

## **INFORME DE: CAJA CHICA**

**MIÉRCOLES 31 DE MAYO AÑO 2023**

**ALCALDE:**

**ABOG. FRANCIS ADALID PAZ MATEO**

**ENCARGADO DE CAJA CHICA:**

**ALEXIS DONAHIN MIRANDA MIRANDA**

**MUNICIPIO DE LA IGUALA,  
DEPARTAMENTO DE LEMPIRA.**

## INFORME DE CAJA CHICA, MES DE MAYO DEL AÑO 2023.

| N | Fecha    | Descripción.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Nombre del encargado(a) de la compra, o beneficiario. | Identidad/RTN   | N. de Comprobante o factura. | Lugar                  | Total       |
|---|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------|------------------------|-------------|
| 1 | 02-05-23 | Pago que hace la municipalidad de La Iguala a: <b>Adán Membreño Martínez con DNI 1311-1977-00014</b> por concepto de ayuda económica para la compra de alimentación, por ser una persona discapacitada a raíz de una caída de un árbol desde los 15 años, de la comunidad de Guayabita, La Iguala. | Adán Membreño Martínez                                | 1311-1977-00014 | 000277                       | Guayabita La Iguala.   | L.500.00    |
| 2 | 03-05-23 | Pago que hace la municipalidad de La Iguala a: <b>María Simona Pineda con DNI: 1309-1967-00216</b> por concepto de ayuda económica para mandarse a realizar una cirugía y poderse quitar una platina que tiene en el pie derecho, residente en la comunidad de potrerillos.                        | María Simona Pineda                                   | 1309-1967-00216 | 000278                       | Potrerillos, La Iguala | L. 2,500.00 |
| 3 | 03-05-23 | Pago que hace la municipalidad de La Iguala a: <b>Rosa Aida López Ayala con DNI: 1301-1948-00079</b> por concepto de ayuda económica para una operación en la cadera porque le detectaron problemas en la vesícula, residente en La Iguala, Centro.                                                | Rosa Aida López Ayala                                 | 1301-1948-00079 | 000279                       | La Iguala, Centro.     | L. 1,200.00 |



**HONDURAS**  
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

REPÚBLICA DE HONDURAS C. A.  
MUNICIPALIDAD DE  
LA IGUALA, LEMPIRA

Correo: [municipalidadlaiguala@yahoo.com](mailto:municipalidadlaiguala@yahoo.com)  
RTN: 13099995432420



|   |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                 |        |                           |             |
|---|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------|--------|---------------------------|-------------|
| 4 | 03-05-23 | Pago que hace La Municipalidad de La Iguala a: <b>Delmy Aracely Cortez Diaz</b> con DNI. <b>1313-1992-00746</b> por concepto de ayuda económica para mandarle a realizarle más exámenes a su madre, <b>Ma. Rosario Cortez Diaz</b> ya que se encuentra Hospitalizada en el Hospital San Felipe de Tegucigalpa. Residente en la comunidad de Lagunas, La Iguala. | Delmy Aracely Cortez Diaz   | 1313-1992-00746 | 000280 | Lagunas, La Iguala.       | L. 2,326.00 |
| 5 | 15-05-23 | Pago que hace la municipalidad de La Iguala a: <b>Sabina Cruz Portillo</b> con DNI: <b>1309-1958-00006</b> por concepto de ayuda económica para la compra de medicamentos y pago de exámenes por encontrarse muy mal de salud, le han Diagnosticado ( <b>Asma Bronquial</b> ). Residente en la comunidad de Matasano, La Iguala.                                | Sabina Cruz Portillo        | 1309-1958-00006 | 000281 | Matasano, La Iguala.      | L. 1,000.00 |
| 6 | 25-05-23 | Pago que hace la municipalidad de La Iguala a: <b>María Nely Molina Sarmiento</b> con DNI: <b>1309-1985-00585</b> por concepto de ayuda económica para llevar a su hijo Jose Junior Hernández Molina a una clínica a realizarle un examen de <b>hemograma y radiografía</b> por                                                                                 | María Nely Molina Sarmiento | 1309-1985-00585 | 000282 | Barrio Colaca, La Iguala. | L. 1,000.00 |

|   |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                              |                 |        |                        |             |
|---|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------|--------|------------------------|-------------|
|   |          | fractura en un brazo, del barrio Colaca, La Iguala                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                 |        |                        |             |
| 7 | 25-05-23 | Pago que hace la municipalidad de La Iguala a: <b>Celia Magdalena Vargas Reyes</b> con DNI: <b>1309-1995-00474</b> por concepto de ayuda económica para trasladarse al Hospital Juan Manuel Gálvez de Gracias Lempira ya que se le aproxima la (fecha de parto) y es madre soltera con 4 hijos y de bajos recursos económicos, de la comunidad de Carrizales, la Iguala. | Celia Magdalena Vargas Reyes | 1309-1995-00474 | 000283 | Carrizales, La Iguala. | L. 2,000.00 |
| 8 | 25-05-23 | Pago que hace la municipalidad de La Iguala a: <b>Jose Tomas Perez Alvarado</b> con DNI: <b>1309-1992-00041</b> por concepto de reparación de una <b>Llanta de una motocicleta Yamaha AG color café</b> (cambio de Neumático) en gira del jefe de catastro Benigno Sánchez a medir un Terreno a la comunidad del Derrumbado                                              | Jose Tomas Perez Alvarado    | 1309-1992-00041 | 000284 | Derrumbado, La Iguala  | L. 150.00   |
| 9 | 29-05-23 | Pago que hace la municipalidad de La Iguala a: <b>Eduin Alex Cruz Rodríguez</b> con DNI: <b>1309-1998-00241</b> por concepto de ayuda económica para cubrir gastos de transporte y alimentación para asistir                                                                                                                                                             | Eduin Alex Cruz Rodríguez    | 1309-1998-00241 | 000285 | La Iguala, Centro.     | L. 1,500.00 |



# Municipalidad de La Iguala Lempira

HONDURAS C.A.  
Tel. 9707-7335



**COMPROBANTE DE CAJA N° 000277**

Por Lps: 500

Nombre Adan Membreño Martinez

Recibi de caja chica Municipal, la cantidad de Lps.:

Quinientos Lempiras exactos

\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ concepto

de: Aguda economica para la compra de alimentacion,  
por ser una persona discapacitada a raiz de una  
caida de un arbol desde los 15 años, de la comunidad de Guayalita

Fecha: 02/05/23

Firma: \_\_\_\_\_

id.No. 1311-1983-00014

voBo.ALCALDE MUNICIPAL

# SOLICITUD

La Guayabita, La Iguala Lempira  
Martes 02 de mayo del año 2023.

Señor: Alcalde Municipal.  
**Abog. Francis Adalid Paz Mateo**  
**Su Oficina**

De la manera más atenta me dirijo a usted deseándole éxitos en tan importantes y delicadas funciones esperando que nuestro padre Dios Derrame abundantes bendiciones.

El Motivo de la presenté es para solicitarle que, por su digno medio, me pueda apoyar con una ayuda económica de **L. 500.00** o más, para la compra de alimentación ya que soy una persona discapacitada desde los 15 años, a raíz de una caída de un árbol quede sin poder trabajar y acudo a usted para que me ayude para poder alimentarme.

Esperando tener una respuesta positiva.

De antemano muy agradecido.



---

**Adán Membreño Martínez**  
**1311-1977-00014**  
**Solicitante**



HONDURAS

**COMISIONADOS PROPIETARIOS:**

I<HND0063853867<<<<<<<<<<<<  
7612297M3112294HND<<<<<<<<<<2  
MEMBRENO<MARTINEZ<<ADAN<<<<<

Ayuda económica al señor Adán Membreño Martínez, para compra de alimentos por ser una persona discapacitada a causa de una caída de un árbol desde los 15 años, de la Comunidad de Guayabita.





# Municipalidad de La Iguala Lempira

HONDURAS C.A

Tel. 9707-7335



COMPROBANTE DE CAJA N° 000278

Por Lps: 2,500.00

Nombre Maria Simona Pineda

Recibi de caja chica Municipal, la cantidad de Lps.:

Dos mil quinientos

\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ concepto

de: Ayuda economica para mandarse a realizar una  
cirugia y poderse quitar una platina que tiene  
en el pie derecho, residente en la comunidad de Potrerillos

Fecha: 03/05/2023

Firma: Maria Simona Pineda

id.No. 1309-1967-00216

voBo.ALCALDE MUNICIPAL

## SOLICITUD

Potreriños la Igualá, Lempira 26/03/2023

Señor alcalde:

Abog. Francis Adalid Paz Mateo

Su Oficina.

De la manera más atenta me dirijo a usted deseándole éxitos en tan importantes y dedicadas funciones esperando que nuestro padre Dios derrame abundantes bendiciones

El motivo de la presente es para solicitarle que por su digno medio me pueda ayudar con una ayuda económica ya que la necesito para poder mandarme a realizar una cirugía para poder quitarme una platina que tengo en el pie derecho ya que me la estaré realizando en el Hospital Juan Manuel Gálvez de la ciudad de Gracias Lempira, considerando que no cuento con los recursos económicos suficientes para poder cubrir dichos gastos, Esperando tener una respuesta positiva de su parte, Muy agradecida.

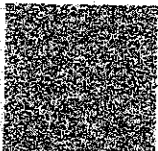
*María Simona Pineda*

---

**María Simona Pineda**

**1309-1967-00216**

**Solicitante**

 **RNP**   
3400000001676333  


DOMICILIO / ADDRESS  
LA IGUALA  
LEMPIRA

  
COMISIONADOS PROPIETARIOS

I<HND0015971661<<<<<<<<<<<<<<<  
6710288F3110289HND<<<<<<<<<<<<<2  
PINEDA<<<MARIA<SIMONA<<<<<<<<<<

**MUNICIPALIDAD DE LA IGUALA, LEMPIRA**  
CONSTANCIA DE PAGO DE IMPUESTOS MUNICIPALES. TEL. 2008-2025

Ha pagado sus Impuestos Municipales correspondientes al año 202 3 por lo que se extiende esta Constancia de Pago Para que pueda efectuar Cualquiera de los actos Enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. 15 del 2 de Septiembre de 1965. Sin perjuicio del Impuesto a favor del que Pueda resultar del Examen de sus declaraciones.

Sello y Firma del Alcalde Municipal

**MUNICIPALIDAD DE LA IGUALA, LEMPIRA**  
ALCAIDE  
2025-2026

Base Legal: Art. 1 del Decreto N° 102 de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 255 de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 8 Decreto de Ley N° 14 de 1973 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 de 1973, Art. 30, 39 y 56 Decreto N° 17-2010, Art. 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 numeral 2), 58 numeral 1), 60 numeral 1), 66, 68 numeral 3 y 4, 164 del Código Tributario.

  
Ministra Directora

  **SAR**

Señor Obligado Tributario recuerde su obligación de comunicar al SAR cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme al artículo 63 numeral 10 y 11 del Código Tributario.

“Tributar es ProgreSAR”

Número de Documento SAR-412- 2750047 Transacción: 09EEEE7

HOJA DE POSCLINICA

AX - GC - AA - CE - 009-A

| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Edad | Sexo | Historia Clínica |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|------|------|------------------|
| Maria         | Simona         | Pineda          |                  | 55   | F    | 256283           |

Diagnóstico:

Intolerancia a la glucosa

- ☐ Medicina General
 ☐ Medicina Interna
 ☐ Cirugía
 ☐ Pediatría
 ☐ Gineco - Obstetricia  
☐ Odontología
 ☐ Otorrinolaringología
 ☐ Psicología
 ☒ Ortopedia
 ☐ Atención a la mujer

Fecha: Cita:

Le recordamos las citas para la realización de sus pruebas diagnósticas

| Pruebas diagnósticas | Tipo de muestra | Fecha de toma de muestra | Recomendaciones |
|----------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|
| 1.                   |                 |                          |                 |
| 2.                   |                 |                          |                 |
| 3.                   |                 |                          |                 |
| 4.                   |                 |                          |                 |
| 5.                   |                 |                          |                 |

Le recordamos el tratamiento que debe seguir:

| Medicamento | Dosis | Vía | Frecuencia | Recomendaciones |
|-------------|-------|-----|------------|-----------------|
| 1.          |       |     |            |                 |
| 2.          |       |     |            |                 |
| 3.          |       |     |            |                 |
| 4.          |       |     |            |                 |
| 5.          |       |     |            |                 |

Le recordamos los procedimientos a realizar:

| Procedimiento | Frecuencia | Recomendaciones |
|---------------|------------|-----------------|
| 1.            |            |                 |
| 2.            |            |                 |
| 3.            |            |                 |
| 4.            |            |                 |

Cita de seguimiento: Fecha: Día: Hora:

Médico: Dr. Maradunga Servicio: Ortopedia

Le recordamos las instrucciones que debe seguir en su domicilio:

- 
- pendiente del llamado
- 1 Semana antes de su cirugía le llamarán
- 

Referido a centro de salud de:

Firma de enfermera(o) responsable

Ayuda economica a la señora Maria Simona Pineda para mandarse a realizar una cirugia y poderse quitar una platina que tiene en el pie derecho, residente en la comunidad de potrerillos.





# Municipalidad de La Iguala Lempira

HONDURAS C.A

Tel. 9707-7335



COMPROBANTE DE CAJA N° 000279

Por Lps: 1,200.00

Nombre Rosa Aida Lopez Ayala

Recibi de caja chica Municipal, la cantidad de Lps.:

un mil doscientos

por

concepto

de: Ayuda economica para una Operación en la cadera  
porque le detectaron problemas en la vecicula,  
residente en la Iguala, centro

Fecha: 03/05/2023

Firma: [Firma]

id.No. 7387-148-00079

voBo.ALCALDE MUNICIPAL

## SOLICITUD

LA IGUALA LEMPIRA 12 DE ABRIL AÑO 2023

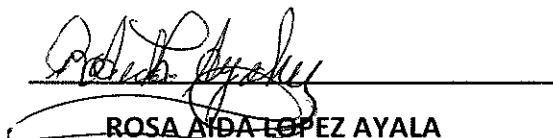
ALCANDE MUNICIPAL.ABOG.FRANCIS ADALID PAZ MATEO

SU DESPACHO

De la manera mas atenta me dirijo a usted deseándole existos en tan importantes y delicadas funciones esperando que nuestro padre Dios derrame abundantes bendiciones.

El motivo de la presente es para solicitarle que por su digno medio me pueda ayudar económicamente que me van a intervenir una operación en la cadera que me detectaron una <sup>Fernig</sup> ~~hernia~~ <sup>Veicula</sup> ~~veicula~~ adjunto anexo exámenes médicos y es demasiado cara y soy una persona de escasos recursos económicos Esperando una respuesta positiva de su parte y de dios tendrá su recompensa

atentamente



ROSA AIDA LOPEZ AYALA

1301-1948-00079



# Clínicas Médicas Divino Niño

Dra. Wendy Zuniga Moreno

Ginecología y Obstetricia

Cirugía Laparoscópica y Patología Cervical

B. Mercedes, Gracias, Lempira. Tels. 9515-7439 / 2656-0362

## REPORTE DE U.S.G. ABDOMINAL

Nombre: Rosa Aida Lopez Ayala

Edad: 74 años

Fecha: 30-NOV-2022

Estomago:

Hígado: De forma y tamaño normal. vesícula se observa  
#1 lito de 2.16 cm en el  
interior de vesícula.

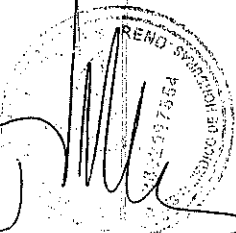
Riñón Izquierdo

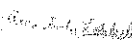
Riñón Derecho:

Colón:

Conclusión::

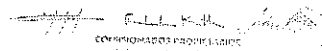
- 1) Colelitiasis
- 2) Esteatosis hepática G II





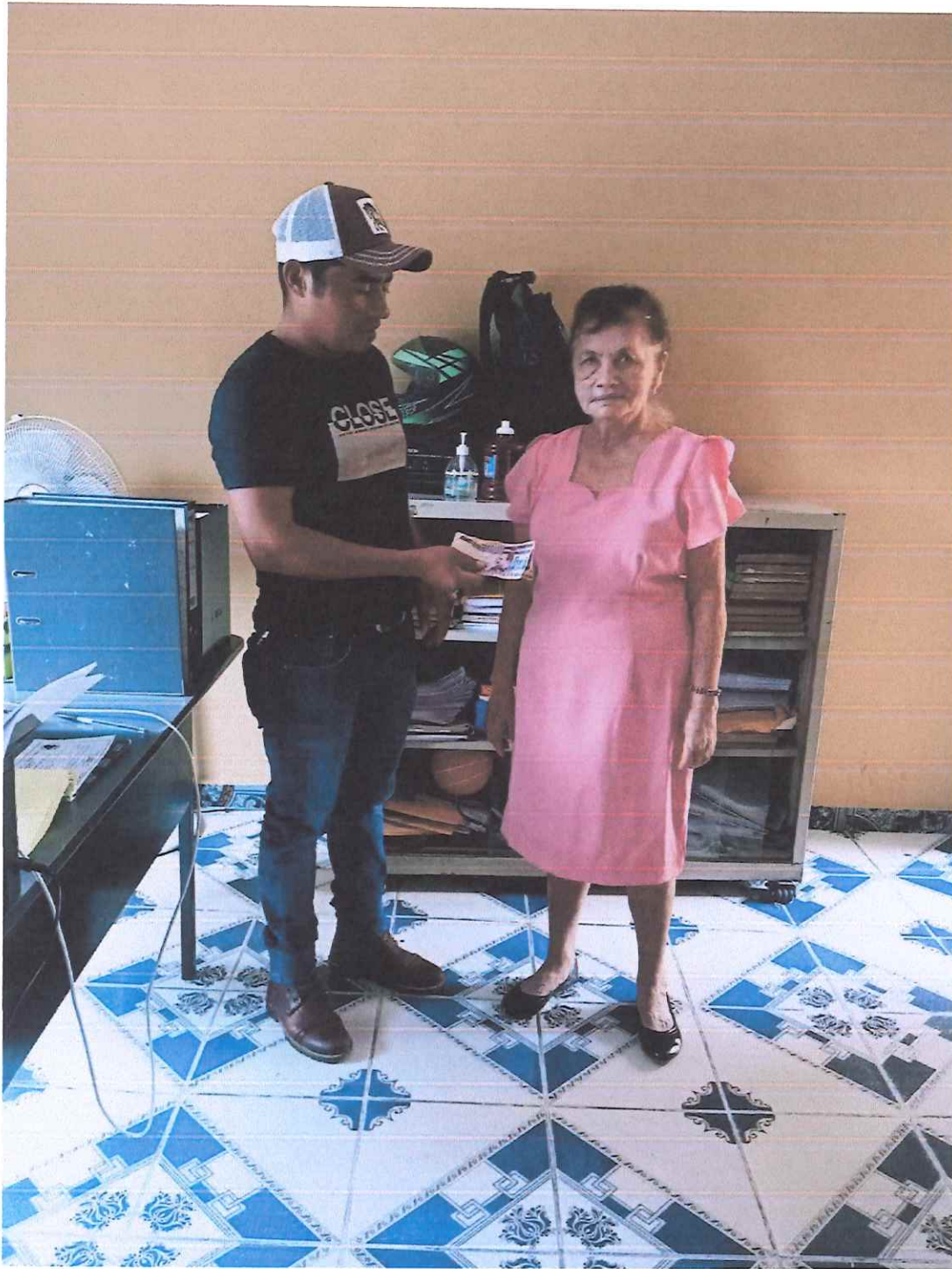
HONDURAS

16-06-2031



I<HND0040066769<<<<<<<<<<<<  
4806163F3106165HND<<<<<<<<<<8  
LOPEZ<AYALA<<ROSA<AIDA<<<<<<<

Ayuda economica a la señora Rosa Aida Lopez Ayala para una operación en la cadera porque le detectaron problemas en la vecicula, residente en La Iguala Centro.





# Municipalidad de La Iguala Lempira

HONDURAS C.A

Tel. 9707-7335



COMPROBANTE DE CAJA N° 000280

Por Lps: 2,326.00

Nombre Delmy Aracely Cortez Diaz

Recibi de caja chica Municipal, la cantidad de Lps.:

Dos mil trescientos veinte y seis

\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ concepto  
de: Ayuda economica para mandarle a realizar más exámenes a su madre, Ma. Rosario Cortez Diaz, que se encuentra hospitalizada en el San Felipe, residente en Lagunas, La Iguala

Fecha: 03/05/2023

Firma: Delmy Aracely Cortez Diaz

id.No. 1313-1992-00746

voBo.ALCALDE MUNICIPAL

# SOLICITUD

Lagunas, La Igualala Lempira  
Miércoles 03 de mayo del año 2023.

Señor: Alcalde Municipal.  
**Abog. Francis Adalid Paz Mateo**  
**Su Oficina**

De la manera más atenta me dirijo a usted deseándole éxitos en tan importantes y delicadas funciones esperando que nuestro padre Dios Derrame abundantes bendiciones.

El Motivo de la presenté es para solicitarle que, por su digno medio, me pueda apoyar con una ayuda económica de **L. 2,500.00** o más, para mandarle hacer más exámenes a mi Madre, Ma. Rosario Cortez Diaz que se encuentra hospitalizada en el hospital San Felipe de la Ciudad de Tegucigalpa, ya que sufre de una grave enfermedad en el estómago, le han diagnosticado Cáncer. Acudo a usted porque somos una familia de escasos recursos económicos y ya hemos gastado bastante dinero y nos están pidiendo mas para seguir con el proceso de operación.

Esperando tener una respuesta positiva.

De antemano muy agradecida.

Delmy Aracely Cortez Diaz  
**Delmy Aracely Cortez Diaz**  
**1313-1992-00746**  
**Solicitante**

21-05-2031

I<HND0015991113<<<<<<<<<<<<<<<  
9205211F3105216HND<<<<<<<<<<<8  
CORTEZ<DIAZ<<DELMY<ARACELY<<<<

Transacción: BC831B

**MUNICIPALIDAD DE LA IGUALA, LEMPIRA**  
**CONSTANCIA DE PAGO DE IMPUESTOS MUNICIPALES. TEL. 2608-9095**

Ha pagado sus impuestos Municipales correspondientes al año 2023 por lo que se extiende esta Constancia de Pago Para que pueda efectuar Cualquiera de los actos Enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. 15 del 2 de Septiembre de 1965. Sin perjuicio del Impuesto adicional que Pueda resultar del Examen de sus declaraciones.

Sello y Firma del Alcalde Municipal



RADISA Ubicados en Bo. El Rosario, contiguo a Medifarma,  
Gracias Lempira. Cel. 9527-4307 9597-4475

## SERVICIO DE ULTRASONIDO

**NOMBRE:** MA ROSARIO  
**EDAD:** 56A.  
**MED. REF.**

**APELLIDO:** CORTEZ  
**REG. MED:**  
**SERVICIO:**  
**FECHA:** 20 DE MARZO 2023

### U.S. ABDOMINAL:

Se realiza ultrasonido trans abdominal evidenciando el parénquima hepático de bordes regulares, mide 15.8cm tamaño normal, ecogenicidad homogénea ecotextura normal, sin observar masas ni quistes. La Vena porta mide 6.1mm de diámetro normal.

La Vesícula biliar se exploró en decúbito lateral y supino, sin embargo no fue posible su visualización sino una masa heterogénea de aproximadamente 5.6 x 2.8cm de bordes no definidos por lo que sugiero correlacionar con antecedentes, y si clínicamente indicado complementar estudio con TAC de abdomen para mejor evaluación y descartar proceso tumoral. Murphy ecográfico insinuado.

No se observa dilatación de la vía biliar intra hepática ni extra hepática, al momento de realizar el estudio. El Colédoco no visible.

El Bazo y el Páncreas de configuración y tamaño normal.

Ambos riñones sin presencia de litos ni hidronefrosis, son de bordes regulares, situación y tamaño normal, con relación cortico medular conservada. El riñón derecho mide 8.5 x 3.7cm y el izquierdo de 8.8 x 4.5cm.

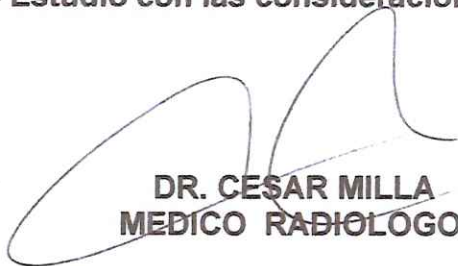
La vejiga urinaria poco distendida con 7cc, de paredes regulares, no engrosadas de 2.7mm, sin ecos internos ni defectos de llenado intraluminal.

Sin ventana acústica para la evaluación del útero.

Ambos ovarios no visibles sin embargo a nivel del anexo izquierdo se observa una lesión quística, encapsulada de 4.2 x 3.7cm, sin flujo Doppler color, que presenta un nódulo hiperecoico adherido a la pared sugestiva de un Quiste Dermoide.

Se observa líquido libre moderado.

**CONCLUSION:** 1.- Estudio con las consideraciones descritas.

  
**DR. CESAR MILLA**  
**MEDICO RADIOLOGO**

Ayuda económica a la señora Delmy Aracely Cortez Diaz para mandarle a realizar mas exámenes a su madre, Ma. Rosario Cortez Diaz, Que se encuentra Hospitalizada en el hospital San Felipe, Residente en la Comunidad de Lagunas, La Iguala.





# MEDICENTRO - MIRAFLORES

MEDICENTRO S.A DE C.V  
Centro de Diagnóstico Médico Especializado

R.T.N.: 04019001034761 Tel: 2662-0350

E-mail: medicentrosr@gmail.com

Bo. Miraflores, calle internacional, C-4 Edificio Hotel M&L, Local 01, Santa Rosa de Copán, Honduras, C. A. 001-001-01-00

DÍA MES AÑO

23 3 23

CAI: 821AD0-91989E-554B95-0E683E-19A37D-07  
Fecha límite de Emisión: 03/12/2023

## FACTURA

Nº 002730

R.T.N.: 1309-1966-00237

CLIENTE: Ma Rosario Cortez Diaz

DIRECCIÓN: La Iguala Lempira

CONST. REG. EXONERADO:

# O/C EXENTA:

# REG. S.A.G.:

| Cant. | Descripción      | P. Unit. | Exenta | Gravada |
|-------|------------------|----------|--------|---------|
|       | TC ABD Dos fases | 5250.00  |        |         |
|       |                  |          |        |         |
|       |                  |          |        |         |
|       |                  |          |        |         |
|       |                  |          |        |         |

CONDICIÓN DE PAGO: CRÉDITO ☐ DÍAS ☒ EF

Cantidad en letras: Cinco mil Doscientos cincuenta  
1ps



LA FACTURA ES BENEFICIO  
DE TODOS "EXIJALA"

Original Blanco: Cliente; Copia Amarilla: Obligado Tributario Emisor; Copia Verde: Archivo

Gráficos de Occidente R.T.N. 04019004010909 C. N° 9231-21-10500-175 Telefax. 2662-0198 RANGO AUTORIZADO  
6T. 2C. Am. V. DEL 001-001-01-00002601 AL 001-001-01-00002900 E. 06/12/2022 Fecha de Recepción: 03/12/2022

Desc. / Rebajas Otorgados L.

Importe Exonerado L.

Importe Exento L.

Importe Gravado 5% L.

Importe Gravado 18% L.

Sub - Total L.

15% I. S. V. L.

18% I. S. V. L.

TOTAL A PAGAR L. 5250.00

CANCELADO



# Municipalidad de La Iguala Lempira

HONDURAS C.A

Tel. 9707-7335



**COMPROBANTE DE CAJA N° 000281**

Por Lps: 1,000.00

Nombre Sabina Cruz Portillo

Recibi de caja chica Municipal, la cantidad de Lps.:

Un mil lempiras exactos

por

concepto

de: Ayuda economica para la compra de medicamentos y exámenes por en contrarse muy mal de salud, le han diagnosticado Asma Bronquial, de la comunidad de Matasano

Fecha: 15/05/2023

Firma: 

id.No. 1309-1958-00006

voBo.ALCALDE MUNICIPAL

## **SOLICITUD**

**Matasano, La Igualá, Lempira**

**15/05/2023**

**Señor alcalde:**

**Abog. Francis Adalid Paz Mateó**

**Su Oficina**

De la manera mas atenta me dirijo a usted, deseándole éxitos en tan importantes y delicadas funciones, esperando que nuestro padre Dios derrame abundantes bendiciones.

El motivo de la presente es para solicitarle que, por su digno medio, me puedan ayudar con un aporte económico de **LPS. 1,000.00**, ya que lo necesito para poder hacer la compra de medicamento para tratar problemas de **Asma Bronquial** ya que me han recetado un tratamiento que es **Bromuro Ipatropio** y para el pago de exámenes médicos, y no cuento con los recursos suficientes para poder hacer dicha compra de medicamento, esperando tener una respuesta positiva de su parte.

De antemano muy agradecida.

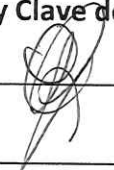


---

**Sabina Cruz Portillo**  
**DNI: 1309-1958-00006**  
**Solicitante**

## EPICRISIS

AX - GC - AI - 001
   
 Fecha de Modificación: 26/04/2022

|                                                                                                                                                                                 |                 |                  |                  |                                                                                     |                 |                  |                   |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|-------------------|-----|
| Primer Nombre                                                                                                                                                                   | Segundo Nombre  | Primer Apellido  | Segundo Apellido | Edad                                                                                | Sexo            | Historia Clínica |                   |     |
| Sabina                                                                                                                                                                          | —               | Cruz             | Portillo         | 64                                                                                  | M               | 1309-5800006     |                   |     |
| SERVICIO: Hospitalización                                                                                                                                                       |                 | SALA: MM         |                  | CAMA: 130                                                                           |                 |                  |                   |     |
| Ingreso por:                                                                                                                                                                    | Hora de Ingreso | Fecha de Ingreso |                  |                                                                                     | Fecha de Egreso |                  | Referido A: _____ |     |
| Emergencia                                                                                                                                                                      | 2030            | Día              | Mes              | Año                                                                                 | Día             | Mes              |                   | Año |
| Consulta Externa                                                                                                                                                                |                 | 8                | 4                | 23                                                                                  |                 |                  |                   |     |
| Diagnóstico de Ingreso: <u>Asma bronquial en Crisis Mod Grave + NAC</u>                                                                                                         |                 |                  |                  |                                                                                     |                 |                  |                   |     |
| Resumen de Historia Clínica: <u>paciente que sufre de dificultad respiratoria que se ha manifestado de manera intermitente, que se acompaña de tos y secreción de mucosidad</u> |                 |                  |                  |                                                                                     |                 |                  |                   |     |
| Exámenes: <u>HTC = 417. HGB = 13.3, Hemo 12.000, HbA1c 37, N-Segm: 50%.</u><br><u>plegma 194.000 PCR = (Negativo)</u>                                                           |                 |                  |                  |                                                                                     |                 |                  |                   |     |
| Evolución: <u>Establecimiento</u>                                                                                                                                               |                 |                  |                  |                                                                                     |                 |                  |                   |     |
| Tratamiento: <u>Salbutamol 100mcg inhalador 2 veces al día</u><br><u>Budesonida 500mcg inhalador 2 veces al día</u><br><u>Beclometasol 200mcg inhalador 2 veces al día</u>      |                 |                  |                  |                                                                                     |                 |                  |                   |     |
| Diagnósticos Finales: <u>Asma bronquial</u>                                                                                                                                     |                 |                  |                  |                                                                                     |                 |                  |                   |     |
| Condición de Salida: <u>Alta médica</u>                                                                                                                                         |                 |                  |                  |                                                                                     |                 |                  |                   |     |
| Observaciones/ Recomendaciones: <u>Atención en el tratamiento</u>                                                                                                               |                 |                  |                  |                                                                                     |                 |                  |                   |     |
| Cita en Consulta Externa                                                                                                                                                        |                 |                  |                  | Firma y Clave del Médico:                                                           |                 |                  |                   |     |
| SI                                                                                                                                                                              | NO              | Tiempo           |                  | 0431                                                                                |                 |                  |                   |     |
| 1                                                                                                                                                                               | 4               | Al día           |                  |  |                 |                  |                   |     |
| FIRMA O HUELLA DEL PACIENTE O FAMILIAR QUE RECIBE LA HOJA DE EPICRISIS                                                                                                          |                 |                  |                  |  |                 |                  |                   |     |

**MUNICIPALIDAD DE LA IGUALA TEMPIRA**  
CONSTANCIA DE PAGO DE IMPUESTOS MUNICIPALES. TEL. 2608-8095

Ha pagado sus Impuestos Municipales correspondientes al año 202 2 por lo que se extiende esta Constancia de Pago Para que pueda efectuar Cualquiera de los actos Enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. 15 del 2 de Septiembre de 1965. Sin perjuicio del Impuesto adicional que Pueda resultar del Examen de sus declaraciones.

Sello y Firma del Alcalde Municipal



Ayuda económica a la señora Sabina Cruz Portillo, para compra de medicamentos y pago de exámenes por encontrarse muy mal de salud, le han diagnosticado Asma bronquial, de la comunidad de Matasano.

En este caso se presento el Señor Juan Alberto Suate en condición de esposo.





# Municipalidad de La Iguala Lempira

HONDURAS C.A

Tel. 9707-7335



COMPROBANTE DE CAJA N° 000282

Por Lps: 1,000

Nombre Maria Nely Molina Sarmiento

Recibi de caja chica Municipal, la cantidad de Lps.:

un mil lempiras exactos

de: Ayuda economica para llevar a Su hijo Jose por concepto  
Junior Hernandez Molina a un hemograma y  
radiografia, ya que se Fracturo un brazo, del barrio Colaca  
La Iguala

Fecha: 25/05/2023

Firma: Maria Nely Molina Sarmiento

id.No. 1309-1985-00585

voBo.ALCALDE MUNICIPAL

# SOLICITUD

Colaca la Iguala, Lempira 24/05/2023

Señor alcalde:

Abog. Francis Adalid Paz Mateo

Su Oficina.

De la manera más atenta me dirijo a usted deseándole éxitos en tan importantes y dedicadas funciones esperando que nuestro padre Dios derrame abundantes bendiciones

El motivo de la presente es para solicitarle que por su digno medio me pueda ayudar con una ayuda económica ya que la necesito para poder hemograma y radiografía completa a mi hijo José Junior Hernández Molina ya que esta fracturo del brazo izquierdo , considerando que no cuento con los recursos económicos suficientes para poder cubrir dichos gastos, Esperando tener una respuesta positiva de su parte, Muy agradecida.



**Maria Nely Molina Sarmiento**

**1309-1985-00585**

**Solicitante**





República de Honduras  
Servicio de Administración de Rentas  
Registro Tributario Nacional

Fecha de Emisión: 02/08/2022

RTN: 13011983002954

BAUDILIO HERNANDEZ MIRANDA

Nombre o Razón Social

Inscripciones

|                  |                          |                                         |                          |
|------------------|--------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|
| Ventas-Selectivo | <input type="checkbox"/> | Productores Importadores de Cigarrillos | <input type="checkbox"/> |
| Importador       | <input type="checkbox"/> | Productores Alcoholes Licores           | <input type="checkbox"/> |
| Exportador       | <input type="checkbox"/> | Distribuidor Alcoholes Licores          | <input type="checkbox"/> |
| Imprentas        | <input type="checkbox"/> | Importador Alcoholes Licores            | <input type="checkbox"/> |
| Prestamista      | <input type="checkbox"/> |                                         |                          |

Base Legal: Art. 1 del Decreto N° 102 de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 255 de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 8 Decreto de Ley N° 14 de 1973 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 de 1973, Art. 30, 39 y 56 Decreto N° 17-2010, Art. 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 numeral 2), 58 numeral 1), 60 numeral 1), 66, 68 numeral 3 y 4, 164 del Código Tributario.

  
Director Ejecutivo



**SAR**

Señor Obligado Tributario recuerde su obligación de comunicar al SAR cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme al artículo 63 numeral 10 y 11 del Código Tributario.

"Tributar es ProgreSAR"

Número de Documento SAR-412- 3794179

Transacción: 65F438

ALCALDIA MUNICIPAL LA IGUALA  
LEMPIRA HONDURAS C.A  
CONSTANCIA DE SOLVENCIA MUNICIPAL



|                                  |                 |                     |                 |
|----------------------------------|-----------------|---------------------|-----------------|
| Nombre o Denominación Social     |                 |                     |                 |
| María Nely Molina                |                 |                     |                 |
| Numero de Identidad              | 1309-1985-00585 | Numero de Solvencia | 1309-1985-00585 |
| Año                              | 20 23           | Emitida             | 30/01/2023      |
| Fecha de Vencimiento             |                 |                     |                 |
| el 31 de diciembre del año 20 23 |                 |                     |                 |

Como buen ciudadano paga puntualmente tus impuestos y estos serán devueltos en obras para un mejor desarrollo de nuestro bello municipio

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>MUNICIPALIDAD DE LA IGUALA, LEMPIRA</b><br>CONSTANCIA DE PAGO DE IMPUESTOS MUNICIPALES. TEL. 2808-0035 |
| Ha pagado sus Impuestos Municipales correspondientes al año 202 <u>3</u> . por lo que se extiende esta Constancia de Pago. Para que pueda efectuar Cualquiera de los actos Enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. 15 del 2 de Septiembre de 1965. Sin perjuicio del impuesto adicional que Pueda resultar del Examen de sus declaraciones. |                                                                                                           |
| Sello y Firma del Alcalde Municipal                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                           |



# INSCRIPCION DE NACIMIENTO

AÑO 2010 TOMO 149 FOLIO 081 ACTA NO.

00080

INSCRITO: José Junior

Hernández

Nombre

Molina

Segundo Apellido

Primer Apellido

Día Mes Año

08 12 20 09

Fecha de nacimiento

F M

Sexo

TIPO DE SANGRE

A B

TIPO-CODIGO

RH

P N

PADRE Baudilio Hernández Miranda

Nombre y Apellidos

Hondureño

Nacionalidad

MADRE Maria Nely Molina Sarmiento

Nombre y Apellidos

Hondureño

Nacionalidad

La Iguala Lempira 18/02/2010

Lugar y Fecha de Emisión

Firma y Sello del Registrador Civil Municipal

Forma 02-02-02

Este Niño es Hondureño, no lo abandone ni en la miseria, ni en la ignorancia.

Presente esta Boleta cuando lleve a este Niño al Centro de Salud.

Manda a su Hijo a la Escuela para que sea un Hondureño digno y lleve con orgullo el Nombre de sus Padres presente esta Boleta Al Matricularlo.

"Los Padres están obligados a Alimentar, Asistir y Educar a sus Hijos durante su minoría de edad, y en los demás casos que legalmente proceda".

ARTICULO 121, PÁRRAFO 1 DE LA CONSTITUCION DE LA REPUBLICA

REPUBLICA DE HONDURAS  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS



CONSTANCIA DE INSCRIPCION

Fecha Nac. 08/12/2009

REGISTRO DE NACIMIENTOS

1309201000080

NUMERO DE IDENTIDAD

OFICINA MUNICIPAL DEL R.N.P. DE

La Iguala Lempira

MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO



RED DESCENTRALIZADA DE SALUD  
LA UNIÓN - SAN RAFAEL - LA IGUALA  
redlaunionsanrafaelylaiguala@gmail.com



HOJA DE REFERENCIA

|                              |                  |           |                                                                  |      |                      |
|------------------------------|------------------|-----------|------------------------------------------------------------------|------|----------------------|
| PRIMER APELLIDO              | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES   | SEXO                                                             | EDAD | No. Historia Clínica |
| Jose                         | Junior           | Hernandez | <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | 13   | 39                   |
| Persona Responsable:         |                  |           | DIRECCIÓN                                                        |      |                      |
| Establecimiento que Refiere: |                  |           | Reg. Sanitaria                                                   |      |                      |
| UAPS La Iguala               |                  |           | Colonia, Iguala<br>#13                                           |      |                      |

Motivo para el Envío:

Resumen de datos Clínicos más comunes:

Dx con cardi sobre su mismo  
phoro produciendo notable  
deformidad en antebrazo  
derecho. Dolorosa.

Exámenes Realizados:

ninguno

Tratamiento Aplicado:

Diagnostico de Remisión:

Probable Fractura de  
hueso antiguo,  
no tratado

Evaluación del Riesgo:

Con Riesgo

Sin Riesgo

Recomendaciones:

Rx AP y lateral de  
antebrazo derecho

Referido a:

Hospital Nacional

Hospital Area

Hospital Regional.

CESAR

Hospital Deptal.

CESAMO

COMUNIDAD

Amerita Atención en:

Consulta Externa

Hospitalización

Emergencia

FECHA DE REMISIÓN

Día Mes Año

25/8/23

REFERIDO POR:

Médico

Promotor

A/Enfermería

Personal Comunitario

Firma de la Persona que Remite

15077916750  
MEDICO MEDICO DE HONDURAS



# Municipalidad de La Iguala Lempira

HONDURAS C.A

Tel. 9707-7335



**COMPROBANTE DE CAJA N° 000283**

Por Lps: 2,000

Nombre Celia Magdalena Vargas Reyes

Recibi de caja chica Municipal, la cantidad de Lps.:

dos mil lempiras exactos

de: Ayuda economica para trasladarse al hospital por concepto  
Juan Manuel Galvez de Gracias Lempira. ya que se le aproxima la Fecha de parto y es madre soltera y de bajos recursos, de la  
Comunidad de carrizales.

Fecha: 25/05/2023

Firma: Celia Vargas Reyes

id.No. 1309-7995-00474

voBo.ALCALDE MUNICIPAL

## SOLICITUD

Carrizales La Igualada, Lempira 09/05/2023

**Señor alcalde**

**Abg. Francis Adalid Paz Mateo**

**Su Oficina.**

De la manera más atenta me dirijo a usted deseándole éxitos en tan importantes y delicadas funciones esperando que nuestro padre Dios derrame abundantes bendiciones.

Por la presente me dirijo ante usted y su corporación para solicitar que por su digno medio me pueda apoyar económicamente para poder trasladarme al hospital Juan Manuel Gálvez ya que se me aproxima la fecha de parto, soy una madre soltera con 4 hijos, mi esposo tomo la decisión de quitarse la vida y a raíz de ello no cuento con recursos económicos para poder atenderme en estos momentos.

Esperando tener una respuesta positiva de su parte. Muy agradecida.

Celia Magdalena Vargas Reyes

**Celia Magdalena Vargas Reyes**

**1309 1995 00474**

**Solicitante**

|                                                                                                                  |                      |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                | <b>RNP</b>           |  |
|                                                                                                                  |                      | 340000003445689                                                                     |
|                                                                                                                  | DOMICILIO / ADDRESS  |  |
|                                                                                                                  | LA IGUALA<br>LEMPIRA |                                                                                     |
| <br>COMISIONADOS PROPIETARIOS |                      |                                                                                     |

|                                        |                        |                                                                      |                |                                                                                     |
|----------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PONDERAS</b>                        |                        | <b>Nombre o Denominación Social</b><br><i>Celia Magdalena Vargas</i> |                |  |
| <b>Numero de Identidad</b>             | <i>1309-1495-00474</i> | <b>Numero de Solvencia</b>                                           | <i>035027</i>  |                                                                                     |
| <b>Año</b>                             | <i>2023</i>            | <b>Emitida</b>                                                       | <i>06/2023</i> |                                                                                     |
| <b>Fecha de Vencimiento</b>            |                        |                                                                      |                |                                                                                     |
| <i>el 31 de diciembre del año 2023</i> |                        |                                                                      |                |                                                                                     |

Como buen ciudadano paga puntualmente tus impuestos y estos serán devueltos en obras para un mejor desarrollo de nuestro bello municipio

**MUNICIPALIDAD DE LA IGUALA, LEMPIRA**  
CONSTANCIA DE PAGO DE IMPUESTOS MUNICIPALES. TEL. 2808-9095

Ha pagado sus Impuestos Municipales correspondientes al año 202 3 por lo que se extiende esta Constancia de Pago Para que pueda efectuar Cualquiera de los actos Enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. 15 del 2 de Septiembre de 1965. Sin perjuicio del Impuesto adicional que Pueda resultar del Examen de sus declaraciones.

Sello y Firma del Alcalde Municipal

**MUNICIPALIDAD DE LA IGUALA, LEMPIRA**  
AL CALDERON  
1967-2023

## HOJA DE REFERENCIA

|                                                       |                  |         |                                                                          |                   |                                      |
|-------------------------------------------------------|------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br><b>Celia Magdalena Vargas</b>      | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES | SEXO<br>M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> | EDAD<br><b>27</b> | No. Historia Clínica<br><b>85. B</b> |
| Persona Responsable:                                  |                  |         | DIRECCIÓN<br><b>Wixixil, Iguala</b>                                      |                   |                                      |
| Establecimiento que Refiere:<br><b>UAPS La Iguala</b> |                  |         | DIRECCIÓN<br>Reg. Sanitaria<br><b>#13</b>                                |                   |                                      |

Motivo para el Envío: **Atenuación de parto 6:5 P. 4 A=0 L:0 tr:4**

Resumen de datos Clínicos más comunes:  
**Paciente con Emb. 38.1 56 x 4 cm con paridad satisfecha en buen estado general, negando tres abortos. No ITU, ni SLA. al Embarazo PA=100/60 FC=78x1 7=36 F2=18x1 Obd=utero gravido AFU: 35 cm MEFU: 132x1 Letalino + cordado. 60=NO ITU, ni SLA. EPT= sinotomas**

Exámenes Realizados:

|                   |                |
|-------------------|----------------|
| <b>Hb=10 g/dl</b> | <b>VH(-)</b>   |
| <b>EOD=normal</b> | <b>RPR(NR)</b> |
| <b>glucosa=90</b> |                |

Tratamiento Aplicado: **PN, SF AF**

|                                                          |                                                |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Diagnostico de Remisión:                                 | Evaluación del Riesgo:                         |
| <b>1) Emb 38.1 56 x 4 cm</b>                             |                                                |
| <b>2) Ob.I</b>                                           | <input checked="" type="checkbox"/> Con Riesgo |
| <b>3) paridad satisfecha</b>                             | <input type="checkbox"/> Sin Riesgo            |
| <b>4) riesgo de macrosomia fetal. vis polihidramnios</b> |                                                |

Recomendaciones: **Atenuación de parto**

|                                                      |                                        |                                                |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|
| Referido a:                                          | Hospital Regional.                     | Amerita Atención en:                           |
| <input type="checkbox"/> Hospital Nacional           | <input type="checkbox"/> Hospital Area | <input type="checkbox"/> Consulta Externa      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hospital Deptal. | <input type="checkbox"/> CESAR         | <input type="checkbox"/> Hospitalización       |
| <input type="checkbox"/> CESAMO                      | <input type="checkbox"/> COMUNIDAD     | <input checked="" type="checkbox"/> Emergencia |

|                   |                                               |                                                                                       |
|-------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA DE REMISIÓN | REFERIDO POR:                                 | Firma de la Persona que Remite:                                                       |
| Día<br><b>9</b>   | <input checked="" type="checkbox"/> Médico    |  |
| Mes<br><b>5</b>   | <input type="checkbox"/> Promotor             |                                                                                       |
| Año<br><b>23</b>  | <input type="checkbox"/> A/Enfermería         |                                                                                       |
|                   | <input type="checkbox"/> Personal Comunitario |                                                                                       |



# Municipalidad de La Iguala Lempira

HONDURAS C.A

Tel. 9707-7335



COMPROBANTE DE CAJA N° 000284

Por Lps: 150.00

Nombre Jose Tomas Perez Alvarado

Recibi de caja chica Municipal, la cantidad de Lps.:

Ciento cincuenta exactos

por

concepto

de: Reparacion de una llanta, de una motocicleta

Yamaha A6 color cafe (cambio de Neumatico) en gira

del jefe de catastro Benigno Zanchez a medir un terreno en

La comunidad del Derrumbado

Fecha: 25/05/2023

Firma:

Tomas Perez

id.No.

1309-1992-00047

voBo.ALCALDE MUNICIPAL



# Municipalidad de La Iguala Lempira

HONDURAS C.A

Tel. 9707-7335



**COMPROBANTE DE CAJA N° 000285**

Por Lps: 1,500.00

Nombre Eduin Alex Cruz Rodriguez

Recibi de caja chica Municipal, la cantidad de Lps.:

Un mil quinientos exactos

de: Ayuda economica para cubrir gastos de transporte y por concepto  
alimentación para asistir a una cita que tiene en Teletón  
el 26 de Junio, por lesion medular. Residente en La Iguala, centro.

Fecha: 29/05/2023

Firma: ALEXCRUZ

id.No. 7309-1998-00247

voBo.ALCALDE MUNICIPAL

## SOLICITUD

Barrio el centro la Iguala, Lempira 29/05/2023

Señor alcalde:

Abog. Francis Adalid Paz Mateo

Su Oficina.

De la manera más atenta me dirijo a usted deseándole éxitos en tan importantes y dedicadas funciones esperando que nuestro padre Dios derrame abundantes bendiciones

El motivo de la presente es para solicitarle que por su digno medio me pueda ayudar con una ayuda económica para poder cubrir gastos de transporte y alimentación para poder asistir a la teletón y que estoy en rehabilitación ya que tengo una lesión modular desde hace 15 años y tengo que viajar hasta la ciudad de Santa Rosa de Copan, considerando que no cuento con los recursos económicos suficientes para poder cubrir dichos gastos, Esperando tener una respuesta positiva de su parte, Muy agradecido.

ALEXCRUZ



---

**Eduin Alex Cruz Rodríguez**

**1309-1998-00241**

**Solicitante**





RED DESCENTRALIZADA DE SALUD  
LA UNIÓN - SAN RAFAEL - LA IGUALA  
redlaunionsanrafaelylaiguala@gmail.com



HOJA DE REFERENCIA

|                                                |                               |         |                                                                          |            |                            |
|------------------------------------------------|-------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>Edwin                       | SEGUNDO APELLIDO<br>Alex Cruz | NOMBRES | SEXO<br>M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> | EDAD<br>25 | No. Historia Clínica<br>95 |
| Persona Responsable:<br>Amado Cruz             |                               |         | DIRECCIÓN<br>Iguala, Centro                                              |            |                            |
| Establecimiento que Refiere:<br>UAPS La Iguala |                               |         | DIRECCIÓN<br>Reg. Sanitaria<br>113                                       |            |                            |

Motivo para el Envío: Evaluación para rehabilitación

Resumen de datos Clínicos más comunes:  
Se envía a pie con APP de Hernia inguinal derecha, que fue operado hace 15 años que produjo recidiva en la noche ya que antes anteriormente no era así.  
por lo que se envía para su evaluación y manejo

Exámenes Realizados: Ninguno

Tratamiento Aplicado: Ninguno

|                                                                                      |                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Diagnostico de Remisión: ① Señales de proclivimiento de por hernia inguinal derecha. | Evaluación del Riesgo:<br>____ Con Riesgo<br><u>  X  </u> Sin Riesgo |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

Recomendaciones: Rehabilitación

|                        |                    |                       |
|------------------------|--------------------|-----------------------|
| Referido a: Teletón    | Hospital Regional. | Amerita Atención en:  |
| ____ Hospital Nacional | ____ Hospital Area | ____ Consulta Externa |
| ____ Hospital Deptal.  | ____ CESAMO        | ____ Hospitalización  |
|                        | ____ COMUNIDAD     | ____ Emergencia       |

|                                           |                                                   |                                            |                                     |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|
| FECHA DE REMISIÓN<br>Día Mes Año<br>25 23 | REFERIDO POR:<br>____ Médico<br>____ A/Enfermería | ____ Promotor<br>____ Personal Comunitario | Firma de la Persona que Remite:<br> |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|



1 Acompañante

## FUNDACIÓN TELETÓN HONDURAS CITAS Y HOJAS INFORMATIVAS

|                     |                           |             |            |
|---------------------|---------------------------|-------------|------------|
| Nombres y Apellidos | Eduin Alex Cruz Rodriguez |             |            |
| No. Identidad       | 1309-1998-00241           | Fecha       | 23/05/2023 |
| No. Expediente      | 98,676                    | No. Celular | 9561-7589  |

### ¡NO PIERDA SUS CITAS!

La Fundación Teletón hace todo lo posible por agrupar su citas de manera que Ud. tenga el mejor esquema de tratamiento en forma oportuna y de acuerdo a su condición de salud. Las ausencias afectan la continuidad del tratamiento, trastornan nuestras jornadas de trabajo y limita a otras personas la posibilidad de obtener una cita. **Las citas perdidas no son reagendadas.**

¡Acuda puntualmente a todas sus citas médicas y terapéuticas!



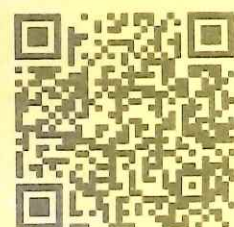
### ¡AYÚDENOS A AYUDARLE!

Si usted sigue las instrucciones de su médico y terapeuta, su recuperación será más rápida. Las personas atendidas suelen pensar que vienen a Teletón a que "les hagan la terapia", usted viene a aprender sobre el manejo de su condición. El terapeuta será su instructor durante la terapia, pero también le indicará que técnicas y ejercicios deberá continuar en casa



Para la gestión de citas nuevas contáctanos a nuestro WhatsApp  **9442-3554**

Para consultas llámanos a nuestro **PBX: 2247-3460**



DESCARGA NUESTRA  
APP MÓVIL