sociales

Programa Salud

Centro de Salud Dr. José Hernán Galeano y Dispensario Linda Coello

- ✓ Aportaciones por servicios que se prestan en el Centro de Salud Dr. José Hernán Galeano y Dispensario Linda Coello

Servicio	Monto	Monto al adulto mayor
Consulta general	10 Lempiras	7 Lempiras
Consulta odontológica	5 Lempiras	5 Lempiras
Consultas de Especialidad en Neurología	10 Lempiras	10 Lempiras
Consultas de Especialidad en Neumología	10 Lempiras	10 Lempiras
Consulta de Especialidad en Ginecología y Obstetricia.	10 Lempiras	10 Lempiras
Procedimientos Odontológicos : Extracciones dentarias y molares	20 Lempiras	20 Lempiras
Realización de pruebas de Glucometrias	30 Lempiras	30 Lempiras
Realización de citologías cervico uterinas	50 Lempiras	50 Lempiras
Curaciones	20 Lempiras	20 Lempiras
Suturas	100 Lempiras	100 Lempiras
Retiro de Puntos	20 Lempiras	20 Lempiras

- ✓ Las citologías son 50 de la clínica Marie Stopes que nos dan facilitan el material y la lectura.
- ✓ Si una persona no puede con el monto del costo, siempre se realiza el procedimiento.

Lic. Tania Janett Concepción  
Jefe Depto. De Programas Sociales





**Municipalidad de Puerto Cortés.**  
**Departamento de Programas Sociales.**  
**Programa Asesoría Legal.**

**DATOS GENERALES DENUNCIANTE.**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_\_\_\_, N° de Hijos \_\_\_\_ Identidad \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_  
Nombre de los hijos \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES DEL DENUNCIADO:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
N° Hijos: \_\_\_\_ Identidad \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

**TIPO DE VIOLENCIA:**

- Violencia Física:.....( ).
- Violencia Psicológica:.....( ).
- Violencia Económica.....( )
- Patrimonial.....( )
- Violencia Sexual:.....( ).
- Otros:.....( )

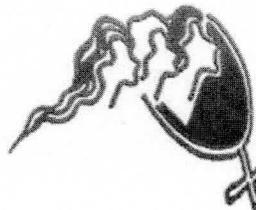
Breve Descripción del Caso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Remitido. \_\_\_\_\_

Puerto Cortés \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Asesor (a) Legal OMM.





**OFICINA MUNICIPAL DE LA MUJER**  
**PROGRAMA ASESORIA LEGAL SOCIAL**

**REFERENCIA**

Referida a: \_\_\_\_\_

Nombre de la Referida:

\_\_\_\_\_

Caso que presenta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Asesor (a) Legal



\_\_\_\_\_



DEPARTAMENTO MUNICIPAL  
**PROGRAMAS SOCIALES**  
MUNICIPALIDAD DE PUERTO CORTÉS

Fotografía

## Ficha de Inscripción

### Datos personales de la niña(o)

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Persona con quien vive la niña(o): Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

### Nivel Educativo

Kínder \_\_\_\_\_ Pre kínder \_\_\_\_\_ Preparatoria \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre del Centro Educativo: \_\_\_\_\_ Jornada: \_\_\_\_\_

No. Teléfono: \_\_\_\_\_ Maestra(o): \_\_\_\_\_

### Relación Familiar

**Nombre de la Madre:** \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ No. Teléfono: \_\_\_\_\_

No. Identidad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ No. Teléfono: \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre:** \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ No. Teléfono: \_\_\_\_\_

No. Identidad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ No. Teléfono: \_\_\_\_\_

**Nombre de la Encargada(o):** \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ No. Teléfono: \_\_\_\_\_

No. Identidad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ No. Teléfono: \_\_\_\_\_

