



LUGAR: ESTACION 14
FECHA: 2 DE FEBRERO 2024

ASUNTO: **SOLICITUD**

C. MARIA GUADALUPE CARRILLO RODRIGUEZ
PRESIDENTA MUNICIPAL DE CATORCE S.L.P.
PRESENTE:

Me es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y manifestarle; que por medio de este conducto me dirijo a usted como presidenta del municipio para solicitarle **SU APOYO** para:

un APOYO DE UNOS ESTUDIOS PARA MI HIJO

JABIER ADRIAN ESPITIA BARRIOS

Sin más por el momento, quedo de usted esperando respuesta favorable a mi solicitud.

Atentamente

Firma: _____

Nombre: JOSE FLOREBERTO ESPITIA GUERRERO

Dirección: ~~ESTACION CATORCE~~ AV FERROCARRIL numero 14

Teléfono: 444 584 2288

Localidad: ESTACION CATORCE



LUGAR: Estacion 14
FECHA: 2 DE FEBRERO 2024

ASUNTO: **AGRADECIMIENTO**

C. MARIA GUADALUPE CARRILLO RODRIGUEZ
PRESIDENTA MUNICIPAL DE CATORCE S.L.P.
PRESENTE:

Por este conducto me dirijo a usted para hacerle un sincero **AGRADECIMIENTO** por el apoyo brindado por:

LA CANTIDAD de DOS MIL PESOS

Muy Agradecido por el APOYO

gracias

Reiterándole mi agradecimiento y sin otro particular por el momento, quedo de usted.

Atentamente

Firma: _____

Nombre: JOSE FLORENTINO ESPITIA GUERRERO

Dirección: AVENIDA FERROCARRIL NUMERO 14

Teléfono: 444 584 72 88

Localidad: ESTACION CATORCE



POTOSÍ
PARA LOS POTOSINOS
GOBIERNO DEL ESTADO 20742227

SALUD
SERVICIOS DE SALUD

SECRETARIA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI
HOSPITAL GENERAL DE MATEHUALA



SOLICITUD DE ESTUDIOS DE GABINETE

Fecha de Solicitud: 15-11-23 Orden No. _____
 Hora: 3:00
 Nombre del paciente: Javier Advian
 Fecha de nacimiento del paciente: 30/Nov/2009
 Servicio: Pediatría No. De Exp. _____
 Externo _____ Cama No. _____ Edad 13 Sexo Masc
 Diagnóstico de Presunción o Datos Clínicos: epilepsia

FAVOR DE PRACTICAR LOS SIGUIENTES ESTUDIOS:

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Cráneo | <input type="checkbox"/> | Esofagograma |
| <input type="checkbox"/> | Senos Paranasales | <input type="checkbox"/> | Simple de Vientre Ap.
(decubito de Pie) |
| <input type="checkbox"/> | Mastoides | <input type="checkbox"/> | Serie Gastroduodenal |
| <input type="checkbox"/> | Peñasco | <input type="checkbox"/> | Transito Intestinal |
| <input type="checkbox"/> | Art. Temporo Maxilar | <input type="checkbox"/> | Colon (por enema u oral) |
| <input type="checkbox"/> | Maxilar Int. | <input type="checkbox"/> | Colecistografía (Iv. U oral) |
| <input type="checkbox"/> | Orbitas | <input type="checkbox"/> | Urografía Excretora |
| <input type="checkbox"/> | Dacriocistografía | <input type="checkbox"/> | Cistograma |
| <input type="checkbox"/> | Huesos Propios de la Nariz | <input type="checkbox"/> | Cistograma Miccional |
| <input type="checkbox"/> | Columna Cervical | <input type="checkbox"/> | Uretograma |
| <input type="checkbox"/> | Columna Dorsal | <input type="checkbox"/> | Histerosalpingografía |
| <input type="checkbox"/> | Columna Lumbar | <input type="checkbox"/> | Cefalopelvimetría |
| <input type="checkbox"/> | Columna Sacrococcigea | <input type="checkbox"/> | Pelvis |
| <input type="checkbox"/> | Tórax Oseo Ap. (Costillas) | <input type="checkbox"/> | Coxofemorares |
| <input type="checkbox"/> | Hombro | <input type="checkbox"/> | Miembros Sup. Ap. Lt. |
| <input type="checkbox"/> | Clavicula | <input type="checkbox"/> | Miembros Inf. Ap. Lt. |
| <input type="checkbox"/> | Esternón | <input type="checkbox"/> | Mamografía |
| <input type="checkbox"/> | Tele Tórax (Campos Pulmonares) | <input type="checkbox"/> | Ultrasonido: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Area Cardíaca (serie) | | |

TAC Resonancia de cerebro simple
 Se hace transferencia a: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

[Handwritten Signature]

AUTORIZO: DEPTO. ADMINISTRATIVO

IMPORTE

Dimensiones de la (s) Placa (s) _____

 No. De Comprobante de Pago: _____

Observaciones: _____

MEXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
ESPITIA
GUERRERO
JOSE FLORIBERTO

SEXO H

DOMICILIO
AV FERROCARRIL 14
LOC ESTACION CATORCE 78540
CATORCE, S.L.P.

CLAVE DE ELECTOR ESGRFL86031924H600

CURP EIGF860319HSPSRL02

FECHA DE NACIMIENTO 19/03/1986

AÑO DE REGISTRO 2006 02

SECCIÓN 0106

VIGENCIA 2022-2032

Jose Floriberto Guerrero

INE

QR CODES

EDMUNDO JACOBINO MOLINA
SECRETARIO EJECUTIVO DEL
INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

IDMEX2337802542<<0106075976273
8603197H3212312MEX<02<<02331<0
ESPITIA<GUERRERO<<JOSE<FLORIBE

