

## SOLICITUD

Fecha: 30-08-2021

Señor Alcalde: Roger Gabriel Leiva Gonzales

Lugar: Nueva victoria Atima

Me dirijo a usted para solicitarle:

Para compra de medicamento.

---

---

Lugar de Precedencia de Solicitante: Nueva victoria Atima.

Cel.: \_\_\_\_\_

Relda pinora Aguilera  
Solicitante



RECIBO DE CAJA CHICA

04

RECIBO POR L. 500.00

RECIBI DEL FONDO DE CAJA CHICA DE LA MUNICIPALIDAD DE ATIMA SANTA BARBARA, LA CANTIDAD DE. L. 500.00

Quinientos lempiras exactos  
PARA: Compra de Medicamentos

ATIMA, SANTA BARBARA 30 DE 08 DEL 2021

Elda Dinora

NOMBRES

Aguilar Trochez

APELLIDOS

IDENTIDAD 603-1984-00447

FIRMA

Encargado de caja chica

Elda Dinora Aguilar

FIRMA

Beneficiario de la ayuda

AUTORIZADO POR: \_\_\_\_\_

"Atima Se Levanta"







**CENTRO ORTOPÉDICO DE OCCIDENTE**

**Dr. Angel María Rodríguez M.**  
Ortopeda y Traumatólogo

Tel. 2643-2434 / Cel: 3191-5962

\* Proloterapia // \* Factores de crecimiento

Santa Barbara, S. B. Honduras // rodriguezangel74@hotmail.com

PACIENTE: Elia Jimena Aguilar

EDAD: 37

SEXO: F

DIA	MES	AÑO
19	7	21

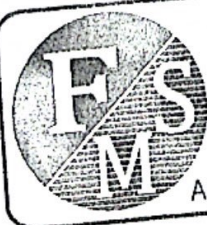
Rx 2 - Dioxaflex  
 115. 1 amp.  
 un 1 dia 1#3

3 - Gesimax Gel  
 1 tubo

*[Handwritten signature]*

FIRMA Y SELLO

NOTA: No cambie el Medicamento prescrito por el Doctor



**FARMACIA SAN MARTIN**

CON DESCUENTOS LEGITIMO HASTA UN 35%

TELÉFONOS: 2643-2128, 2643-3070

HORARIO: DE 8:00 A. M. A 8:00 P. M.

AL PAR DE RADIO LA VOZ DEL JUNCO, SANTA BARBARA, S. B.

**SOLICITUD**

Fecha: 16.08.2021

Señor Alcalde: Roger Gabriel Leiva Gonzales

Lugar: Laureles I

Me dirijo a usted para solicitarle:

Solicitarle transporte hacia  
Morazan y oro. ya que necesito ir  
hacer unos tramites.

Lugar de Precedencia de Solicitante: Laureles I

Cel.: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
**Solicitante**



RECIBO DE CAJA CHICA

01

RECIBO POR L. 500.00

RECIBI DEL FONDO DE CAJA CHICA DE LA MUNICIPALIDAD DE ATIMA SANTA BARBARA, LA CANTIDAD DE. L. 500-00  
Quinientos exactos,

PARA: transporte.

ATIMA, SANTA BARBARA 16 DE 08 DEL 2021

Dinora Esperanza

NOMBRES


Navarro

APELLIDOS

IDENTIDAD 1806-1971-00651

  
FIRMA

Encargado de caja chica

  
FIRMA

Beneficiario de la ayuda

AUTORIZADO POR: \_\_\_\_\_

"Atima Se Levanta"





**SOLICITUD**

Fecha: 23-Agosto 2021

Señor Alcalde: Roger Gabriel Leiva Gonzales

Lugar: Atima Santa Barbara

Me dirijo a usted para solicitarle:

Transporte para ir al hospital  
del Catarino

Lugar de Precedencia de Solicitante: Atima Santa Barbara

Cel.: \_\_\_\_\_

Jamanda &

Solicitante





02

RECIBO DE CAJA CHICA

RECIBO POR L. 400.00

RECIBI DEL FONDO DE CAJA CHICA DE LA MUNICIPALIDAD DE ATIMA SANTA BARBARA, LA CANTIDAD DE. L. 400.00  
Cuatrocientos lempiras exactos.

PARA: Transporte.

ATIMA, SANTA BARBARA 23 DE 08 DEL 2021

Amanda Consuelo.

NOMBRES

Quintanilla.

APELLIDOS

IDENTIDAD 1603-1977-00379

  
FIRMA

Encargado de caja chica

amanda

FIRMA

Beneficiario de la ayuda

AUTORIZADO POR: \_\_\_\_\_

"Atima Se Levanta"

APPELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRE	SEXO	EDAD	No. HISTORIAL CLINICO
Sarmiento	Quintenilla	Riccy Yaneth	<input checked="" type="checkbox"/> Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer	5	16032015 00383

Persona Responsable: Amanda Consuelo Quintenilla  
 Dirección: Ba. arriba, Atina, SB

Establecimiento que Refiere	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO	REFERIDO A:
HSBS	DIA 16 MES 8 AÑO 21	DIA 16 MES 8 AÑO 21	H.M.C.R.

Motivo para el motivo: evaluación especializada

Resumen de datos Clínicos: madre consulta el día de hoy refiriendo que hace aprox. 9 meses ha notado que la niña ha ido disminuyendo su agudeza visual, refiere que nota que si le da algo la niña no lo agarra, o que impacta contra los objetos de la casa. La niña refiere que mira como

Resultados de Exámenes Complementarios "sombreros": Ning.

Tratamiento aplicado: Ninguno

Diagnostico de Remisión: Anopsia en estudio.

Evaluación Riesgo:  
 Con Riesgo  
 Sin Riesgo

RECOMENDACIONES:

REFERIDO A:	AMERITA ATENCION EN:
<input checked="" type="radio"/> Hosp. Nacional <input type="radio"/> Hosp. Regional <input type="radio"/> Hosp. Area <input type="radio"/> CESAMO <input type="radio"/> CESAR <input type="radio"/> COMUNIDAD	<input checked="" type="radio"/> Consulta Externa <input type="radio"/> Hospitalización <input type="radio"/> Emergencia
FECHA DE REMISION:	REFERIDO POR:
DIA 16 MES 8 AÑO 21	<input checked="" type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Aux. Enfermería <input type="radio"/> Enfermera
Firma de la persona Remitente	







**SOLICITUD**

Fecha: 25-08-2021

Señor Alcalde: Roger Gabriel Leiva Gonzales

Lugar: Atima SB

Me dirijo a usted para solicitarle:

Transporte

Lugar de Precedencia de Solicitante: Atima SB

Cel.: \_\_\_\_\_

x.   
Solicitante



Municipalidad de Atima, Santa Bárbara, Honduras C.A  
Barrio El centro, Frente al Parque Central  
Teléfono: (504) 2664-5780/5788 email: gmunicipalatimasb18@gmail.com

RECIBO DE CAJA CHICA

03

RECIBO POR L. 200.00

RECIBI DEL FONDO DE CAJA CHICA DE LA MUNICIPALIDAD DE  
ATIMA SANTA BARBARA, LA CANTIDAD DE. L. 200.00

Docientos tempiras exactos.

PARA: Transporte.

ATIMA, SANTA BARBARA 25 DE 08 DEL 2021

Jose Arlin

NOMBRES

Vega Perdomo.

APELLIDOS

IDENTIDAD 1603-1983-00399

[Signature]  
FIRMA

Encargado de caja chica

[Signature]

FIRMA

Beneficiario de la ayuda

AUTORIZADO POR: \_\_\_\_\_

"Atima Se Levanta"



REFERENCIA   
RESPUESTA

SECRETARIA DE SALUD  
REFERENCIA Y RESPUESTA  
RED DE SERVICIOS DE SALUD DESCENTRALIZADOS, ATIMA SB

Cell: 9675-0676

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre (s)
Vega	Caballero	Erlin Moises
Nº de expediente: 20	Nº de Identidad: 7003-2020-00252	Edad: 70 Mx. Sexo: H
Dirección y Teléfono (Móvil / Fijo): Cal. Alcantara Atima S.B. Cel: 9542-0711		
Correo Electrónico:	Persona Responsable, parentesco y Número de Teléfono: Celia Caballero (Madre)	
Motivo del envío:	Diagnostico: <input checked="" type="checkbox"/>	Tratamiento: <input checked="" type="checkbox"/> Seguimiento: <input type="checkbox"/> Rehabilitación: <input type="checkbox"/>
Resumen de datos clínicos: Paciente pediátrico es traído por sus padres a Sala de Emergencia quien refiere que desde hace 5 días su hijo al estado con tos y gurgie, con episodios de fiebre. Es evaluado pte con Hidrocefalia, fiebre de 39.9 y ruidos en ambos pulmones, crepitos y sibilancias.		
Signos Vitales	PIA: FR: 32x FC: 150* Pulso: T: 38.9	Peso: 13.9 Recién Nacido: FCF: Talla: APGAR:
HGO: Fecha Ultimo Parto:	FUM: FPP:	AU: G: P: C: A:
HV: HM: O: NV: NM:	Resultado de exámenes complementarios: Ninguno.	
Tratamiento aplicado: - Hidrocortizona 100mg IM q/6 hrs. # 2. - Prednisona 5mg D.U - Nebulizaciones humero de ipatr. 0.3 + 3 SS No. 97. # 3 q/6 hrs # 6.		
Diagnóstico de remisión: - (1) Bronquitis. - (2) Hidrocefalia.		
Recomendaciones: - Evaluación por pediatría.		
Condición de salida: Igual.		
REFERIDO O RESPONDE A:	AMERITA ATENCIÓN EN:	
<input type="checkbox"/> UAPS <input type="checkbox"/> CIS <input type="checkbox"/> Policlínico <input checked="" type="checkbox"/> Segundo Nivel, especifique	<input type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Emergencia <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Otros, especifique:	
Nombre del Establecimiento al que se Refiere o Responde: HSBI	Nombre del Servicio al que se Refiere o Responde:	
Se contactó al Establecimiento al que se remitirá o responderá: <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No, Especifique:	Nombre y Cargo de la persona contactada:	
Fecha de la remisión:	REFERENCIA O RESPUESTA POR:	NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE PERSONA REMITENTE
DIA: 23 MES: 08 AÑO: 2021	<input type="checkbox"/> Medico General <input type="checkbox"/> Medico Especialista <input checked="" type="checkbox"/> Enf. Profesional <input type="checkbox"/> Aux. Enfermería <input type="checkbox"/> Otro Especificar:	Meliza Portillo
Datos de recepción de la referencia	Nombre, sello y firma de quien recibió la referencia:	
Fecha y Hora de Recepción	Hora:	Dia: Mes: Año:



