



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 28215

Paciente: EDUARDO JOSE QUINTERO HERNANDEZ
Edad: 11 años
Nro. Historia: FHOI-229940
Responsable de Pago: EDUARDO JOSE QUINTERO HERNANDEZ

C.I./ Pasaporte: V-16475038#3
Tipo de Paciente: F
Teléfono: 04120570980
Rif: V-16475038#3
Fecha Elaboración: 01-03-2016
Fecha Vencimiento: 15/04/2016
Días Cama Hospitalización: 2

Tipo de Atención: Cirugía con Hospitalización

Médico Tratante: OSCAR JESUS ALVARADO GONZALEZ

Diagnóstico: DISPLASIA METAFISIANA

Especialidad: ORTOPEDISTA

Procedimiento (s): M.I.B.01 ARTROSIS SUBTALAR (CALCANEO STOP)

Procedimiento (s): M.I.B.31 RETIRO DE MATERIAL DE SINTESIS, PLACA LCP, PLACAS AO, CLAVO ENDOMEDULAR, PLACA EN 8.

Procedimiento (s): M.I.C.13 OSTEOTOMIA FEMORAL

Descripción	UN.	Precio/ Un	Cant.	Total
SERVICIO DE QUIROFANO				
SERVICIO DE ATENCION EN QUIROFANO	UND	4.856,00	1,00	4.856,00
SERVICIO DE QUIROFANO 1ERA. HORA	UND	4.047,00	1,00	4.047,00
SERVICIO DE QUIROFANO ADICIONAL	UND	0,00	1,00	0,00
Total SERVICIO DE QUIROFANO				8.903,00
SERVICIO DE HOSPITALIZACION				
SERVICIO INTEGRAL DE HOSPITALIZACION SALA FUNDACIONAL	UND	1.960,00	2,00	3.920,00
Total SERVICIO DE HOSPITALIZACION				3.920,00
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	185.000,00	1,00	185.000,00
Total MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				185.000,00
FARMACOS				
MEDICAMENTOS	UND	30.000,00	1,00	30.000,00
Total FARMACOS				30.000,00
SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS				
EXAMENES DE LABORATORIO	UND	1.200,00	1,00	1.200,00
HEMATOLOGIA COMPLETA	UND	120,00	1,00	120,00
BUN (NITROGENO UREICO)	UND	100,00	1,00	100,00
CREATININA	UND	100,00	1,00	100,00
GLICEMIA	UND	100,00	1,00	100,00
PROTEINAS TOTALES	UND	100,00	1,00	100,00
PROTEINAS TOTALES Y FRACCIONADAS	UND	100,00	1,00	100,00
TIEMPO DE PROTROMBINA	UND	70,00	1,00	70,00
TIEMPO PARCIAL* TROMBOPLASTINNA	UND	70,00	1,00	70,00
V.D.R.L	UND	60,00	1,00	60,00
Total SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS				2.020,00
SERVICIO DE RADIOLOGIA				
ESTUDIOS DE RADIOLOGIA	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
FLUOROSCOPIA Y/ O INTENSIFICADOR DE IMAGEN	UND	765,00	1,00	765,00
PLACAS EN PABELLON	UND	235,00	2,00	470,00
Total SERVICIO DE RADIOLOGIA				2.735,00
SERVICIO SALA DE YESO				
SALA DE YESO	UND	10.000,00	1,00	10.000,00
Total SERVICIO SALA DE YESO				10.000,00
MATERIAL DE TUTORES				



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 28215

TUTOR EXTERNO ILIZAROW 125MM
TORNILLO DE SCHANZ 2.5MM
Total MATERIAL DE TUTORES

UNO	153,000.00	1,00	153,000.00
PIEZA	435.03	6,00	2,610.18
			155,610.18

HONORARIOS PROFESIONALES

CIRUJANO PRINCIPAL
CIRUJANO PRIMER AYUDANTE
ANESTESIOLOGO
CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE
PERFIL DE BANCO DE SANGRE
EVALUACION PREOPERATORIA +PRIMER DIA DE HOSPIT.
DIA SUCESIVO DE HOSPITALIZACION
HONORARIOS POR ATENCION DE ENFERMERA EN QUIROF.
SERVICIO ATENCION PRE- ANESTESIA
INSTRUMENTAL ESPECIAL
CIRCULANTE DE ENFERMERA EN QUIROFANO POR HORA
INSTRUMENTISTA EN QUIROFANO POR HORA
HONORARIOS POR INTENSIFICADOR DE IMAGENES
HONORARIOS POR PLACA PABELLON
Total HONORARIOS PROFESIONALES

UND	48,000.00	1,00	48,000.00
UND	19,200.00	1,00	19,200.00
UND	19,200.00	1,00	19,200.00
UND	14,400.00	1,00	14,400.00
UND	5,000.00	1,00	5,000.00
UND	4,500.00	1,00	4,500.00
UND	2,700.00	1,00	2,700.00
UND	2,000.00	1,00	2,000.00
UND	1,500.00	1,00	1,500.00
UND	1,500.00	1,00	1,500.00
UND	1,034.00	2,00	2,068.00
UND	1,034.00	2,00	2,068.00
UND	535.00	1,00	535.00
UND	235.00	2,00	470.00
			123,141.00

Total Hospital	396,188.18
Total Honorarios	123,141.00
Total General Presupuesto Bs.....	521,329.18

NOTAS:

- 1.- Vigencia: (45) días, contados a partir de la fecha del presente presupuesto, dentro de los cuales deberá cancelar y llevarse a cabo la intervención de lo contrario se debe actualizar y en caso de generarse alguna diferencia, deberá ser cancelada.
- 2.- Los precios establecidos en el presente presupuesto son estimaciones que pueden aumentar o disminuir de acuerdo a contingencias, complicación del diagnóstico, cambios en los tiempos de cirugía u hospitalización, variaciones de precios en los materiales e insumos. Por tanto el monto total de los servicios prestados será reflejado en la factura final.
- 3.- Los requisitos, procedimientos y formas de pago están detallados en anexo adjunto al presente presupuesto, los cuales son indispensables para cualquier admisión.
- 4.- Traer el presupuesto.
- 5.- Proceso de ingreso:
 - a. Al venir amparado por Póliza de Seguro, debe traer CARTA AVAL ORIGINAL Y COPIA con sello húmedo. El HOSPITAL se reserva el derecho de aceptación de CARTAS AVALES.
 - b. Si NO posee Seguro deberá cancelar cinco (5) días antes del ingreso el TOTAL del PRESUPUESTO.
 - c. En caso de pagar con cheque, favor emitir a nombre de FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL.
- 6.- En caso de existir luego de la intervención un saldo a favor del PACIENTE o INSTITUCION que aportó la ayuda se emitirá un cheque de reintegro NO ENDOSABLE a quien corresponda
- 7.- En caso de exceder el Monto final facturado en el presente Presupuesto, el Paciente o Responsable deberá cancelar la diferencia antes de ser dado de alta.

Elaborado Por:	Recibí Conforme:
SIXTA YOLIMAR CONTRERAS RINCON	
C.I. V-19351776	

AV. ANDRES BELLO, SECTOR GUAICAIPURO
RIF: J001688706
Email: fhoi@fhoi.org.ve
Teléfonos: (0212) 509-4411 / (0212) 509-4515

Impreso: 01 de Marzo de 2016
Hora: 04:11 PM
Usuario: SCONTRERAS
Departamento: ADMINISTRACION



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LAS COMUNAS
CONSEJO COMUNAL "DEL BARRIO LA ESPERANZA"
GUANARE ESTADO PORTUGUESA

CONSTANCIA DE RESIDENCIA

Nosotros el CONSEJO COMUNAL "DEL BARRIO LA ESPERANZA" del
municipio Guanare del estado Portuguesa hacemos constar que el
ciudadano (a) Yasmin Coromoto Hernandez Hincapié
Venezolano (a) mayor de edad y titular de la cedula de identidad
16.475.038

actualmente en la dirección y número de casa que a continuación
se indica: Calle 122 Barrio La Esperanza
sin mas nada a que hacer referencia.

Solicitud para trámites de Ayuda de Operación de
Eduardo Quintana

Constancia que se expide de parte interesada a los 03 días
del mes de Marzo del año 2016

YAMIL GONZALEZ

12.648.839

0412 0591870 - 0412 7747531

ALEXIS MENDES

16.476.338

MARIA PEREZ

12.009.604

INDEPENDENCIA Y PATRIA SOCIALISTA, VIVIREMOS Y VENCEREMOS

CONSEJO COMUNAL DE
BARRIO LA ESPERANZA
RIF- J-2999970
Guanare Edo. Portuguesa

CONSEJO COMUNAL DEL
BARRIO LA ESPERANZA
RIF- J-2999970
Guanare Edo. Portuguesa

CONSEJO COMUNAL DEL
BARRIO LA ESPERANZA
RIF- J-2999970
Guanare Edo. Portuguesa



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
ALCALDÍA DEL MUNICIPIO GUANARE
GUANARE ESTADO PORTUGUESA
OFICINA DE REGISTRO MUNICIPAL

PARTIDA DE NACIMIENTO

EXPEDICIÓN GRATUITA

Prohibida la venta de este documento

Título I.a - DATOS REGISTRALES DEL ACTA										FECHA EXPEDICIÓN		ESTE FOLIO	
1.- Fecha Presentación	2.- Libro No	3.- Acta No.	4.- Foto No.	5.- Foto No.	6.- Foto No.	7.- Foto No.	8.- Foto No.	9.- Foto No.	10.- Foto No.	11.- Foto No.	12.- Foto No.	13.- Foto No.	14.- Foto No.
18/08/2005	4	1310	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68
Registador (a) Maritza David De Carmona										Carácter con que Actúa		Encargada	
Nombres y Apellidos										Cargo		Jefe Civil	
Resolución N°										De Fecha		N/A	
Gaceta Municipal N°										De Fecha		N/A	
Título II - DEL PRESENTADO													
1.- Nombres: Primero EDUARDO Segundo JOSE													
2.- Fecha Nacimiento 12/09/2004 3.- Sexo Masculino 4.- Hora Nacimiento N/A 5.- Tipo de Parto Simple 6.- Orden de Nacimiento Primero 7.- País de Nacimiento Venezuela													
8.- Lugar Nacimiento Estado Portuguesa 9.- Municipio o Categoría Político-Territorial Municipio Guanare 10.- Parroquia o Categoría Político-Territorial Capital Guanare 11.- Ciudad, Pueblo, Caserio o Asentamiento Guanare													
12.- Centro de Salud o Establecimiento HOSPITAL DR MIGUEL ORAA 13.- Dirección URB. ANDRÉS ELOY BLANCO 14.- Certificado de Nacimiento N° N/A													
Título III - DEL PRESENTANTE													
1.- Filiación con el presentado Pro 2.- Facultad con la que actúa N/A													
Título IV - INFORMACIÓN DE LA MADRE													
1.- Datos: Cédula Vzlna No Ident. N/A Tipo de Documento Cédula o ID Nacional 16.475.038 2.- Nombres: Primero YASMIRA Segundo COROMOTO Apellidos HERNANDEZ MENDEZ													
3.- Nacionalidad Venezolana 4.- Sexo Femenino 5.- Edad 22 6.- Estado Civil Soltera 7.- Sabe Firmar Si 8.- Profesión u Ocupación OFICIOS DEL HOGAR													
9.- Dirección VECINA DE ESTA CIUDAD													
10.- Lugar Nacimiento Estado Portuguesa 11.- Municipio o Categoría Político-Territorial Municipio Guanare 12.- Parroquia o Categoría Político-Territorial Capital Guanare 13.- Ciudad, Pueblo, Caserio o Asentamiento Guanare													
Título V - INFORMACIÓN DEL PADRE													
1.- Datos: Cédula Vzlna No Ident. N/A Tipo de Documento Cédula o ID Nacional 14.570.297 2.- Nombres: Primero JOSE Segundo RAIMUNDO Apellidos QUINTERO PINEDA													
3.- Nacionalidad Venezolana 4.- Sexo Masculino 5.- Edad 24 6.- Estado Civil Soltero 7.- Sabe Firmar Si 8.- Profesión u Ocupación OBRERO													
9.- Dirección VECINO DE ESTA CIUDAD													
10.- Lugar Nacimiento Estado Portuguesa 11.- Municipio o Categoría Político-Territorial Municipio Guanare 12.- Parroquia o Categoría Político-Territorial Capital Guanare 13.- Ciudad, Pueblo, Caserio o Asentamiento Guanare													
Título VI.a - INFORMACIÓN TESTIGO Nro. 1													
1.- Datos: Cédula Vzlna No Ident. N/A Tipo de Documento No Aplica Tipo Documento N° N/A 2.- Nombre: Primero ELEAZAR Apellido BRICENO													
3.- Nacionalidad Venezolana 4.- Sexo Masculino 5.- Edad N/A 6.- Estado Civil N/A 7.- Sabe Firmar Si 8.- Profesión u Ocupación N/A													
Título VI.b - INFORMACIÓN TESTIGO Nro. 2													
1.- Datos: Cédula Vzlna No Ident. N/A Tipo de Documento No Aplica Tipo Documento N° N/A 2.- Nombre: Primero JOSE Apellido CONTENTO													
3.- Nacionalidad Venezolana 4.- Sexo Masculino 5.- Edad N/A 6.- Estado Civil N/A 7.- Sabe Firmar Si 8.- Profesión u Ocupación N/A													

Certifico que la información contenida en esta acta ha sido tomada de forma fiel y exacta del acta original que reposa en los libros de nacimientos llevados por esta oficina.

T.S.U. MOJIBES RAFAEL PEREZ HERNANDEZ
REGISTRADOR CIVIL (E)
Guanare, Portuguesa
Resolución N° 038-2014 de fecha 31/01/2014

09245542735
Yasmina

CEDULA DE IDENTIDAD
V 16.475.038 MF002
Rafael Ruiz
Director

APELLIDOS: HERNANDEZ MENDEZ
NOMBRES: YASMIRA COROMOTO

Yasmina Hernandez

01-06-82 SOLTERA
12-06-13 06-2023
EXPIRACION Y VENCIMIENTO

VENEZOLANO





FUNDACION
HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

TAC 477 Deuda Quirúrgica Caso
Caso Quirúrgico - ~~atrasado~~
P.

INFORME MÉDICO

PACIENTE: Quintero Eduardo
HISTORIA N°: 22-99-40
CLINICA: Miembros Inferiores
MEDICO TRATANTE: DR. Oscar Alvarado
FECHA: 06 de Septiembre de 2013

Se trata de paciente escolar masculino de 11 años de edad, quien es conocido en este centro con diagnóstico Distrofia Renal, Genus Varo Bilateral, con post operatorio en Septiembre de 2013, de OSTEOTOMIA OBLICUA TIBIAL BILATERAL HEMIEPIFISIODESIS FEMORAL TEMPORAL DISTAL LATERAL CON PLACA EN 8 BILATERAL, Actualmente presenta Varo de Miembro Inferior Izquierdo, que limita su marcha, por lo que se plantea intervención quirúrgica que consiste en:

- 1- RETIRO DE MATERIAL DE SINTESIS (PLACAS EN 8) EN AMBOS FEMUR.
- 2- HEMIFISIDOESIS TIBIAL PROXIMAL IZQUIERDA CON PLACA EN 8.
- 3- OSTEOTOMIA FEMORAL IZQUIERDA CON TUTOR EXTERNO TIPO ILIZAROV.

Este procedimiento se realizara en este centro al cumplir con los trámites administrativos.

Dr. OSCAR ALVARADO
Msas 40385
CMDF 19537
0416-6235777