



U.S. Immigration  
and Customs  
Enforcement

Department of Homeland Security  
Laredo Detention Center

5615

**Immigration Special Correspondence**  
**Correspondencia Especial de Inmigración**

Detainee Name/Nombre de Extranjero: Cruz Lopez Melvin

A-Number/Numero de Extranjero: 0984 35 051

Country/Pais: El Salvador

Question/Pregunta: buenos Dias señor oficial  
A. Brito.. quiero haserle saber  
tergo problemas serbicales por una  
caida de el dia 14 de febrero de este  
año aqui en esta detención Laredo  
pero me llebaron ha taylor -- y luego

Melvin Cruz Lopez  
Detainee Signature/Firma de el Detenido

12/4/18  
Date/Fecha

6  
Dorm/Dormitorio

Response/Respuesta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Officer's Signature/Firma de el Oficial

\_\_\_\_\_  
Date /Fecha

\_\_\_\_\_  
Date Received

El día 16 de noviembre me Regresaron --  
de esa Fecha yo estoy pidiendo alluda  
me hicieron exámenes en taxlor y se dieron  
Cuenta que tengo 2. lesiones en mi Cuevo  
El medico ordeno terapias y parches  
para el dolor, y reposo y que con el tiempo  
me curaria y yo sigo esperando  
que me alluden es lo justo pues fue  
una negligencia medica yo tube un  
Taki Cardia que perdi el Conosimiento por  
mas de 30 minutos por sobre dosis de  
medicina --

Fui al medico el dia 2 de diciembre y  
les pedi alluda y la enfermera dijo que  
aqui no dan ese tipo de alluda medico

Con mucho respeto. oficial  
yo ~~to~~ tengo problemas de he gollibrio  
y para dormir mi Cuevo froena mucho y  
duele; se que my pro seso Falta muchos:  
por su atencion gracias

DEPARTMENT OF HOMELAND SECURITY

Department: Deportation  
Housing Unit: 6

Immigration and Customs Enforcement

Log Number  
5615

**Detainee Request Form**

Facility Name  
LPC

Detainee "A" Number: **A** 098-435-051

CRUZ-LOPEZ, MELVIN  
Detainee Last Name: First Name:

El Salvador  
Your Question Nationality:

16. Please, see original correspondence. Is claiming medical problems.

Date Recieved: 12/5/2018 Entered By: J. Rodriguez

**ICE Response**

Hablaré con el departamento médico.

Reply Date: 12/7/2018

ICE officer: LC

6/26

5408769  
12019

**Solicitud de consulta médica**

**Parte A: (Debe completarla el recluso que sea el paciente)**

Nombre (en letra de molde): Cruz Lopez Melvin Fecha: 12/10/18

Número: 098435051 Fecha de nacimiento: 6/18/72

Trabajo asignado: \_\_\_\_\_

Horario de trabajo: \_\_\_\_\_ Vivienda asignada: #6

Motivo de la solicitud de una cita para Servicios Médicos (SEA ESPECÍFICO): \_\_\_\_\_

Quiero ver al medico Mis problemas  
serbicales son cada dia mas fuertes

¿Cuánto tiempo ha tenido este problema? \_\_\_\_\_

Firma del recluso paciente: \_\_\_\_\_

(el nombre aparece en la parte superior de la página) \_\_\_\_\_

↓ NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA ↓

**Part B: (To be completed by Health Services Staff)**

Date Received \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Health Services Reply: \_\_\_\_\_

referred to MD H. George Lopez

Health Services Signature: [Signature]

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

White Copy: To Medical Records

Yellow Copy: To Patient Inmate/Resident



5408769

# Sick Call Request

## Part A: (To be completed by patient inmate/resident)

Name (Print): 098435051 Date: 1/10/19

Number: Cruz Lopez Melvin Date of Birth: 6/18/72


Work Assignment: \_\_\_\_\_

Work Hours: \_\_\_\_\_ Housing Assignment: \_\_\_\_\_

Reason for requesting Health Services Appointment (BE SPECIFIC): Estoy por

Cumplir 2 meses es parato que un medico  
Es especialista Me allude con mis terapias

How long have you had this problem? des pias de el golpe en mi

Patient Inmate/Resident Signature: Cabeza ase 10 meses 

(name already listed at top of page) \_\_\_\_\_

↓ DO NOT WRITE BELOW THIS LINE ↓

## Part B: (To be completed by Health Services Staff)

Date Received \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Health Services Reply: \_\_\_\_\_



① Reassured resident

② Advised resident that we are just waiting  
for approvals to send to specialists; resident  
refused medication for pain

③ RIC as needed

Health Services Signature: Alzow 

Date: \_\_\_\_\_ Time: 10:18am

White Copy: To Medical Records

Yellow Copy: To Patient Inmate/Resident



U.S. Immigration  
and Customs  
Enforcement

Department of Homeland Security  
Laredo Detention Center

6116

Immigration Special Correspondence  
Correspondencia Especial de Inmigración

Detainee Name/Nombre de Extranjero: Melvin Cruz Lopez

A-Number/Numero de Extranjero: 098435051

Country/Pais: El Salvador

Question/Pregunta: Oficial L. Cardenas

Con mucho Respeto quiero decirle estoy por  
cumplir un año es pasando una oportu  
nidad en este país se que estoy en  
un proceso pero como madre estoy muy  
de ses parada mi hija me necesita

Melvin Cruz Lopez  
Detainee Signature/Firma de el Detenido

01/26/19  
Date/Fecha

#6  
Dorm/Dormitorio

Response/Respuesta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Officer's Signature/Firma de el Oficial

\_\_\_\_\_  
Date /Fecha

\_\_\_\_\_  
Date Received

DEPARTMENT OF HOMELAND SECURITY

Immigration and Customs Enforcement

Department: Deportation  
Housing Unit: 6

Log Number 6116

**Detainee Request Form**

Facility Name

LPC

Detainee "A" Number: **A** 098-435-051

CRUZ-LOPEZ

Detainee Last Name:

MELVIN

First Name:

El Salvador

Your Question

Nationality:

16. Please, see original correspondence.

Date Recieved: 1/29/2019 Entered By: Enriquez

**ICE Response**

YO SOY SU OFICIAL DE DEPORTACION. LO SIENTO, PERO NO PUEDO AYUDARLE. USTED TIENE UN ABOGADO. EL ABOGADO DEBE AYUDARLE CON SU CASO.

Reply Date: 1/30/2019

ICE officer: LC

140  
61

# Sick Call Request

5408767

## Part A: (To be completed by patient inmate/resident)

Name (Print): 098435051 Date: 01/27/19

Number: Melvin Cruz Lopez Date of Birth: 6-18-72

Work Assignment: \_\_\_\_\_

Work Hours: \_\_\_\_\_ Housing Assignment: \_\_\_\_\_

Reason for requesting Health Services Appointment (BE SPECIFIC): Me secito las

terapias pronto los dolores son fuertes pues la  
causa es tambien muy dura para mi problema que

How long have you had this problem? hago de un cuello - este  
problema ase mucho ya

Patient Inmate/Resident Signature: \_\_\_\_\_

(name already listed at top of page) \_\_\_\_\_

↓ DO NOT WRITE BELOW THIS LINE ↓

## Part B: (To be completed by Health Services Staff)

Date Received \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Health Services Reply: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

give information to resident stating no  
doctor order for therapy

\_\_\_\_\_

Health Services Signature: [Signature]

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ [Signature]

White Copy: To Medical Records

Yellow Copy: To Patient Inmate/Resident



143  
62

5408769

# Sick Call Request

## Part A: (To be completed by patient inmate/resident)

Name (Print): 098435051 Date: 02/06/19

Number: Cruz Lopez Melvin Date of Birth: 6/18/72

Work Assignment: \_\_\_\_\_

Work Hours: \_\_\_\_\_ Housing Assignment: \_\_\_\_\_

Reason for requesting Health Services Appointment (BE SPECIFIC): en dos veces

al desforudax mesale sangre pero es volitas  
cuajadas nomas de la parte derecha y los ponsasos  
son mas seguidos.

How long have you had this problem? \_\_\_\_\_

Patient Inmate/Resident Signature: \_\_\_\_\_

(name already listed at top of page) \_\_\_\_\_

↓ DO NOT WRITE BELOW THIS LINE ↓

## Part B: (To be completed by Health Services Staff)

Date Received \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Health Services Reply: \_\_\_\_\_

Vitamin A/D ointment apply to affected  
area twice a day as needed.

Health Services Signature: [Signature]

Date: \_\_\_\_\_ Time: 1350

White Copy: To Medical Records

Yellow Copy: To Patient Inmate/Resident



U.S. Immigration  
and Customs  
Enforcement

6294

Department of Homeland Security  
Laredo Detention Center

Immigration Special Correspondence  
Correspondencia Especial de Inmigración

Detainee Name/Nombre de Extranjero: Cruz Lopez Melvin

A-Number/Numero de Extranjero: 098435051

Country/Pais: El Salvador

Question/Pregunta: Oficial, L. Cardenas, Con mucho Respeto le pido de su ayuda para la parte medica estoy es perando mis terapias ya me cuesta mucho para dormir los discos pueden desviarse de tanto tiempo y no tener un protector en mi cuello eso me lo digo, El medico, por su atencion gracias

Cruz Lopez Melvin  
Detainee Signature/Firma de el Detenido

2/11/19  
Date/Fecha

#6  
Dorm/Dormitorio

Response/Respuesta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Officer's Signature/Firma de el Oficial

\_\_\_\_\_  
Date /Fecha

\_\_\_\_\_  
Date Received

148  
07

8408769

# Solicitud de consulta médica

## Parte A: (Debe completarla el recluso que sea el paciente)

Nombre (en letra de molde): Cruz Lopez Melvin Fecha: 2/14/19

Número: 098435051 Fecha de nacimiento: 6/18/72

Trabajo asignado: \_\_\_\_\_

Horario de trabajo: \_\_\_\_\_ Vivienda asignada: \_\_\_\_\_

Motivo de la solicitud de una cita para Servicios Médicos (SEA ESPECÍFICO): Es for  
Es Peronda que me alluden con las terapias  
asi no duermo me des pierfo con mucho

¿Cuánto tiempo ha tenido este problema? dolor - -

Firma del recluso paciente: \_\_\_\_\_

(el nombre aparece en la parte superior de la página) \_\_\_\_\_

↓ NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA ↓

## Part B: (To be completed by Health Services Staff)

Date Received \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Health Services Reply: \_\_\_\_\_

was advised still pending appt  
approval

Health Services Signature: [Signature]

Date: \_\_\_\_\_ Time: 0945 X

White Copy: To Medical Records

Yellow Copy: To Patient Inmate/Resident

DEPARTMENT OF HOMELAND SECURITY

Department: \_\_\_\_\_  
Deportation \_\_\_\_\_  
Housing Unit: \_\_\_\_\_

Immigration and Customs Enforcement

Log Number \_\_\_\_\_  
6294

**Detainee Request Form**

Facility Name

LPC

Detainee "A" Number:

**A** 098-435-051

CRUZ LOPEZ

Detainee Last Name:

MELVIN

First Name:

El Salvador

Your Question

Nationality:

16. Please, see original correspondence.

Date Recieved:

2/14/2019

Entered By:

Mendoza

**ICE Response**

Me pondré en contacto con el médico y obtendré una actualización.

Reply Date:

2/15/2019

ICE officer:

LC